А. П. КИРЮШЧЕНКОВ
Х. С. САБУРОВ

ШОШИЛИНЧ ГИНЕКОЛОГИК ЁРДАМ

Тошкент
ЎзССР «Медицина»
1988

57.15
УДК 618.1

Рецензент — УССР ФА корреспондент-аъзоси, медицина фанлари доктори, профессор *В. И. ГРИШЧЕНКО.*
Таржима рецензенти — медицина фанлари кандидати *Б. САИДҚОРИЕВ.*

Кирюшченков А. П., Сабуров Ҳ. С.—
К 45 Шошилинч гинекология ёрдами. — Т.: Медицина, — 1988. — 264б.
ISBN 5—638—00046—1.

1. Автордош.

Кирющенков А. П., Сабуров Х. С. Семинар по неотложной гинекологической помощи.

Гинекологик касалларга кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатиш бўйича медицина ходимлари учун қўлланма (семинар) ватанимизда биринчи марта яратилмоқда. Китобда аёллар жинсий органларининг этиологияси ҳар хил яллигланиш касалликлари, ҳайз кўриш функцияси бузилиши, *бачадондан қон кетиши* ва альгодисменорея симптомлари билан кечадиган, сунъий абортдан кейин келадиган асоратлар, жинсий органлар ўсмалари ва бошқа касалликлар билан боғлиқ масалалар кўриб чиқилган. Врачга қадар диагноз қўйишга, дифференциал диагностикага ҳамда беморларни стационарга транспортда олиб боришнинг ўзига хос томонларига ҳаммадан кўп эътибор берилди.

Китоб гинекологик муассасаларнинг поликлиника ва стационарларида ишлаб турган медицина ходимларига фельдшер ҳамда акушерларга мўлжалланган. Ундан, шунингдек, медицина билим юртларида ўрта медицина ходимлари учун гинекологиядан амалий машғулотлар ўтказишда ҳам фойдаланиш мумкин.

ББК 57.15

К $\frac{4123000000 - 073}{М\ 354\ (04) - 88}$ 37—88

ISBN 5—638—00046—1.

© Издательство «Медицина» УзССР, 1985 г.
© УзССР «Медицина» нашриёти, Тошкент, 1988 й.
Узбекчага таржима

КИРИШ

Ўқувчиларга тақдим қилинаётган китоб турли хил гинекологик касалликларда шошилинч ёрдам кўрсатиш бўйича семинар тариқасида ёзилган. Асосий мақсадга мувофиқ равишда шошилинч медицина ёрдами кўрсатилиши учун касалларни мурожаат этишга мажбур қиладиган энг муҳим потологик процессларга кўпроқ эътибор берилган. Аёллар жинсий органларининг яллигланиш касалликлари, бачадондан дисфункционал қон кетиши, аборт операцияларининг асоратлари, гормонал касалликлар, жинсий органлар ўсмалари кабилар билан боғлиқ масалалар кенг ёритилган.

Врач назоратида мустақил ишлаб турган ўрта медицина ходимлари фаолиятининг ўзига хос хусусиятларини назарда тутиб асосий эътиборни врач келгунича диагноз қўйиш, дифференциал диагностика ўтказиш ва беморни стационарга транспортда олиб боришга қаратилди. Гинекологик касалларни даволаш врачлар иши экан, китобда айрим касалликлар формаси ва асоратларига тааллуқли терапиянинг умумий принциплари ифодаланди, буларни билиш ўқувчилар учун қизиқарли бўлса керак.

Гинекологик касалларга шошилинч ёрдам кўрсатиш бўйича ўрта медицина ходимлари учун қўлланма (семинар) мамлакатимизда биринчи марта яратилмоқда. Шу муносабат билан муаллифлар ўз адресларига юборилган танқидий мулоҳазалар учун миннатдор бўладилар.

I БОБ

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎТКИР ТРИХОМОНАДАЛИ КОЛЬПИТ

Бемор В., 24 яшар, жинсий йўлларидан кўп миқдорда ажралма келиб, унинг қаттиқ қичима пайдо қилиши ва ташқи жинсий органларини таъсирлантиришидан, қорни пастида оғирлик ва сийишда бироз ачишиш сезишидан шикоят қилиб 1981 йил 13 январда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар касалликларидан қизамиқ билан қизилчани бошидан ўтказган. Катта бўлганида икки томонлама зотилжам билан оғриган. 12 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 4—5 кун ҳайз кўради, оғриқсиз, дастлабки икки кун мўл келади. Жинсий ҳаёт бошлаганидан, аборт ва туққанидан кейин ҳам ҳайз кўриш функциясининг характери ўзгармаган. Охирги ҳайз кўриши муддатида —1981 йил 5—9 январь кунлари келган. Жинсий ҳаётни 19 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи. Бўйида бўлиб қолишдан номунтазам сақланади (грамицидинли пастадан фойдаланган). Эри 25 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси — асоратларсиз туғиш билан тугаган, кейингилари сунъий абортлар билан тугаган (охирги аборт 8 ой илгари қилинган). Абортдан кейинги даврлар асоратсиз кечган. Касалликка қадар оқчил келиб безовта қилмаган. Қабзият қийнаб келади.

Ушбу касаллик тарихи. 12 январь куни тўсатдан оғриб қолган, умумий аҳволи бирданига ёмонлашиб қолган, қорни пасти билан думғаза соҳасида оғирлик сезгиси пайдо бўлган, жинсий йўлларидан кўплаб суюқ ажралма кела бошлаган, бу — ташқи жинсий органларини қаттиқ қичитган. Айни вақтда аёл сийдик ажратишнинг бошида ачишиш сезган. Одатдаги гигиеник тадбирларни қўлланиш наф бермаган, шундан кейин у медицина ёрдамига мурожаат қилишга мажбур бўлган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қадди-басти расо, эти қониқарли даражада. Тери қоплам-лари ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Гавда температураси 37,2°. Томоги қизармаган. Вазни 70 кг, бўйи 168 см, Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Томири минутига 70 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/60 мм. Тили тоза, нам. Қорни нафас олиш актида қатнашади, юза ва чуқур пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезмайди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органларни кўздан кечирилганда катта ва кичик жинсий лаблар, шунингдек, қин даҳлизининг рўй-рост қизариб турганлиги қайд қилинади; қин ва бачадон

бўйнининг қин қисми шиллиқ пардаси кўздан кечирилганда ҳам уларнинг қизариб ҳамда шишиниқираб турганлиги маълум бўлди. Шиллиқ пардаларнинг бутун юзасида нуқтасимон қонталашлар бор ва газ пуфакчалар аралаш кўплаб оқиш-яшилнамо ажралма келиб туради. Ташқи бўғиз соҳаси қизарган, уретра лабчалари шишган. Икки қўлда текшириб кўрилганида бачадон бўйни эластик, цилиндрсимон. Бачадон танаси катталашмаган, тўғри вазиятда, силжийдиган, оғриқсиз, юзи текис, консистенцияси одатдагича. Ортиқлари иккала томонида ҳам қўлга илинмайди, улар жойлашган соҳада оғриқ йўқ. Қин гумбази шишиб чиқмаган. Қин орқали текширганда оғриқ бўлади.

Фельдшер қандай тахминий диагноз қўйиши мумкин? Касалликнинг эҳтимол тутилган сабаби қандай? Қандай қўшимча текшириш қўлланиш лозим бўлади? Даволаш ва профилактика методлари қандай?

Шундай қилиб, ган тўсатдан гинекологик касалликка чалиниб қолган ёш аёл ҳақида боради. Касаллиги умумий аломатлар (умумий аҳволининг ёмонлашиб қолиши, қорни пастида оғирлик сезгиси, температурасининг кўтарилиши ва бошқалар), шунингдек, маҳаллий аломатлар — жинсий йўлларидан ташқи жинсий органларини таъсирлантирадиган мўл ажралмалар келиши ва дизурик бузилишлар билан кечади. Гинекологик текширишда, асосан, қин ва бачадон бўйни қин қисмининг шиллиқ пардалари яллиғланиб ўзгаришга учраганлиги қайд қилинди. Оқчилнинг ўзига хослиги (газ пуфакчалар аралаш оқиш-яшилнамо рангли мўл суюқ ажралма келиши) киши диққатини ўзига тортади.

Афтидан, уретра ҳам яллиғланиш процессига чалинган; характерли шикояти (сийдик ажратиш бошланганда ачишиш ва тез-тез сийиш) ва сийдик чиқариш канали ташқи тешигининг қизариб турганлиги шундан гувоҳлик бериб турибди. Бу барча патологик ўзгаришлар аёллар жинсий органлари трихомонозининг ўткир формаси учун жуда хосдир.

Бу қандай касаллик, унинг энг типик клиник белгилари қанақа, қандай юқади, диагностикаси, даволаш ва профилактика методлари қандай? Бу саволларнинг барчаси гоят катта амалий аҳамиятга эга бўлиб, улар синчиклаб кўриб чиқишни талаб қилади.

Этиологияси ҳар хил бўлган аёллар жинсий органларининг турли-туман яллиғланиш касалликлари орасида сийдик-таносил трихомонози катта ўрин эгаллайди. Бу инфекция аёлларда ҳам, эркакларда ҳам бир хилда тез-тез учраб туради. Касалликни 1836 йилда Донне кашф этган қин трихомонадаси қўзғатади. Қўзғатувчиси содда жониворларга (хивчинлилар синфига

киради. Паразитнинг ўлчамлари 20 мкм атрофида, характерли ноксимон шаклга эга, ҳужайранинг олдинги қисмида ядроси ва 4 та хивчини бор. Трихомонаданинг бутун танаси орқали ундуляция мембранаси деб аталган парда ўтади. Паразит ҳужайранинг оддий бўлиниши йўли билан кўпаяди. У хивчинлари ёрдамида жойини актив ўзгартириб туради.

Қин трихомонадаси трихомонадаларнинг мустақил тури ҳисобланиб, у одамнинг фақат сийдик-таносил органларида паразитлик қилади. Қин трихомонадасидан ташқари, одамда шу хивчинлилар синфининг бошқа вакиллари (ичак ва оғиз трихомонадалари) ҳам учрайди. Аммо улар ўз тузилишига ва тўғри ичак ёки оғиз шиллиқ пардасида кўпайиш хоссаларига кўра қин трихомонадасидан фарқ қилади. Шунга кўра қин трихомонадалари бошқа яшаш муҳитида нисбатан тез нобуд бўлади.

Қин трихомонадалари паразитнинг яшашга чидамли шакллари — цисталарни ҳосил қилмайди. Шунинг учун улар қуритилганда, ташқи муҳит температураси ўзгарганда, қуёш нури, кислород ва бошқа омиллар таъсирида тез ҳалок бўлади. Сувли муҳитда қин трихомонадалари гонококка қараганда тезроқ ўлади. Шу туфайли сийдик-таносил трихомонози сувли муҳит орқали (ҳаммомда ювинганда, ҳовуз, кўл каби оқмайдиган сув ҳавзаларида чўмилганда) юқмайди, шу сабабли касаллик тарқалишида сувли муҳитнинг деярли ҳеч қандай амалий аҳамияти бўлмайди.

Ҳозирги вақтда трихомонозни жинсий йўл билан юқади, деб ҳисоблаш узил-кесил ҳал қилинган. Шунинг учун ҳам бу инфекцияни типик венерик касаллик сифатида қараш керак. Ножинсий йўл билан айрим ҳоллардагина, масалан, бемор онаси билан бир ўринда ётадиган кичкина қиз болаларда ва уларнинг жинсий йўлларига оқчил билан бирга паразитларнинг ўзи ҳам кириб қолганда юқиши мумкин. Янги туғилган чақалоқларга инфекцияланиб қолган онасининг туғруқ йўлларидан ўтаётганда юқиши мумкин.

Сийдик-таносил трихомонози никоҳсиз жинсий алоқада бўладиган шахслар орасида кўпроқ тарқалган. Эпидемиологиясининг умумийлиги оқибатида трихомоноз кўпинча бошқа венерик касалликлар билан, айниқса, сўзак билан қўшилиб келади. Шунга кўра трихомонозга йўлиққан ҳар қандай беморни бир вақтнинг ўзида сўзак инфекцияси бор-йўқлигига текшириб кўриш керак.

Биз кузатаётган беморда, афтидан, касаллик унинг эридаги трихомонозга боғлиқ бўлган, бироқ бизнинг қўлимизда эрида шу инфекция борлигини исбот қилувчи далил йўқ эди. Шунга қарамай, касалнинг эрида бу инфекцияга хос клиник белгилар умуман бўлмаса-да, унда трихомоноз бор-йўқлигини синчиклаб текшириб кўриш керак.

Жинсий алоқа пайтида аёлларнинг жинсий йўлларига қин трихомонадалари тушиб, яллиғланиш процессини келтириб чиқаради, бу процессни паразитларнинг ўзи қувватлаб туради. Шулар билан бирга процессда турли-туман микроблар ва замбуруғ флораси ҳам қатнашиши мумкин. Бундай ҳолларда гап аралаш инфекция ҳақида боради. Посттрихомонад касалликлар (трихомоноздан кейин келувчи), деб аталувчи инфекциялар этиологиясида қўшилиб келган микроб флораси айниқса муҳим аҳамиятга эга, чунки махсус даволаш натижасида трихомонадалар сийдик-таносил системасидан тезда йўқолади, аммо яллиғланиш процесси бошқа микроб флораси томонидан узоқ вақтгача қувватлаб турилади.

Трихомонозда яширин давр бир неча кундан 2—3 ҳафтагача чўзилади. Паразитнинг хоссаларига ва аёл организмининг реактивлигига кўра яллиғланиш процесси ўткир, ўртача ўткир, хроник ва симптомларсиз кечиши мумкин. Айрим кишиларда трихомонада ташувчилик учраб туради, бунда касаллик белгилари бутунлай бўлмайди, аммо зарарланган манбадан олинган суртма ва экмаларда трихомонада культураси ажратилади. Бизнинг бемордаги касалликнинг бошланиш хусусиятлари, кольпит ва уретритнинг рўй-рост юзага чиққан ҳодисалари ўткир яллиғланиш процесси бор деб диагноз қўйишга имкон беради.

Давосиз қолдирилган касаллик кўп ойларгача ва ҳатто йилларгача давом этиши мумкин. Касаллик рецидивлари (қайталаниши) одатда ҳайз кўриш, қўшилиб келган касалликлар таъсирида организмнинг қувватдан кетиши ва бошқа бир қатор носпецифик омилларга боғлиқ бўлади. Бу жиҳатдан трихомоноз, шунингдек, сўзакни эслатади.

Трихомоноз сўзакка ўхшаб зарарланишнинг кўп ўчоқлилиги билан характерланади. Кўпинча яллиғланиш процесси қин ва уретрада пайдо бўлади, биз кузатаётган беморда худди шу ҳолатни кўрамиз. Трихомонадали цервицит, парауретрит, бартолинит, циститлар камроқ қайд қилинади. Юқорига кўтарилувчи трихомо-

ноз (эндометрит, сальпингоофорит) юзага келиш эҳтимоли исботланган. Сўзакка қарама-қарши ўлароқ, трихомонозда тўғри ичакнинг шиллиқ пардаси зарарланмайди.

Қасалликнинг клиник манзараси яллиғланиш процессининг босқичига боғлиқ. Ўткир кольпит пайдо бўлганда беморлар одатда ташқи жинсий органлари соҳаси қаттиқ қичишишидан, газ пуфакчалари бўлган кўплаб суюқ оқчил келишидан шикоят қиладилар. Шуни назарда тутиш керакки, газ ҳосил бўлиши трихомонадаларга эмас, балки трихомонадалар билан ассоциацияда бўлган газ ҳосил қилувчи бошқа микробларга боғлиқ. Кольпит ҳодисаларига кўпинча уретрит симптомлари қўшилиб келади. Мазкур ҳолда биз касалликнинг худди шу клиник формасини кузатиб турибмиз.

Беморни қин кўзгулари ёрдамида текшириб кўрилганда қин ва бачадон бўйни қин қисмининг шиллиқ пардаси кескин қизарганлиги ва шишинқираганлигига эътибор берилади. Кольпитнинг ривожланиши кўпинча шиллиқ парда қисмларининг кўчиб тушиши билан кечади, натижада, қонаб турадиган майда эрозиялар ҳосил бўлади. Инфекция қўзғатувчилари цервикал каналнинг шиллиқ пардасига тарқалганда талайгина шиллиқ-йирингли оқчил пайдо бўлади.

Этиологияси трихомонадали ўткир кольпитга учраган беморни текширишда фельдшер каби уретранинг ташқи тешиги ҳолатига кўпроқ эътибор бериш керак. Генитал трихомонозда сийдик чиқариш канали жуда кўп ҳолларда яллиғланиш процессига тортилади. Уретритнинг ривожланиши уретра лабларининг шишиб чиқиши ва қизариши билан кечади, уни массаж қилиб кўрилганида сийдик каналининг ташқи тешигидан йирингли сийдик томчиси чиқади. Инфекциянинг уроген йўл билан янада тарқалиб кетиши циститга олиб келиши мумкин; циститда тез-тез сийги қистайди ва сийганда оғриқ, уретритда бўлганидек, сийдик ажратиш бошланишидагина эмас, балки сийишнинг охирида ҳам бўлади.

Кольпитнинг ўртача ўткир формасида кольпит ва унга қўшилиб келган уретритнинг ҳамма симптомлари камроқ юзага чиқади. Хроник босқичида беморлар шикоят қилмаслиги ва сийдик-таносил органларида яллиғланиш процессининг объектив белгилари бўлмаслиги мумкин. Бу фикр касалликнинг симптомсиз формаларига, шунингдек, трихомонада ташувчиликка ҳам тааллуқлидир.

Болалар ва ҳомиладор аёллардаги сийдик-таносил трихомонозининг ўзига хос спецификаси бўлади. Болаликда бу инфекция асосан вульвовагинит сифатида кечиб, яллиғланиш процессига қин шиллиқ пардасигина эмас, балки ташқи жинсий органларнинг тери қопламлари ҳам тортилади. Болаларда, шунингдек, катталарда ҳам трихомоноз ўткир, ўртача ўткир, хроник ва симптомсиз кечиши мумкин. Трихомонада ташувчилик ҳоллари ҳам қайд этилган. Касал қиз болалар аксарият ташқи жинсий органлари соҳаси қичишиши ва таъсирланишидан, мўл суюқ оқчил келиши ва сийиш вақтида ачишиш сезишдан шикоят қиладилар. Ташқи жинсий органлари кўздан кечирилганда катта ва кичик жинсий лабларнинг, шунингдек, уретра лабларининг қизарганлигига эътибор берилади. Бундай касал болаларни кўришда жуда зарур бўлган вагиноскопия қин шиллиқ пардасидаги яллиғланиш туфайли пайдо бўлган ўзгаришларни аниқлаш имконини беради.

Қасаллик ҳомиладорлик даврида ўзига хос кечади. Маълумки, ҳомиладорлик бошланиши билан аёл организмининг деярли ҳамма система ва органларида, жумладан, жинсий органларида ҳам ҳар хил ўзгаришлар юзага келади. Қин шиллиқ пардаси юмшаб, сувчираб қолади, унинг деворлари бирмунча юмшаб сероз суюқлик билан тўйинади. Қиндан келаётган ажралма янада кўпаяди. Бундан ташқари, ҳомиладорликда эстрогенларнинг ортиқча ишланиши таъсирида қин эпителийсида анчагина гликоген тўпланиши қайд қилинади. Буларнинг барчаси жинсий йўлларда трихомонадаларнинг бирмунча жадал кўпайишига ва яллиғланиш процессининг ўткир кечишига имкон беради.

Шундай қилиб, биз кузатаётган бемордаги трихомонадали кольпит ва уретритнинг клиник диагнози қандайдир шубҳалар туғдирмайди. Бироқ у ҳамиша текширишнинг лаборатория методлари ёрдамида тасдиқланиши керак. Шунинг учун ўткир сийдик-таносил трихомонози билан касалланган беморни фельдшер гинекологик стационарга жўнатиши керак, бу ерда уни зарур бактериологик ва бактериоскопик текширувлардан ўтказилади. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ўткир процессли беморнинг суртмаларини лабораторияга юбориш билан кифояланиб, ўзини уйда қолдириш мумкин эмас. Касаллик хроник кечган ҳоллардагина шундай қилиши мумкин.

Алоҳида қайд қилиб ўтиш керакки, бемордан материал олмагунча трихомонадага қарши махсус препарат-

лар қўлланиш асло ярамайди, чунки бу трихомонознинг лаборатория диагностикасида трихомонадаларни аниқлашни қийинлаштириб қўяди.

Одатда, трихомонадаларни топиш мақсадида текшириш учун материални қин, уретра, цервикал каналдан (кўрсатмалар бўлганда) олинади. Лаборатория методи билан диагноз қўйиш учун суртмаларни микроскопда текширилади ва озиқли муҳитга экилади. Натив суртмалар диагностиканинг етарлича аниқ методи саналади, чунки улар паразитларнинг тирик шаклларини топиш имконини беради. Суртмаларни бўяшнинг турли хил методлари (метилен кўки билан ёки Грам усулида бўяш) ҳам кенг қўлланилади.

Трихомонадаларнинг типик морфологик шакллари микроскопик диагностика учун қийинчилик туғдирмайди. Беморни турли хил специфик препаратлар билан узоқ вақт даволагандан кейин, паразитларнинг типик тузилиши жиддий ўзгариб кетиши мумкин бўлганда трихомонадаларнинг аниқланиши катта қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолларда трихомонадаларни махсус озиқли муҳитларда ўстириш катта ёрдам беради. Шуни ҳисобга олиш керакки, ҳайз кўриш давридан олдин ва ҳайзнинг дастлабки кунларида, айниқса, мунтазам даволанмаган кишиларда трихомонадалар бирмунча тезроқ ва катта миқдорда топилади.

Трихомоноз бор-йўқлиги текшириб кўрилаётганда бемор бир йўла сўзак хусусида ҳам текширилади, айниқса, сўзакка шубҳа тугилганда шундай қилинади. Бу иккала инфекция таносил касалликларига кириши ва кўпинча бирга учрашини унутмаслик керак.

Инфекция қўзғатувчиси топилганда беморга трихомонадага қарши махсус даво қилинади. Эр ва хотинни, ҳатто, улардан бирида трихомонада топилмаган бўлсада баравар даволаш зарур. Ҳозирги вақтда сийдик-таносил трихомонозини, одатда, трихопол ёки фазижин препаратлари ёрдамида даволанади. Трихопол таблеткалар ҳолида ҳар сафар 0,25 г дан ичиш учун буюрилади; бир курслик дозаси 5 г гача (дастлабки 4 кунда 1 таблеткадан 3 маҳал, кейинги 4 кунда 2 маҳал берилади). Бу препарат сийдик-таносил органларидаги яллиғланиш процессини қувватлаб турадиган йўлдош бактериал флорага таъсир этмайди. Шунинг учун трихомоноздан кейинги ўзгаришларга даво қилиш учун бактериал инфекцияни бартараф этишга қаратилган маҳаллий муолажалардан кенг фойдаланиш зарур. Ўрта маълумотли медицина ходими, кўпинча, худди шундай даво чорала-

рини бажаради, шунинг учун ҳам бу масалада батафсилроқ тўхталиб ўтиш керак.

Б. А. Теохаров (1980) қуйидаги муолажаларни қўлланишни тавсия қилади. Қинга кўзгу солгандан кейин пахта тампон ёрдамида ажралмаларни артиб олинади, кейин фурацилли эритмасига (1:5000) ҳўлланган бошқа тампон билан қин ва бачадон бўйни қин қисмининг шиллиқ пардалари артилади. Шиллиқ пардаларни қуритиб бўлгач қинга кўзгу ёрдамида таркиби қуйидагича порошок қўйилади: осарсол (0,3 г), борат кислота (0,3 г), левомицетин (0,1 г), нистатин (250 000 ТБ,) глюкоза (5 г). Порошокни қин девори бўйлаб бир текис сепилади ва ҳатто бироз ишқаб суртишга ҳаракат қилинади. Бундай аралаш даво пост-трихомонад процесс ривожланишининг олдини олибгина қолмай, балки асосий касалликни даволаш натижаларини ҳам яхшилайди.

Кейинги вақтларда сийдик-таносил трихомонози бор беморларни даволашда имидазол группасига кирувчи янги препарат — фазижинни қўлланиб катта муваффақиятга эришилмоқда. Уни 1 таблеткадан (500 мг) овқатдан кейин 4 маҳал буюрилади. Фазижинни қон ва марказий нерв системаси касалликларида қўлланиш ман қилинади. Бундан ташқари, бу препарат, трихопол сингари, плацентар барьер орқали ҳомилага, эмизикли она сутига осонгина ўтади. Мана шунинг учун ҳам ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойида ва болани кўкрак сути билан боқиладиган даврда уни буюриб бўлмайди.

Даво олаётган вақтда жинсий алоқада бўлиш ман этилади. Даволаш тугагандан кейин орадан 7—10 кун ўтказиб бирламчи контроль, кейин ҳар гал ҳайздан кейин уч марта текширувлар ўтказилади. Борди-ю, даволаш тугаганидан кейин уч марта ҳайз кўриш циклидан сўнг сийдик-таносил органларининг турли бўлимларидан (қин, уретра, парауретрал йўллар; бачадон бўйни канали) олинган ажралмаларда трихомонадалар топилмаса, трихомонозга чалинган беморларда касаллик тузалган, дард ариган ҳисобланади.

Трихомоноз — сурункасига ўтадиган бўлса-да, даво қилса, йўқолиб кетадиган касалликдир. Биз кузатаётган беморда касалликнинг ўткир босқичида самарали даволашнинг катта аҳамияти борлиги қайд қилинган. Ўткир трихомонозга тўла-тўкис даво қилинганда сурункасига ўтадиган ва давоси қийин бўладиган посттрихомонад касалликларнинг келиб чиқиш эҳтимоли жуда кам бўлади.

Сийдик-таносил трихомонозига учраган барча беморлар диспансер ҳисобига олинади. Даво олган тақдирдагина уларга болалар муассасаларида ишлашга рухсат этилади.

Трихомоноз профилактикаси сўзак профилактикасидан амалда ҳеч қандай фарқ қилмайди. Бу масалада тўғри ташкил қилинган санитария-оқартув ишларига катта ўрин берилади, бу ишларда ўрта медицина ходимлари актив иштирок этадилар.

ХРОНИК ЭНДОМЕТРИТ ВА САЛЬПИНГООФОРИТНИНГ ҚЎЗИШИ

Бемор В., 28 яшар, температураси 38,4° гача кўтарилиб кетгани, ўзини ёмон ҳис этаётгани, қорнининг пасти ва бел соҳасида оғриқ турганлигидан шикоят қилиб 1980 йил 23 октябрда акушеркага мурожаат қилган.

Анамнез. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар инфекцияларидан қизамиқ, тепкини бошидан кечирган, катта бўлганида шамоллаш касалликлари билан тез-тез оғриб турган, 12 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи тез маромига тушган, 28 кунда 5—6 кун келади, оғриқ билан, мўл келади. Жинсий турмуш бошлангандан, туққандан сўнг ва аборт қилдирганидан кейин ҳам ҳайз кўриш цикли айтарли ўзгармаган, гоҳо-гоҳо бир неча кунга кечикиб келади. Жинсий ҳаётни 22 ёшидан бошлаган; биринчи никоҳи. Эри 30 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси — аёлнинг ўз хоҳишига кўра сунъий аборт қилдириш билан тугаган, иккинчисида — бола ой-кунига тўлиб асоратларсиз туғилган, учинчи ҳомиладорлик 10 ҳафталикда беихтиёр аборт билан тугаган. Абортдан кейинги даврда кўп қон кетган, икки марта бачадони қирилган, шундан кейин узоқ вақт жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма келиб юрган, субфебрил температура сақланиб қолаверган. Метроэндометрит ва сальпингоофорит диагнози қўйилган; яллигланишга қарши даволанган. Абортдан кейин 16-куни уйига жавоб берилган. Оқчил безовта қилмайди, қўшни органлар функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. 3-ҳомиладорлигида бачадони қирилган пайтдан бошлаб ўзини касал ҳисоблайди (юқорига қаранг). Стационардан чиққандан кейин орадан 2 ой ўтгач, совқотиш таъсирида бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси зўрайиб ҳайз кўриш функциясининг бузилиши (бачадондан ациклик қон кетиши) билан кечган. Стационарга жойлаштирилиб, у ерда яллигланишга қарши антибиотиклар, кальций препаратлари ва бошқалар билан даво қилинган. Яллиғланиш процесси сўнганидан кейин ҳайз цикли ўз-ўзидан нормага келган. Кейинги 2 йил мобайнида ўзини дуруст ҳис қилган, аммо вақти-вақтида бел соҳасида ва қорнининг пастида оғриқ туриб безовта қилиб турган.

20 октябрь куни бемор грипп билан оғриб қолиб, температураси кўтарилган (38,6° гача). 23 октябрь куни кечаси қорни пастида қаттиқ оғриқ турган, оғриқ оёққа тарқалган. Одатдаги муддатидан 5 кун олдин ҳайз бошланган. Анальгетиклар ичиш оғриқ синдромини камайтирмаган. Сийганида ачишиш сезгани сабабли у фельдшер-акушерлик пунктига олиб келинган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Бош оғриши, қорнининг пас-

ти ва бел соҳаси оғриётганидан шикоят қилади. Юз териси ва томоғи гиперемияланган, бодомча безлари катталашган. Тана температураси 38,2°, томири минутига 120 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босим симоб устуни ҳисобида 120/70 мм. Оз-моз тумов ва йўтал бор. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар аниқланмаган. Қорни нафас олиш актида қатнашади, юмалоқ шаклда, қуйи бўлимлари пальпация қилинганда қаттиқ оғрийди. Қорнининг қуйи бўлимларидаги олдинги қорин девори мускулларининг бир қадар таранглашганлиги қайд қилинади. Аппендицит симптомлари йўқ. Шчеткин — Блюмберг симптоми манфий. Пастернацкий симптоми ҳам ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган. Қинида ўзгаришлар йўқ. У туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганида орқа лабида эрозия қайд қилинди. Бачадон оғзидан озроқ миқдорда қорамтир рангли қон аралаш ажралма келиб турибди (ҳайзми?). Бачадони катталашмаган, шакли ва консистенцияси одатдагича, вазияти тўғри, силжийдиган, пайпаслаб кўрилганида безиллаб туради. Ҳар иккала томонидаги бачадон ортиқлари пайпаслаб кўрилганида қўлга уннайди, катталашган.

Акушерка қандай диагноз қўйиши мумкин? Касаллик қандай сабабдан келиб чиққан бўлиши мумкин? Беморни нима қилиш керак? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Стационарда мазкур касалликни текшириш методлари ва даволаш принциплари қандай?

Анамнез маълумотлари, касаллик клиник манзарасини таҳлил қилиб кўриш ва гинекологик текшириш натижалари биз кузатаётган беморда хроник эндометрит ва, эҳтимол, кичик чаноқдаги яллиғланиш процессига боғлиқ бўлган тухумдонлар дисфункцияси билан бирга учрайдиган бир томонлама сальпингоофорит қўзиган деб тахмин қилишга имкон беради.

Бироқ патологиянинг етакчи формаси икки томонлама сальпингоофорит ҳисобланади. Шунинг учун, биринчи навбатда, ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикасини кўриб чиқиш зарур.

Қайталаниб турадиган хроник сальпингоофорит аёллар жинсий органларининг энг кўп учраб турадиган касаллигидир. Ушбу патологиянинг катта клиник аҳамияти бу касалликларнинг тез-тез учраб туришгина эмас, балки уларнинг ҳайз кўриш функциясининг турли хил бузилишларини, функционал бепуштлик, бачадон найчалари ўтказувчанлигининг бузилиши, кейинроқ найчада барқарор бепуштлик авж олишини келтириб чиқаришдадир. Бачадон ортиқларининг хроник яллиғланиш процесслари барқарор оғриқ синдроми юзага

келиши ва ривожланишига сабаб бўлади. Ниҳоят, яллиғланиш процессининг, баъзан чаноқ перитонити симптомлари билан тез-тез қўзиб туриши туфайли беморларнинг талайгина қисми узоқ вақт ишга лаёқатсиз, баъзан эса, инвалид бўлиб қоладилар. Шунинг учун патологиянинг бу формаларига ўз вақтида диагноз қўйиш ва патогенетик жиҳатдан тўғри даволаш аёллар организмининг репродуктив функциясидаги юқорида айтиб ўтилган жиддий бузилишларни бирмунча таъсирчан профилактика қилишга хизмат қилади.

Қайталаниб турадиган сальпингоофоритлар аёллар жинсий органларига турли-туман микроб флораси (стрепто-ва стафилококклар, ичак таёқчаси, гонококклар, туберкулёз микобактериялари ва бошқалар) биринчи марта тушгандаёқ пайдо бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда оммавий равишда антибиотиклар қўлланилиши ва яллиғланишнинг ўзгармайдиган формалари борлиги туфайли бактериологик диагностика қилиш кўпинча қийин бўлади. Бундан ташқари, шуни унутмаслик керакки, яллиғланиш процесси узоқ давом этганда касалликнинг бошида бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланишини келтириб чиқарган микроблар нобуд бўлади, яллиғланиш процессининг зўрайиши эса бир қатор носпецифик омиллар таъсирида, жумладан, грипп инфекцияси таъсирида содир бўлади. Шунинг учун эҳтимол тутилган микроб флораси ҳақида фикр юритиш учун анамнез маълумотлари катта аҳамиятга эга.

Септик группага мансуб микроорганизмлар келтириб чиқарадиган яллиғланиш процессининг ривожланиши учун «кириш дарвозалари» керак, бундай «дарвозалар» қаторига сунъий аборт қилдиришда ва бачадонни диагностика мақсадида қирилганда пайдо бўладиган тирналиш, чақаланиш ва ёриқларни, туғруқдаги бачадон бўйни йиртилиши кабиларни киритиш мумкин. Биз кузатаётган беморда бачадон ва ортиқларининг яллиғланиши кучли қон кетиш сабабли бачадон икки марта қирилганда юзага келган асорат туфайли беихтиёр бола ташлашдан келиб чиққан. Бундай анамнез яллиғланиш процессининг септик этиологиясига ретроспектив равишда шубҳа тугдиришга имкон беради.

Бачадон ортиқларининг жинсий ҳаёт бошлагандан кейин яллиғланиши сўзак учун хосдир. Бироқ юқорига кўтарилиб борувчи сўзак ҳайз вақтида, туғруқдан ва абортдан кейинги даврларда цервикал каналдан инфекция қўзғатувчиларининг юқорига кўтарилиши йўли билан боғлиқ бўлиши ҳам мумкин. Шуни назарда ту-

тиш керакки, гонококклар септик группа микробларига қарама-қарши ўлароқ, ўзгармаган эпителий билан қопланган шиллиқ пардалардан осон ўтади.

Туберкулёз этиологияли сальпингоофоритлар ўпкадан (кўпроқ) ёки мезентериал лимфатик тугуплардан (камроқ) бачадон ортиқларига (дастлаб бачадон найларига) инфекция қўзғатувчиларининг гематоген йўл билан тушиши оқибатида ривожланади. Болаликда бошланган ва симптомсиз кечаётган патологик процесс биринчи марта жинсий ҳаёт бошланган вақтда зўрайиши ва клиник жиҳатдан сўзакка ўхшаб юзага чиқиши мумкин. Генитал туберкулёзга шубҳа қилинганда ҳаммавақт унинг типик симптомини — бу беморда бўлмаган бирламчи ва камроқ иккиламчи бепуштликни эътиборга олиш керак.

Шундай қилиб, анамнез маълумотларига асосланиб, ўткир яллиғланиш процесси септик группага мансуб микробларнинг бачадонга, кейин эса унинг ортиқларига ўтишидан келиб чиққан, деб тахмин қилишимиз мумкин. Бачадон ортиқларининг яллиғланиш касаллиги этиологияси ҳақидаги тахминий тасаввурлар даволаш ва прогноз учун жуда муҳим роль ўйнайди.

Септик этиологияли сальпингоофоритларда қайталанишлар патогенези хусусидаги масала катта амалий аҳамиятга эга. Дарҳақиқат бу касалликка учраган кўпчилик беморлар учун яллиғланиш процессининг қўзиши хосдир. Одатда турли хил носпецифик омиллар (совқотиш, инфекция ва бошқалар) таъсирида тез-тез қўзиб туриш ҳоллари яллиғланиш ўчоғининг рўй-рост реактивлигидан гувоҳлик беради. Қўзиш латент инфекциянинг активланишига имкон бера олса-да, бу ҳолда инфекциянинг роли ниҳоятда кам. Шунинг учун цервикал канал микроб флорасини текшириш қўзиш пайтида бачадон ортиқлари флорасига мос келиши мумкин бўлиб, бу асосланган ҳисобланади.

Аёлнинг чаноқ органларида хроник кечадиган яллиғланиш процессининг борлиги унинг организми ва репродуктив системаси учун бефарқ эмас. Маълумки, чаноқ органлари, айниқса, бачадон ва унинг ортиқлари иннервацияга бой ва орқа миянинг кўтарилувчи йўли орқали олий нерв марказлари билан боғлиқдир. Гипоталамус системаси ва гипофиз билан ўзаро боғланишга алоҳида аҳамият берилади. Кичик чаноқдаги яллиғланиш процесси таъсири натижасида гипоталамус функциясининг бузилиши, кўпинча, гипофизнинг гона-

дотроп ва адренокортикотроп функциясини бошқариб турадиган рилизинг-гормонлар ишланиб чиқишидаги ўзгаришлар билан бирга кечади. Шунинг оқибатида гипофизнинг фолликулни стимулловчи, лютеинловчи, лютеотроп гормонлар, шунингдек, АҚТГ ишлаб чиқаришида турли хил бузилишлар кузатилади. Бу эса, ўз навбатида, тухумдонлар ва буйрак усти безлари пўстлоғи фаолиятида ўз аксини топади. Шу сабабли қайталаниб турадиган хроник сальпингоофоритли беморларда бачадондан ановулятор характердаги функционал қон кетиши ва буйрак усти безлари глюкокортикоид функциясининг ўзгаришлари қайд қилинади.

Биз кузатаётган беморда ҳайз функциясининг бузилиши дастлаб циклик характерда бўлган (меноррагия). Бу симптомнинг келиб чиқишини асоратланган беихтиёр абортдан кейин эндомиометритни бошдан кечириш билан боғлаш мумкин. Аммо циклик қон кетиши фонида ациклик қон кетиши пайдо бўлган, бу эса патологик процессга тухумдонларнинг тортилганини кўрсатади. Бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси билан тухумдонлар функциясининг иккиламчи бузилиши ўртасида узвий боғланиш борлигини таъкидлаб ўтиш ғоят муҳим. Гап шундаки, яллиғланиш процесси қайтган сайин қўшимча равишда гормонал терапия буюрилмаса-да, издан чиққан ҳайз функцияси ҳам мустақил тикланиши мумкин. Бунинг устига, бундай беморларга барвақт ва нотўғри гормонал терапия буюриш, аксарият, гормонал бузилишларнинг янада чуқурлашувига ва барқарор дисфункционал бачадондан қон кетишига олиб келади.

Шундай қилиб, биз септик этиологияли қайталанадиган хроник сальпингоофорит диагностикаси билан боғлиқ масалаларни қисқача кўриб чиқдик.

Иккинчи масала — беморни касалхонага ётқизиш эди. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон ортиқларида яллиғланиш процесси қўзиганда, айниқса, умумий ва маҳаллий реакциялар рўй-рост юзага чиққанда, беморни текшириш ва зарур давони амалга ошириш учун зудлик билан уни гинекологик стационарга жойлаштириш керак. Бундай беморларни транспортда олиб кетилаётганда акушерка (ёки фельдшер) кузатиб бориши керак.

Қайталанувчи хроник сальпингоофоритни қандай касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш керак? Биринчи навбатда уни бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси, бачадон

миомаси, тухумдон кистаси оёқчасининг буралиши ёки субсероз миоматоз тугун, шунингдек, аппендицитдан дифференциялаш керак.

Бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорлик учун ҳамиша ҳомиладорлик белгиларининг бўлиши хосдир (ҳайз тўхтаб қолиши, бошланган абортда жинсий йўллардан пича қон аралаш ажралма келиши, бачадон ўлчамларининг катталашуви ва бошқалар). Биз кузатаётган беморда ҳомиладорлик белгилари йўқ. Бунинг устига жинсий йўллардан қон аралаш ажралма ҳайз тўхтагандан кейингина эмас, балки ундан бир неча кун олдин пайдо бўлган. Оғриқ синдроми бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учун ҳам, хроник сальпингоофоритнинг қўзиши учун ҳам типикдир. Шунинг учун ҳам бу белгининг мазкур ҳолда дифференциал диагностика учун аҳамияти катта эмас.

Бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорлиги бўлган беморда қин орқали текшириш ўтказилганда, одатда, бачадон ортиқларидан бири катталашганлиги ва пальпация қилиб кўрилганда характерли хамирсимон консистенциядаги безиллаб турган бачадон найи топилади. Қиннинг орқа гумбази бўртиб чиқади ва пальпация қилинганида қаттиқ оғрийди («Дуглас қичқириги»). Бизнинг беморда бачадон ортиқлари ҳар иккала томонда катталашган, бунда улар консистенциясининг типик хамирсимонлиги қайд қилинмади. Шубҳали ҳолларда иккала касалликнинг дифференциал диагностикасига Ашгейм — Цондек реакцияси ёки ҳомиладорликка қилинадиган иммунологик реакция (бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда мусбат, бачадон ортиқларининг яллиғланиш процессида манфий) ёрдам беради.

Тухумдон апоплексияси бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорлик билан кўпроқ, зўрайган хроник сальпингоофорит билан камроқ умумий белгиларга эга. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик каби у ҳам перитонеал симптомлар билан ўтиб, булар венадан қон оқиши кучайиб борган сайин авж олади. Биз кузатаётган беморда қориннинг олдинги деворигина бир оз таранглашган ва пальпация қилинганда безиллаб туради, айни вақтда Шчеткин — Блюмберг симптоми эса манфий. Бироқ, рўй-рост зўрайган сальпингоофорити бор айрим беморларда перитонеал симптомлар чаноқ перитонити ривожланиши оқибатида юзага келиши мумкинлигини унутмаслик керак (бизнинг беморда чаноқ перитонити келган пайтида йўқ эди). Шуни

қайд қилиб ўтиш керакки, тухумдонга қон қуйилиб кейин қорин ичига қон кетиши ҳайз цикли ўрталарида ёки лютеин фаза бошланишида энг кўп юз беради. Бизнинг беморда бундай қонуният кузатилмади.

Эндомиометрит ва тухумдонлар дисфункцияси авж олишига боғлиқ ҳайз цикли бузилганлиги муносабати билан қўзиган хроник сальпингоофоритни бачадон миомаси билан дифференциялаб олишга тўғри келади. Одатда, бачадон миомасининг ривожланиши шу орган ўлчамларининг катталашиши билан кечади. Бачадоннинг ўлчамларигина катталашиб қолмай, балки субсероз ва интрамурал жойлашган ўсма тугунлари ҳосил бўлиши натижасида эгри-бугри ҳам бўлиб қолади. Бизнинг беморда бачадон ўлчамлари нормал, бу — миома эҳтимолини истисно қилиш имконини беради. Бироқ шуни назарда тутиш керакки, бачадоннинг субсероз миомаларида, айниқса, уларнинг ўлчамлари катта бўлмаса ва якка-якка жойлашган бўлса, бачадон ўлчамлари катталашмаслиги мумкин. Бундай ўсманинг ривожланиши фақат меноррагия билан эмас, балки ўсманинг шиллиқ парда остида жойлашган тугунидаги қон томирларнинг бутунлиги бузилиши натижасида метроррагия билан ҳам кечади. Бу диагнозни тасдиқлаш учун стационарда қўшимча диагностика методлари (гистероскопия, гистеросальпингография, бачадонга зонд киритиш) қўлланилади.

Айрим беморларда бачадон миомаси ортиқларининг хроник яллиғланиши билан қўшилиб келади, бу дифференциал диагностикани айниқса мураккаблаштириб юборади.

Тухумдон кистаси оёқчаси ёки субсероз миоматоз тугуннинг буралиб қолиши ҳамма вақт ўткир қорин оғриғи клиник манзараси билан кечади. Шунинг учун бу касалликларни сальпингоофоритнинг қўзиши билан дифференциал диагностика қилиш асосли ҳисобланади. Аммо қин орқали текшириш ўтказилганда ҳамма вақт кўпчиган миоматоз тугунни ёки ўлчамлари катталашган тухумдон кистасини топиш мумкин (бу тузилмалар ўлчамининг катталашиши веналарнинг босилиши оқибатида уларда қон димланиб қолишига боғлиқ). Биз кузатаётган беморда қин орқали текширишда тухумдон кисталари ёки субсероз жойлашган тугун топилгани йўқ, бу ҳол шу касалликларни истисно қилишга имкон беради.

Патологик процесснинг икки томонлама жойлашганлигига ва аппендицитга хос махсус симптомларнинг

йўқлигига асосланиб, тахмин қилинган ўткир аппендицит диагнозини истисно қилиш мумкин.

Айрим беморларда бачадон ортиқлари яллиғланишини тухумдонлар эндометриозидан, айниқса, эндометриоид кисталар ёрилишидан фарқ қилишга тўғри келади. Эндометриоз учун кистоз тузилмаларнинг уларга қуйилган қон туфайли чўзилиб кетиши оқибатида ҳайзгача ва ҳайз вақтида ҳам оғриқ синдроми юзага келиши характерлидир. Бироқ тухумдоннинг эндометриоид кисталари бачадон ортиқларининг хроник яллиғланиш процессларидан фарқли ўлароқ, зич капсулага нотекис контурларга эга. Тузилмалар кенг тарқалган битишмалар ҳосил қилиши сабабли ҳаракатсиз бўлиб қолади. Тухумдон эндометриоид кистасининг ёрилиши қаттиқ оғриқ синдроми ва ичга қон қуйилиши билан кечади. Бу клиник белгилар бизнинг беморда йўқ.

Бинобарин, хроник сальпингоофоритнинг қўзиган босқичидаги дифференциал-диагностик белгиларини синчиклаб кўриб чиқиш бизга илгари қўйилган диагнозни тасдиқлаб олишга во шунга ўхшаш симптоматика билан кечадиган бошқа касалликларни истисно қилишга имкон беради.

Қайталаниб турадиган хроник сальпингоофорит билан касалланган беморларни текширишда стационарда қандай методлардан фойдаланишади? Умумий клиник методлар билан бир қаторда цервикал канал ажралмаларини бактериологик ва бактериоскопик текширишдан ўтказиш, шунингдек, экилган микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш зарур. Ановуляция табиатини аниқлаш учун функционал диагностика тестларидан кенг фойдаланилади.

Септик этиологияли қўзиган икки томонлама хроник сальпингоофоритга учраган беморларни даволаш учун уларга ниҳоятда тинч шароит (ўринда ётиш) яратиб бериш, механик ва химиявий жиҳатдан юмшоқ овқатлар буюриш керак. Биринчи кунлари экссудация процессларини камайтириш учун қорин пастига совуқ қўйилади (музни узоқ вақт қўйиш ярамайди). Яллиғланишга қарши воситалар комплекси ва антигистамин препаратлар қўлланиши керак. Антибиотиклар ва сульфаниламид воситалар буюриш ҳақидаги масала ҳар бир ҳолда индивидуал ҳал қилинади. Юқорида қайд қилиб ўтганимиздек, аксарият, хроник сальпингоофоритларнинг қўзиши аёл жинсий йўлларига янги инфекция қўзғатувчилари тушишига боғлиқ эмас. Аммо шуни ҳисобга олиш керакки, яллиғланиш ўчоғида анчадан буён

сақланиб келаётган микроб флораси носпецифик қўзиш таъсирида активлашиб кетмайди, деб бўлмайди. Шунинг учун касаллик оз-моз қўзиганда ва перитонеал симптомлар бўлмаганда антибиотиклар буюришга шошилмаслик керак. Борди-ю, яллиғланиш рўй-рост юзага чиққан, перитонеал симптомлар пайдо бўлиб ва зўрайиб борса, микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлиги ҳақида маълумот олингунча бундай беморларга таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинлаш лозим. Кейинчалик бактериологик маълумотларга қараб антибиотикларни тайинлашга ўзгартиришлар киритилади.

Бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процесси сўниб борган сайин, одатда, жинсий йўллардан келаётган қон аралаш ажралмалар ҳам камаяди. Бундай ҳолларда гормонал терапия олиб борилмайди. Борди-ю, яллигланиш процессининг сўниб бориши ҳайз кўриш функциясининг нормага тушиши билан кечмаса, у ҳолда функционал диагностика тестлари кўрсткичларига биноан гормонал терапия буюриш керак.

Стационарга бачадон ортиқларининг яллиғланиши зўрайиши сабабли ётқизилган ҳамма беморларга оғриқ қолдирадиган воситалар буюрилади (чунки уларда ургент касалликлар истисно қилингандан кейин оғриқ синдромини йўқотиб касалликнинг клиник манзарасини ўзгартириш мумкин эмас!). Глюкоза эритмасини, витаминлар ва бошқа препаратларни венага юбориш кенг қўлланилади.

Хроник сальпингоофорит ўртача ўткир босқичга ўтганда эҳтиётлик билан физиотерапия буюрилади, буни яллиғланиш процессининг хроник босқичида ҳам давом эттирилади.

БАЧАДОН ОРТИҚЛАРИНИНГ ИККИ ТОМОНЛАМА ЯЛЛИҒЛАНИШИ, БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ

Бемор В., 32 яшар, қорни пастидаги оғриқ ва жинсий йўлларидан қон кетаётганидан шикоят қилиб, 1980 йил 23 сентябрь куни фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ ва кўкйўтал бўлиб ўтган; катта бўлганида шамоллаш касалликлари ва холецистит билан оғриган. 12 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 28—30 кунда келиб туради, оғриқсиз, мўл келади. Жинсий ҳаёт бошланганидан кейин, абортлар ва туғруқлардан сўнг ҳам ҳайз цикли айтарли ўзгармаган. Охирги ҳайзи ўз муддатида —12 сентябрда келган. Жинсий алоқани 20 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 34 ёшда, аёлнинг сўзига қараганда у соғлом. Кейинги йиллар мобайнида сут кислотанинг кучсиз эритмасидан қинига пуркаб бўйида бўлишидан сақланиб келган.

3 марта ҳомиладор бўлган, биринчиси — асоратларсиз нормал туғиш билан тугаган, иккинчиси—9 ҳафталик бўлганида сунъий аборт билан якунланган (абортдан кейинги давр асоратларсиз ўтган), учинчиси (бир йил олдин)—14 ҳафталигида беихтиёр аборт билан тугаган. Аёлни кучли қон кетиши туфайли касалхонага келтирилган, бу ерда ҳомила тухуми қолдиқлари асбоблар ёрдамида олиб ташланган. Абортдан кейинги илк даврда яна қон кетган, шунга кўра бачадони такроран қирилган. Абортдан кейинги давр бачадон ортиқлари яллиғланиши билан асоратланган, шу туфайли аёл стационарда 2 ҳафта даво олган. Шилимшиқ характеридаги оқчил безовта қилади. Қовуқ ва тўғри ичак функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Шу йил мобайнида, яъни асорат билан тугаган беихтиёр абортдан кейин бачадон ортиқларининг икки томонлама яллиғланиши келиб чиққан ва у тез-тез, айниқса, совқотиш ва шамоллаш касалликларидан кейин қўзиб туради. Шамоллашга қарши даволаш учун бир неча марта стационарда ётиб чиққан.

20 сентябрь куни қорнининг пастида ва думғаза соҳасида тўсатдан қаттиқ оғриқ турган, оғриқ ўнг оёгига ҳам ўтган. Тана температураси 38,2°. Аёл врачга мурожаат қилмаган, 2 кунгача қорнига музли халтача қўйган ва ўзича антибиотиклар (1 таблеткадан кунига 5 маҳал тетрациклин) қабул қилиб юрган. 2 кун ўтгач температураси 37,5° га тушган, оғриқ камайган. Аммо 23 сентябрь куни беморнинг умумий аҳволи дуруст бўлгани ҳолда тўсатдан жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма кела бошлаб, у тез орада кучайган ва мўл бўлган. Бемор мана шундай шикоятлар билан фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Тана температураси 37,8°, пульси минутига 100 марта уриб турибди, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм. Ўпка ва юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили тоза, нам. Қорни пастки бўлимлари оз-моз таранглашган, нафас олиш актида қатнашади. Перитонеал симптомлар, шунингдек, қориннинг қуйи бўлимларидаги симптомлар манфий. Пайпаслаб кўрилганида қорин олдинги девори пастки бўлимларининг олд девори, кўпроқ ўнг томони безиллаб турибди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Дизурик бузилишлар йўқ, бир кун аввал ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Кўзгу солиб кўрилганда қинда ивинди аралаш суюқ қон борлиги аниқланган. Тупфер билан қон йўқотилгач, бачадон бўйни кўздан кечирилган, бунда патологик ўзгаришлар топилмаган. Бачадон ўрта чизиқда, тўғри вазиятда оғриқсиз, катталашмаган, юзаси силлиқ. консистенцияси одатдагича. Бачадон ортиқларининг ҳар иккаласи, ўнг томондагиси кўпроқ катталашган, пайпаслаб кўрилганида қаттиқ оғрийди. Қин орқа гумбази бўртиб чиқмаган.

Фельдшер қандай тахминий диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Ушбу касалликда организм функциясида қандай ўзгаришлар кузатилиши мумкин? Даволаш принциплари қандай?

Беморнинг анамнези, умумий ва гинекологик текшириш маълумотлари асосида икки томонлама хроник

сальпингоофоритнинг оғирлашиши ва бачадондан дисфункционал қон кетиши, деган тахминий диагнозни қўйса бўлади.

Ҳозирги замон жаҳон адабиёти маълумотларига кўра, стационарда даволанишга муҳтож барча гинекологик беморларнинг 30% да жинсий органларнинг яллиғланиш касалликлари кузатилади. Поликлиника ва аёллар консультациясига мурожаат қилган беморларнинг 60—70% да касалликларнинг шу формалари кузатилади. Аёллар жинсий органларидаги яллиғланиш процессларини қўзгатувчи микроб турлари ичида ҳозирги пайтда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларга чидамли стафилококклар, шунингдек, ичак таёқчаси ва энтерококклар кўпчиликни ташкил қилади.

Сальпингоофорит — аёл жинсий йўлларига патоген микроб флораси тушганда юзага келадиган юқорига кўтарилувчи инфекциянинг энг кўп учрайдиган формасидир. Биз кузатаётган беморда инфекция қўзғатувчилари, афтидан, охирги аборт асорат билан кечганда бачадонга кириб олган. Бачадондан ортиқларга этиологияси септик инфекция турли хил йўллар билан: лимфоген, гематоген ва интраканаликуляр, яъни бачадон найлари бўшлиғи бўйлаб тарқалиши мумкин.

Ҳозирги шароитда сальпингоофоритнинг клиник манзараси ташқи муҳит омилларининг носпецифик таъсирида тез-тез қўзиб, узоқ вақт кечиши билан ажралиб туради. Шуниси характерлики, бизнинг беморда бундай қўзишлар совқотиш ва шамоллаш касалликлари таъсирида юз беради. Касаллик қўзиган пайтда бачадон ортиқларида ҳар қандай яллиғланиш реакциясига хос ҳодисалар (шиш, томирлар кенгайиши, майда ҳужайрали инфильтратлар ва ҳоказо) кузатилади. Аммо бунда инфекция қўзғатувчилари камдан-кам топилади. Бунга сабаб шуки, улар, одатда, антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар қўлланилганда ҳалок бўлади, бироқ яллиғланиш ўчоғи эса сақланиб қолади ва носпецифик омиллар таъсирида яллиғланиш вақти-вақти билан қўзиб туради.

Шуниси характерлики, бундай яллиғланган тузилмаларни пункция қилишда, ҳатто, бачадон ортиқларида йиринг (пиосальпинкс, пиоварий) пайдо бўлғанда ҳам бачадон ортиқларидан олинган экссудат стерил бўлиши мумкин. Замонавий бу маълумотлар носпецифик этиологияли сальпингоофорит қўзиганда, агар у рўй-рост огир характерда бўлмаса ва чаноқ ёки диффуз перитонит ривожланиб қолиш хавфи бўлмаса, даволашни

антибиотик ва сульфаниламид препаратлар тайинламасдан олиб бориш керак, деган хулосага асос бўлади.

Шу муносабат билан бизнинг бемор врач рухсатисиз антибактериал препаратлар ичмаслиги керак эди, деб уқтириб ўтамиз. Бундай ҳолларда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлардан фойдаланиш наф келтириш у ёқда турсин, балки аксарият, ҳатто, зарар ҳам келтиради, чунки булар кандидамикозлар ривожланишига имкон беради. Бундан ташқари, ҳозирги вақтда антибиотиклар қўлланиш туфайли турли хил ножўя реакциялар, ҳатто, анафилактик шок каби ҳолатларнинг тез-тез юз бериши қайд қилинмоқда. Буларнинг ҳаммаси антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларни фақат қатъий заруратлар бўлганда, микроб флорасининг у ёҳуд бу препаратга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда тайинлашга мажбур этади.

Қайталаниб турадиган хроник сальпингоофоритнинг энг муҳим хусусияти у билан бирга келадиган тухумдонлар функциясининг бузилиши ва шу туфайли ҳайз кўриш функциясининг издан чиқишидир, бу — сальпингоофоритнинг турли формалари билан огриган беморларнинг 20—50% тида қайд қилинади.

Хроник сальпингоофоритда тухумдонлар функциясининг бузилиши сабаблари ҳали етарлича ўрганилмаган. Бироқ улардан энг муҳими, афтидан, яллиғланишдан ўзгаришга учраган томирлар склерози туфайли тухумдонларда қон айланишининг етишмовчилиги оқибатида юзага келадиган дистрофик процесслар ҳисобланади. Қон айланишининг етишмовчилиги тухумдонларда гормонлар синтезини тормозлайди, бу — ҳайз кўриш функцияси издан чиқишига олиб келади. Тухумдонлар рецептор системасининг ўзгариб кетиши ҳам муҳим роль ўйнайди, бунинг натижасида гонадотроп гормонлар ўзининг специфик таъсирини кўрсата олмайди, кўпинча, бачадон ортиқларининг яллиғланиш касалликлари узоқ кечганида ва тез-тез қайталаниб турганида ривожланадиган гипоталамус ва гипофизнинг гонадотроп функцияси издан чиқишини ҳам истисно қилмаслик керак.

Тухумдон функцияси бузилишлари орасида ҳайз циклининг ҳар иккала фазаси етишмаслиги, сариқ тананинг етишмовчилиги ва овуляция процессининг бузилиши (ановуляция) кўп учрайди. Улар орасида ановулятор генезнинг бузилиши устунлик қилади. Ановуляция клиник жиҳатдан бачадондан турли хил дисфункционал

қон кетиши кўринишида юзага чиқади, биз кузатаётган беморда ҳам бу ҳол кўрилган (меторрагия). Шуниси жуда характерлики, бизнинг беморда метроррагия касаллик қўзиши вазиятида келиб чиққан, бунда бачадонда патологик ўзгаришлар бўлмаган (қин орқали текшириш маълумотларига қаранг).

Рецидив бериб турадиган хроник сальпингоофоритларда гипоталамус-гипофизар системадаги ўзгаришлар билан боғлиқ масалаларни кўриб чиқиб, биз асосий касалликка қўшилиб келадиган аёллар организмидаги ўзгаришлар ҳақидаги масаланинг учинчи саволига келиб тўхтадик.

Бачадон ортиқлари хроник яллиғланиши ҳайз циклини бошқариб турадиган марказий звеноларда ўзгаришлар келтириб чиқариши билан бир қаторда, кўпинча, марказий нерв системаси, буйрак усти безлари, организмнинг иммунологик системаси фаолияти бузилишига, аллергия пайдо бўлишига, айниқса, дори моддаларга аллергия пайдо бўлишига олиб келади. Буларнинг жами асосий касалликнинг клиник манзараси жуда ўзгариб кетишига имкон яратиб беради.

Беморга нима илож қилиш керак?

Қайталаниб турадиган сальпингоофоритнинг зўрайган босқичида бачадонидан қон кетаётган беморни зудлик билан стационарга ётқизиш керак, у ерда касалга зарур малакали медицина ёрдами кўрсатилади. Бундай беморни фельдшер йўлда кузатиб боришга мажбур. Қон кетишини камайтириш учун бачадонни қисқартирадиган препаратлар (окситоцин, метилэргометрин ва бошқалар) юборилади.

Қандай касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак? Зўрайган хроник сальпингоофорит ва бачадондан дисфункционал қон кетишини кўп ҳолларда бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорликдан дифференциялаб олишга тўғри келади.

Найчадаги ҳомиладорлик бузилганда ҳамиша ҳомиладорлик белгиларини (ҳайзнинг тўхтаб қолиши, бачадон бўйни ва қин шиллиқ пардасининг оз-моз кўкариши (цианоз), бачадоннинг катталашиши ва юмшароқ қолиши ва бошқаларни) қайд қилиш мумкин. Жинсий йўллардан келадиган қон аралаш ажралма бачадондан дисфункционал қон кетишдаги каби айтарли мўл ва кучли бўлмайди. Зарарланган бачадон найи характерли хамирсимон консистенцияга эга бўлади. Ҳомиладорликни аниқлаш мақсадида ўтказилган биологик ёки иммунологик реакциялар мусбат. Қин орқа

гумбазини пункция қилиб кўриб, майда-майда қон лахталари аралашган қорамтир қон олиш мумкин. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда тана температураси нормал ёки субфебрил бўлади, ваҳоланки, зўрайган сальпингоофоритда эса у анча юқори рақамларга чиқади. Ичга қон кўп кетганда (най ёрилганда) қорин бўшлиғида суюқлик аниқланади. Бундан ташқари, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ичга қон кетиш манзараси устун турса бачадондан дисфункционал қон кетганда ташқи қон кетиши устунлик қилади.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши билан қўшилиб келган икки томонлама сальпингоофоритни, аксарият, чала аборт билан қўшилиб келган бачадон ортиқларининг икки томонлама яллиғланишидан фарқ қилишга тўғри келади. Чала абортда ҳам қон кетиши мўл бўлиши мумкин (бу — ҳар иккала касалликнинг дифференциал диагностикасини қийинлаштириб қўяди) ва бунда тухумдонлар дисфункциясида бўлмайдиган ҳомиладорлик белгилари ҳамиша бўлади. Чала аборт, аксарият, бачадон қисқаришларидан юзага келадиган тўлғоқсимон оғриқлар билан кечади ва бунда бачадон оғзи ҳамиша пича очиқ бўлади, дисфункционал қон кетишида эса ёпиқ бўлади.

Бачадондан дисфункционал қон кетишини бачадон миомаси (айниқса субмукоз миома) ва ички эндометриоз туфайли юзага келган қон кетишидан фарқ қилиш керак. Бачадоннинг кўп тугунли миомасида унга диагноз қўйиш, одатда, айтарли қийин эмас, чунки қин орқали текшириш ўтказилганда ҳамиша юзаси гадир-будир зич консистенцияли катталашган бачадонни пайпаслаб топиш мумкин. Субмукоз миома диагнозини қўшимча текшириш методлари (гистероскопия, гистеросальпингография ва бошқалар) асосида қўйилади. Ички эндометриоз (аденомиоз) учун рўй-рост зўрайиб бориш характерига эга альгодисменорея, яъни оғриқли ҳайз кўриш хосдир. Бачадон ортиқларида яллиғланиш процесси зўрайганида бундай ҳодисалар бўлмайди. Сальпингоофорит, айниқса, ўнг томондаги сальпингоофоритнинг зўрайишини кўпинча ўткир ёки қайталанган аппендицитдан фарқлаб олишга тўғри келади (олдинги масалага қаранг).

Даволаш принциплари қандай?

Мазкур касалликка чалинган беморларни даволашда қуйидаги икки мақсадни кўзда тутилади: яллиғланиш процессини бартараф этиш ва қон кетишини тўхтатиб, тухумдонлар функциясини нормага тушириш.

Бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процессини муваффақиятли даволаш, аксарият, қўшимча равишда гормонал препаратлар қўлланилмасдан издан чиққан ҳайз циклининг ўз-ўзидан тикланиб кетиши билан кечиши юқорида эслатиб ўтилган эди.

Зўрайган хроник сальпингоофоритда беморга ниҳоятда тинч шароит яратиш зарур. Парҳез овқатлар механик ва химиявий жиҳатдан юмшоқ бўлиб, витаминлари етарлича бўлиши керак. Ичаклар билан қовуқ функциялари устидан қунт қилиб кузатиб туриш керак, чунки қаттиқ оғриқ синдромида, кўпинча, бу органлар паретик ҳолатга тушиб қолади. Яллиғланиш процесси зўрайган даврда қорин пастига муз қўйилади. Қаттиқ оғриқ турганида (ўткир аппендицит, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик ва шошилинч операцияни талаб этадиган бошқа ургент касалликлар истисно қилинганидан кейин) оғриқ қолдирувчи препаратлар буюрилади. Кальций препаратлари, турли антигистамин препаратлардан кенг фойдаланилади, венага глюкоза эритмаси юборилади ва ҳоказо. Зўрайган хроник сальпингоофоритда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларни қўлланиш шарт эмас, чунки зўрайиш патогенезида микроб флорасининг роли ниҳоятда кам.

Қон кетишини камайтириш учун бачадонни қисқартирувчи турли хил воситалардан фойдаланилади. Бундай даво наф бермаса, гормонал гемостаз қўлланиш лозим (эстрогенлар ёки синтетик прогестинларни катта дозаларда қон кетиши батамом тўхтагунча юборилади). Эстрогенларни, одатда, 10 000 ТБ дан ҳар 1—2 соатда юборилади, бунда қон кетиши одатда 4—5-инъекциядан кейин тўхтайди. Кейин кариопикнотик индексни контрол қилиб туриб, эстрогенларни кунига 5000—10000 ТБ дан 10—12 кун мобайнида юборишни давом эттирилади, сўнгра прогестерон инъекция қилишга ўтилади (10 мг дан мускул орасига 6—8 кун мобайнида ҳар куни), прогестерон юбориш тўхтатилганидан кейин орадан 2—3 кун ўтгач беморда ҳайзга ўхшаш реакция пайдо бўлади. Циклик гормонал терапияни бир неча ойгача давом эттирилади.

Гемостаз учун синтетик прогестинларни (бисекурин ва бошқаларни) аввалига биринчи куни қон кетиши тўхтагунча 4—5 таблеткадан буюрилади, кейин дозани аста-секин камайтирилади ва кунига 1 таблеткадан ичиш давом эттирилади (препарат қабул қилишнинг умумий муддати 21 кун). Дори ичиш тўхтатилганидан кейин орадан бир неча кун ўтгач беморда ҳайзга ўхшаш

реакция пайдо бўлади. Синтетик прогестин билан даволашни ҳам яллиғланишга қарши терапия билан қўшиб бир неча ой мобайнида олиб борилади.

Қон кетишини тўхтатиш учун бачадонни диагностика мақсадида қириш мумкинми? Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бачадон ортиқларидаги рўй-рост юзага чиққан яллиғланиш процессининг зўрайиши бачадонни диагностик мақсадда қиришга монелик қиладиган ҳол ҳисобланади. Уни ҳаётий зарурат бўлгандагина (кучли қон кетганда ва гормонал гемостаз наф бермаганда) қилиш мумкин.

ЎТКИР ПАРАМЕТРИТ

Бемор Ф., 33 яшар, қорни пастида ва белида оғриқ турганлиги, тана температураси 38,2° гача кўтарилганлиги, тинка-мадори қуриши, сийишда ачишиш пайдо бўлишидан шикоят қилиб, 1979 йил 15 ноябрь куни фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анемнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, қизилча ва зотилжамни бошидан кечирган, катта бўлганидан буён юқори нафас йўллари катари билан тез-тез огриб туради. 12 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 4—5 кун келади, оғриқсиз, мўл келади. Охирги марта 1979 йил 2 сентябрда келган. 23 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи, эри 37 ёшда, соғлом 4 марта бўйида бўлган: биринчисини ой-куни тўлиб туққан, асоратсиз ўтган, қолганларида сунъий аборт қилдирган, улардан 2- ва 3- лари ҳам асоратсиз ўтган.

Ушбу касаллик тарихи. Ҳомиладорлик муддати 8 ҳафта бўлганда 3 ноябрь куни касалхонада сунъий аборт қилинган, шундан сўнг 2 кун мобайнида иситмаси чиққан, аммо аёл уйига тезроқ жўнаш мақсадида буни яширган. Уйига кетадиган куни (6 ноябрда) жинсий йўлларидан ўртача миқдорда ажралма келган. Врач қин орқали текшириш ўтказиб кўриб бачадоннинг етарлича яхши қисқармаганлигини ва пальпацияда сезувчанлигини қайд қилган, аммо бемор уйига жавоб беришни қатъий талаб қилган (тилхат олиб жавоб берилган). Бачадонни қисқартирадиган воситалар буюрилган. Уйида бемор ўзини қониқарли ҳис қилган, аммо жинсий йўлларидан суюқ ажралма ҳамон келаверган. Вақти-вақти билан қорни пастида қаттиқ оғриқ турган, сийганида ачишган, Температурасини ўлчаб кўрмаган. 14 ноябрдан 15 ноябрга ўтар кечаси касалнинг умумий аҳволи кескин оғирлашган, қорни пастида оғриқ кучайган, кечаси билан ва эрталаб бир неча марта эти увишган. Тана температураси 38,2° гача кўтарилган. Эри кузатувида фельдшер-акушерлик пунктига келтирилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қоплами оқиш-пушти рангда, тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. Томири минутига 110 марта уриб турибди, ритмик, тўлиқлиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Юраги ва ўпкасида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили қуруқроқ, оқимтир караш билан қопланган. Қорни нафас олиш актида қатнашади, пальпация қилиб кўрилганида пастки бўлимларида, айниқса, ўнг томонда пупарт бойламидан пича юқорида оғриқ бор. Шчеткин симптоми

манфий. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Яқиндагина ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида айтарли ўзгаришлар йўқ, бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, кўзгу ёрдамида кўздан кечирилганида эрозия кўринмайди. Ташқи бўғзидан қон ипир-ипирлари аралашган лойқароқ шилимшиқ ажралиб турибди. Бачадон сал катталашган (5—6 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада), чапга сурилган, пальпацияда бир оз оғриқ сезади. Чап томондаги ортиқлари қўлга илинмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Бачадондан ўнг томонда ва ёнбошида бачадоннинг ён қиррасидан чаноқ деворигача масофада консистенцияси зич инфильтрат топилади, унинг юқори чегараси пупарт бойламидан 2 бармоқ эничa юқорида жойлашган. Инфильтрат пайпаслаб кўрилганида безиллайди, ўнг қин гумбазининг шиллиқ пардаси унинг остида ҳаракатсиз. Ректал текшириш ўтказилганида ҳам шундай маълумотлар олинди.

Қон анализи: Нв — 12 г % (120 г/л), лейкоцитлар —12 500 ($1{,}25 \cdot 10^9$/л).

Беморнинг анамнези, касалликнинг клиник манзараси ва қин орқали текшириш маълумотлари асосида биз кузатаётган беморда асоратланган аборт билан боғлиқ ҳолда ривожланган ўнг томонлама параметрал клетчатканинг ўткир яллиғланиши (параметрит) бор, деб тахмин қилиш мумкин.

Қандай маълумотларга асосланиб шу диагнозни қўйиш мумкин?

Параметритнинг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси билан боғлиқ асосий масалаларни кўриб чиқишдан олдин ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези ва клиникасига қисқача тўхтаб ўтиш керак. Буларни билиш мазкур патологик процесснинг моҳиятини тўғри тушуниш учун зарур.

Параметрит бачадон атрофидаги клетчатканинг яллиғланишидан иборат бўлиб, кўп ҳолларда туғруқдан ёки абортлардан кейин бачадон бўйнидан ёки бачадон танасидан, камдан-кам қиндан, септик инфекциянинг лимфоген йўл билан тарқалиши натижасида келиб чиқади. Параметритнинг кечиши аввало кичик чаноқ клетчаткаси топографик анатомиясининг ўзига хос хусусиятлари билан белгиланади. Кичик чаноқ клетчаткаси анатомик жиҳатдан тўртта катта бўлимга: олдинги (қовуқ ёни), орқа (параректал) ва иккита ён (параметрал) бўлимларга бўлинади. Олдинги бўлим клетчаткасининг яллиғланиши паравезицит дейилади. Паравезицит бирламчи касаллик сифатида ҳам — яллиғланиш процесси бачадон бўйнининг олдинги қисмидан ва қовуқдан ўтганида, иккиламчи касаллик сифатида ҳам — инфекция параметрал клетчаткадан тарқал-

ганида юзага келиши мумкин. Мазкур ҳолда, афтидан, патологик процесснинг худди шундай ривожланиш йўли юз берган бўлса керак, чунки биз кузатаётган бемордаги параметрит дизурик ҳодисалар билан кечган.

Клетчатканинг орқа бўлими тўғри ичак соҳасида жойлашади ва параметрал клетчатка билан ҳам (олдиндан ва ён томондан), қин клетчаткаси билан ҳам туташади. Думғаза-бачадон бойламлари уни юқори ва пастки қисмларга бўлиб туради. Қичик чаноқ клетчаткаси (параметрал клетчатка) нинг ён бўлимлари бачадоннинг сербар бойлами варақлари орасида жойлашган. Клетчатка ён бўлимларининг ҳар бири икки қисмга бўлинади: бачадон сербар бойламининг бир-бирига яқин жойлашган қорин пардаси варақлари орасида турадиган ва жуда кам миқдорда ғовак клетчаткаси бўлган юқори қисм ва анчагина миқдорда ёғ клетчаткаси ва озроқ силлиқ мускул толаларини (бачадоннинг кардинал бойламлари) сақлаган пастки қисм. Параметрал клетчатканинг юқори бўлимига инфекция, одатда, бачадон танасидан, пастки бўлимига эса бачадон бўйнидан ўтади. Бачадон ён атрофи клетчаткасининг юқори ёки пастки бўлими зарарланишига қараб, юқори-ён ва пастки-ён параметрит деб фарқ қилиш расм бўлган.

Клетчатканинг яллиғланиши яллиғланиш процессининг чегараланиб қола олмаслиги билан ажралиб туради ва борди-ю, у росмана яллиғланган бўлса, патологик процессга клетчатканинг юқори бўлими ҳам, пастки бўлими ҳам тортилади. Мазкур бемор аёлда худди шундай параметрал инфильтрат пайдо бўлган.

Одатда, касалликнинг мустақил формаси (бирламчи параметрит), бачадон ортиқлари яллиғланганда ёки чаноқ веналари тромбофлебити юзага келадиган клетчатка яллиғланишининг реактив формаси (иккиламчи параметрит) ва генерализацияланган септик инфекцияга қўшилиб келадиган септик параметритни тафовут қилиш расм бўлган. Бундан кейинги баёнимизда касалликнинг фақат биринчи формаси устида тўхталамиз, чунки биз кузатаётган беморда бачадон ортиқлари ёки чаноқ веналари яллиғланиши ҳақида ҳам, генерализацияланган септик инфекция ҳақида ҳам гувоҳлик берадиган маълумотлар йўқ.

Бирламчи параметритда яллиғланиш экссудати, дастлаб сероз табиатга эга, аммо кўп ўтмай сероз-фибриноз табиат кашф қилади. Фибриннинг чўкиши инфильтратнинг анчагина зичлашувига олиб келади. Яллиғланиш ўчоғи атрофида майда ҳужайрали инфиль-

трат ҳосил бўлади, кенгайган томирларда эса тромб ҳосил бўлиш процесси ривожланади. Шуниси характерлики, параметритда инфильтрат чаноқнинг ён деворигача етади ва унга туташиб кетади. Қиннинг унинг остида жойлашган шиллиқ пардаси яллигли инфильтрация оқибатида ўз ҳаракатчанлигини йўқотади. Параметрийда ҳосил бўлган инфильтрат кейинчалик астасекин сўрилиб кета бошлайди ёки йирингга айланади (буниси кам учрайди).

Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, ушбу беморда параметрит инфекциянинг бачадондан ташқарига тарқалиши оқибатида, яъни метроэндометрит асорати сифатида юзага келган. Афсуски, беморни кузатган врач метроэндометритнинг яққол белгиларига (абортдан кейин температуранинг кўтарилиши, бачадоннинг безиллаб туриши ва субинволюцияси, узоқ вақтгача қон аралаш суюқ ажралма келиши) етарлича эътибор бермаган ва бемордан тилхат олиб, уни стационардан чиқарган.

Ўткир параметритнинг клиник бошланиши абортдан кейинги даврнинг 11-кунига тўғри келган, бу ана шу касалликка хосдир. Ўткир параметритнинг клиник манзараси етарли даражада типикдир. Касаллик бемор умумий аҳволининг оғирлашуви, тана температурасининг кўтарилиши, эт увишиши ва қорин пастида оғриқ туриши билан кечади. Юқорида қайд қилиб ўтилганидек, сийганда ачишиш сезгиси пайдо бўлиши яллигланиш процессига кичик чаноқ клетчаткасининг олдинги бўлими ҳам жалб қилинганини тахмин қилишга имкон беради. Қин орқали текшириш ўтказилганда фельдшер бачадонни қарама-қарши томонга силжитиб қўйган типик параметрал инфильтрат борлигини пайқаган.

Шуниси характерлики, инфильтратнинг нисбатан юқорида жойлашганлигига қарамай, мазкур беморда перитонеал ҳодисалар бўлмаган. Бу параметритда инфильтрат қорин пардасидан ташқарида жойлашганлиги билан боғлиқ. Яллиғланиш реакцияси борлиги ҳақида лейкоцитоз рақамларига қараб ҳукм чиқариш ҳам мумкин эди.

Параметритда биринчи марта Г. Г. Гентер (1937) тасвирлаб берган симптом муайян диагностик қимматга эга. Бу симптом ёнбош суягининг юқори-олдинги ўсимтаси перкуссия қилинганда зарарланган томонда бўғиқ товуш эшитилишидан иборат. Гентер симптоми яллиғланиш инфильтратининг кичик чаноқнинг ён деворларига ўтишига боғлиқ. Афсуски, беморни текшириб

кўрган фельдшер касалликнинг бу муҳим белгиси борлигидан бехабар бўлган.

Параметритда ректал ва ректо-вагинал текширишлар катта диагностик аҳамиятга эга, улар ёрдамида инфильтратнинг топографияси ва унинг хусусиятлари ҳақида тасаввурга эга бўлиш, унинг консистенциясини, характерини ва кичик чаноқдаги қўшни органларга (қовуқ ва тўғри ичакларга) муносабатини аниқлаш мумкин.

Шундай қилиб, беморнинг анамнези, касалликнинг клиник манзараси, қин ва ректал текшириш маълумотлари ва қон анализига таяниб, мазкур беморда тўлиқ асос билан ўнг томонлама ўткир параметрит бор, деб диагноз қўйса бўлади.

Фельдшер нима илож қилиши керак?

Ўткир параметрит билан касалланган беморни энг яқинда жойлашган касалхонанинг гинекологик бўлимига зудлик билан ётқизиш керак. Беморни транспортда чалқанчасига ётқизилган ҳолда олиб борилади. Жинсий органларидаги яллиғланиш процесси ўткир босқичда эканлигини эътиборга олиб, қорни пастига муз солинган халта қўйиб қўйиш мумкин. Фельдшер бундай беморни шахсан ўзи кузатиб боришга мажбур. Параметрит деган узил-кесил диагнозни врач зарур бўлган клиник текширишлар ўтказганидан кейингина қўйиши мумкин. Шунинг учун врач текширувигача касалликнинг клиник манзарасини ўзгартириб қўймаслик мақсадида унга оғриқ қолдирувчи препаратлар (промедол ва бошқалар) юбориш ярамайди.

Фельдшер-акушерлик пункти шароитида антибиотиклар юборишга келсак, бунга ҳам етарлича кўрсатмалар йўқ. Шуни назарда тутиш керакки, гинекологик бўлимда бемордан унинг бачадон бўйни каналидан экма олиб, микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлиги текшириб кўрилади, бу препаратларни бемор организмига олдиндан юбориш эса микробларнинг антибиотикларга сезгирлигини ўзгартириб юбориши мумкин.

Ушбу патологияни қандай касалликлар билан дифференциялаш керак? Ўткир параметритни, биринчи навбатда, бачадон ортиқларининг йирингланиши (пиосальпинкс, пиоварий), чаноқ перитонити, бачадондан ташқаридаги тўхтатилган эски ҳомиладорликда қон қуйилишининг йирингланиб кетиши, бачадон миомаси тугунининг бойлам ичида жойлашуви ёки тухумдон кистомаси, ўсма процесси бачадондан ташқарига тарқалганда параметрийдаги рак инфильтрати каби касалликлардан фарқлаб олиш керак.

Пиосальпинкс билан пиоварий ўткир босқичида, одатда, ўткир қорин оғриғи, температуранинг узоқ вақт кўтарилиб туриши, тез-тез эт увишиши ва терлаш билан кечади. Беморларнинг умумий аҳволи кўп кунлар мобайнида оғирлигича қолади. Йиринг қорин бўшлиғига ўтиб кетганида тезда ёйилган перитонит манзараси авж олади. Лейкоцитоз юқори рақамларга чиқади (20 000 ва ундан ҳам кўп), лейкоцитар формула анчагина чапга сурилади, СОЭ соатига 60—70 мм гача ошган бўлади. Касалликнинг ўткир даври ўтиши билан ремиссия бошланади, бунда деярли барча симптомлар йўқолади. Аммо кўп ўтмай яллиғланиш процесси яна қўзийди ва ҳоказо.

Қин орқали текшириш ўтказилганида бачадоннинг ён томонида ва орқасида нотўғри овоид шаклдаги ўсмасимон тузилма топилади, унинг силжиши чекланган, пальпация қилиб кўрилганида безиллаб туради, консистенцияси зич бўлади. Патологик процесс қин орқа гумбазининг шиллиқ пардасига ўтмайди ва шунинг учун ҳам, бундан фарқли ўлароқ, параметритда ўз силжувчанлигини йўқотмайди.

Чаноқ перитонитининг клиник манзараси ҳам параметритдагидан фарқ қилади. Чаноқ перитонити учун, айниқса, тўғри ичак-бачадон оралиғида абсцесс ҳосил қилган чаноқ перитонитида аниқ умумий интоксикация ҳолати, қаттиқ оғриқ синдроми, Шчёткин синдромининг мусбатлиги ва қорин олдинги девори пастки бўлимлари мускулларининг ригидлиги характерлидир. Параметритда инфильтратнинг қорин пардасидан ташқарида бўлиши сабабли пайпаслаб кўрилганда аниқланадиган унинг юқори чегараси перкуссия қилиб кўрилганда аниқланадиган чегарасига мос келади. Чаноқ перитонитида, аксинча, пальпация қилиб кўрилганида аниқланадиган инфильтратнинг юқори чегараси перкуссия ёрдамида аниқланадиган чегарадан юқорида жойлашади.

Чаноқ перитонитида қин орқали текшириш тўғри ичак-бачадон оралиғида сел (суюқлик) борлигини аниқлашга имкон беради. Сел қиннинг орқа гумбазини бўрттириб туради ва айниқса, ректал ёки ректовагинал текшириш ўтказилганда яхши аниқланади. Чаноқ перитонитида параметритга қарама-қарши ўлароқ, сел бачадоннинг ён томонида эмас, балки орқасида бўлади. Пельвиоперитонитда инфильтратнинг консистенцияси параметритдаги каби зич бўлмай, балки зич-эластик бўлади; инфильтрат чаноқ деворига етиб бормайди ва

унинг остидаги қин шиллиқ пардаси ўзининг силжувчанлигини йўқотмайди.

Баъзан параметритни илгариги бачадондан ташқаридаги тўхтатилган эски ҳомиладорликда йирингланиб кетиб, қон қуйилишидан фарқлаб олишга тўғри келади. Бундай ҳолларда бачадондан ташқаридаги тўхтатилган ҳомиладорликнинг типик анамнези ва кечиши (ҳайзнинг кечикиши, қорин пастида оғриқ туриб, унинг курак ҳамда тўғри ичак соҳасига тарқалиши, ярим беҳуш ёки беҳуш ҳолатлар, жинсий йўллардан узоқ вақтгача қорамтир қон аралаш ажралма келиши, бачадон ортиқларининг хамирсимон консистенцияда катталашиши ва бошқалар) жуда катта аҳамиятга эга. Бачадон орқасидаги гематомада инфильтрат, асосан, бачадон орқасида жойлашган бўлиб, консистенцияси параметритдагига қараганда камроқ зич бўлади ва кичик чаноқ деворларига ўтмайди. Инфильтрат остидаги қин шиллиқ пардаси ўз силжувчанлигини йўқотмайди.

Параметритни камдан-кам ҳоллардагина бойламлар оралиғида жойлашган бачадон миомасининг субсероз тугунидан ёки тухумдон кистомасидан дифференциациялаб олишга тўғри келади.

Бойламлар оралиғида жайлашган бачадон миомаси учун бачадон ёнида турган ва ҳаракати чегараланган, шакли юмалоқ ўсма тугунининг бўлиши характерлидир, параметрал инфильтрат эса ўзининг ясси бўлиб жойлашиши билан фарқланиб туради. Борди-ю, миома тугуни анчагина катталашиб қолган ва кичик чаноқнинг ён деворигача етадиган бўлса, у ҳолда қин орқали текширишда ўсма ва кичик чаноқ деворлари оралиғида ёриқсимон синусга ўхшаш эркин бўшлиқ борлиги аниқланади. Параметрал инфильтратда эса бундай синусларни ҳеч қачон аниқлаб бўлмайди, чунки у бевосита кичик чаноқ деворига туташади.

Бачадоннинг интралигаментар миомасида қин гумбазининг шиллиқ пардаси ҳеч қачон ўзининг ҳаракатчанлигини йўқотмайди, бу ҳам мазкур иккала касалликни бир-биридан фарқлаш учун характерли белги бўлиб хизмат қилади. Бачадон миомасида, одатда, бойламлар оралиғида жойлашган тугун билан бирга бошқа субсероз ва девори ичида жойлашган тугунларни ҳам (бачадоннинг кўп тугунли миомаси) пайпаслаб топиш мумкин. Бачадон миомаси, аксарият, параметритда бўлмайдиган меноррагия симптомлари билан кечади.

Тухумдон кистаси кўпинча ёши қайтган кишиларда

(40—45 ёшдан кейин) ривожланади. Параметритдан фарқли ўлароқ симптомсиз кечади. Фақат ўсма оёқчалари буралиб қолгандагина ўткир ҳолат юзага чиқади. Аммо шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бойламлар оралиғида жойлашган кистомалар ҳаракати чегараланган бўлиши туфайли деярли ҳеч қачон оёқчаларнинг буралиб қолиш ҳодисаларини юзага келтирмайди. Кистома бачадоннинг ён ва орқа томонларида жойлашиб, характерли пишиқ-эластик консистенцияга эга ва бевосита бачадон билан боғланмаган.

Параметрийдаги инфильтрат яллиғланиш процесси натижасидагина эмас, балки рак процессининг бачадондан ташқарига тарқалиши оқибатида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Аксари ҳолларда ўсма тарқалишининг параметрал варианти бачадон бўйни ракида кузатилади, кўзгу солиб бачадон бўйни кўздан кечирилганида диагнозни истисно қилиш қийин бўлмайди. Биз кузатаётган беморда бачадон бўйни пальпация қилиб кўрилганида ва кўзгу солиб кўздан кечирилганида унда ўзгармаганлиги маълум бўлади, бу — хавфли ўсма бўлиш эҳтимолини истисно қилади.

Айрим ҳолларда параметритни аппендикуляр инфильтрат билан дифференсация қилишга тўғри келади. Бунда аппендицитга хос анамнезни (оғриқнинг кўкрак остида жойлашиши, кейинчалик ўнг биқинга ўтиши, аппендикуляр симптомларнинг борлиги ва ҳоказо) ҳисобга олиш керак. Аппендикуляр инфильтрат, одатда, параметрал инфильтратдан юқорида жойлашган бўлади, муайян текисликда ётмайди ва бачадон билан боғланмайди, кичик чаноқ деворларига ҳам ўтмайди. Аппендикуляр инфильтратнинг консистенцияси хамирсимон ва ҳеч қачон параметритга хос бўлган катта зичликка эга бўлмайди.

Параметрит ва бачадоннинг сербар бойлами гематомаси ўртасида ҳам дифференциал диагноз ўтказиш керак. Дарҳақиқат, бунга айрим далиллар бор, чунки биз кузатаётган бемор нисбатан яқинда сунъий аборт қилдирган эди, мана шу пайтда бачадон перфорацияси юз бериб, бойламлар орасида гематома юзага келган бўлиши мумкин. Аммо бачадон перфорацияси деярли ҳамиша ташқи ва ички қон кетишлар билан кечади. Параметрал инфильтратдан фарқли ўлароқ, гематома бирмунча юмшоқ консистенцияга эга ва қин шиллиқ пардаси гематомада ҳаракатчанлигини йўқотмайди.

Давоси қандай?

Ўткир параметрит билан оғриган беморга стационар-

да мутлақо тинч шароит яратиб бериш керак. Қасал келиб тушган куни қон ва сийдигини анализ қилиш билан бирга цервикал каналдан олинган ажралмани микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлигига экиб кўриш керак. Парҳез овқатлар механик ва химиявий жиҳатдан юмшоқ ва етарли миқдорда витаминларга бой бўлиши лозим. Сийиш ва ич бўшалиши устидан қунт билан кузатув олиб бориш керак, чунки параметритларда қовуқ ва ичаклар функцияси кўпинча бузилади. Қасалликнинг ўткир босқичида қорин пастига муз солинган халта қўйиш лозим. Музни вақти-вақти билан 2—3 кун мобайнида қўйилади. Уни бундан узоқ вақт қўйиладиган бўлса, тўқималарнинг склерозланишига сабаб бўлиши мумкин, бу эса кейинчалик параметрийдаги битишмаларнинг сўрилиб кетишини қийинлаштириб қўяди.

Дори-дармонлар билан даволаш антибиотиклар, сульфаниламидлар ва яллиғланишга қарши хоссалари бўлган бошқа дори моддалар тайинлашни ўз ичига олади. Шунингдек, оғриқ қолдирадиган ва десенсибилизация қиладиган воситалар кенг қўлланилади.

Бактериологик лабораториядан микроб флорасининг қандай антибиотикларга сезувчанлиги ҳақида жавоб келиб тегмагунча, микробларга қарши кенг таъсир спектри бўлган препаратлар (ярим синтетик пенициллинлар канамицин билан бирга) қўлланиши лозим. Уларнинг дозалари индивидуал тарзда белгиланади ва патологик процесснинг оғир-енгиллигига ҳамда давонинг наф беришига боғлиқ. Бактериологик лабораториядан жавоб олгандан кейин антибиотикларни микроб флорасининг у ёҳуд бу препаратга сезувчанлигига биноан қўлланилади.

Параметрит бўлган беморларни даволашда кальций хлориднинг 10% ли эритмасини венага юбориш (10 мл дан), шунингдек, оғриқ қолдирувчи ва десенсибилизация қиладиган воситаларни қўлланиш кенг расм бўлган. Бемор интенсив инфузион терапия олиши керак (глюкозанинг 5% ли эритмасини венага томчилаб юборилади, реополиглюкин ва бошқалар қўлланилади).

Инфильтратлар йиринг ҳосил қилгандагина ўткир параметрит хирургик йўл билан даволанади.

ЎТКИР ПИОСАЛЬПИНКС, ЧАНОҚ ПЕРИТОНИТИ

Бемор У., 32 яшар, қорин пастида қаттиқ оғриқ туриши, эт увишиши, тана температурасининг юқори кўтарилганлиги (38,8°) сабабли 1979 йил 2 сентябрда стационарга олиб келинган.

Анамнези. Беморнинг онаси мияга қон қуйилишидан вафот қилган, отаси соғлом. Болалар инфекциясидан қизилчани бошидан кечирган, катта бўлганида ўпка шамоллаши ва отит билан касалланиб ўтган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи 1 йилдан кейин маромига тушган, ҳар 24—26 кунда 5—6 кун келади, оғриқсиз, миқдори ўртача. Охирги абортдан кейин (2 йил олдин) ҳайзи бир ҳафтагача чўзиладиган бўлиб қолган ва илгаригига қараганда мўл келадиган бўлган. Охирги ҳайзи 26 августдан бошланиб, ҳозиргача кийимга юқадиган даражада келиб турибди. Жинсий ҳаётни 26 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи. Бўйида бўлишдан сақланмайди. Эри 33 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган, улардан бирини ой-кунига етиб туққан, иккитасини сунъий аборт қилдирган. Охирги аборти асоратли ўтган. Абортдан кейинги даврда бачадон ортиқлари икки томонлама яллиғланган ва тез-тез қўзиб турган. Охирги марта 2 ой муқаддам қўзиган. Стационарда 2 ҳафтагача яллиғланишга қарши даво қилинган. Оқчил келиб безовта қилмайди. Қовуқ ва тўғри ичак функцияси издан чиқмаган.

Ушбу касаллик тарихи. 1 сентябрь куни ҳайз кўриш даври тугашига яқин тўсатдан қорни пастида, кўпроқ ўнг томонида оғриқ туриб, оғриқ ўнг оёғига ўтган, эти увишган, вақти-вақти билан кўнгли айниган, шу орада икки марта қусган ҳам. Тана температураси 38,2° гача кўтарилган. 2 сентябрь куни эрталаб беморнинг аҳволи ёмонлашган ва шунинг учун касалхонага келтирилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қадди-қомати расо, тўлалиги қониқарли. Юз териси қизарган. Тили пича қуруқ, оқиш караш билан қопланган. Томоғи қизармаган. Томири минутига 110 марта уриб турибди, ритмик тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 125/80 мм. Ўпкаси ва юрагида нормадан четланиш топилмаган. Қорни юмалоқ шаклда, нафас олиш актида қатнашади. Пальпация қилиб кўрилганида қориннинг пастки бўлимлари, кўпроқ ўнг томони қаттиқ безиллаб турибди. Шчёткин симптоми пастки бўлимларда мусбат. Қорин олдинги деворининг қаттиқ безиллаб турган соҳасида мускулларнинг оз-моз ригидлиги қайд қилинади. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий. Ичи бир кун олдин келган.

Қин орқали текшириш (қорин олдинги деворининг кескин таранглашиб турганлиги ва пальпация вақтида безиллаб туриши сабабли қин орқали текшириш кислород ва азот (I)-оксид наркози остида бажарилади). Ташқи жинсий органлари ва қинида айтарли ўзгаришлар йўқ, туққан аёлникига хос. Бачадон бўйни гипертрофияланган, эктропион бор. Ташқи бўғизидан бир оз миқдорда қорамтир қон ажралиб турибди. Бачадон вазияти тўғри, пича чапга оғган, ҳаракати чегараланган, консистенцияси одатдагича, катталашмаган. Бачадоннинг ўнг ва орқа томонида ортиқларидан чиқадиган тузилма қўлга уннайди, капсуласи зич, реторта шаклида, ўлчами 14x12 см. Чап ортиқлари ҳам катталашган, консистенцияси юмшоқроқ. Қиннинг орқа гумбази бўртиб чиқмаган.

Қон анализи: лейкоцитлар —13 400 ($1,34 \cdot 10^9$ л).

Қандай диагноз қўйиш мумкин? Қандай касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак? Давоси қандай?

Мазкур ҳолда касаллик диагностикаси муайян даражада қийинчиликлар туғдириши мумкин. Аммо касалликнинг анамнези ва клиникасини диққат билан танишиб чиқиладиган бўлса, биз кузатаётган беморда сальпингоофоритнинг қўзиши фонида чаноқ перитонити белгилари билан ўтувчи ўнг томонлама пиосальпинкс юзага келганлиги ҳақида тахмин қилиш мумкин бўлади.

Мазкур диагноз фойдасига қандай маълумотлар далил бўла олади? Аввало, кузатилаётган бемор анамнезини синчиклаб таҳлил қилиб чиқиш керак.

Бундан биз даставвал охирги сунъий аборт бачадон ортиқларининг икки томонлама яллиғланиши билан асоратланганлигини билиб оламиз. Абортдан кейин ҳайз кўп келадиган ва узоққа чўзиладиган бўлиб қолган, илгари эса бундай бўлмаган. Ҳайз цикли ритмиклигининг сақланиб қолиши эътиборни ўзига тортади, бу биринчи навбатда бачадоннинг патологик процессга тортилганлигини кўрсатади. Бу маълумотлар бачадонда яллиғланиш касаллиги (эндомиометрит) борлиги ҳақида тахмин қилишга имкон беради. Афтидан, эндометрит ҳам, сальпингоофорит ҳам аёлнинг жинсий йўлларига септик микроб флораси қўзғатувчиларининг (стафило-ва стрептококклар, ичак таёқчаси) тушишидан келиб чиққан.

Яллиғланиш процессининг гонококкли этиологиясини тасдиқловчи маълумотлар йўқ, чунки беморда илгари хам, ҳозир ҳам жинсий органларнинг қуйи бўлимларида специфик яллиғланиш ўчоғи (уретрит, парауретрит, икки томонлама бартолинит ва бошқалар) белгилари қайд қилинмаган.

Бачадон ва унинг ортиқларида сунъий абортдан кейин келиб чиққан септик этиологияли яллиғланиш процесси етарли даражада реактив эди. Бу ҳақда организмнинг ҳимоя кучларини бўшаштириб қўювчи носпецифик омиллар таъсирига жавобан касалликнинг тез-тез қайталаниб туриши далолат беради. Шунингдек, охирги абортдан кейин 2 йил мобайнида эр-хотинлар ҳеч қандай контрацептив воситалар қўлланган бўлмасалар-да, хотиннинг ҳомиладор бўлмаганлигига аҳамият бериш керак. Шунга кўра қуйидагича тахмин юритиш ўринлидир: инфекцион процесс эндометрийда шундай чуқур ўзгаришлар келтириб чиқарганки, ҳоми-

ланинг имплантацияси (бачадонга уланиши) ва келгуси ривожланиши мумкин бўлмай қолган ёки бачадон найларининг облитерацияланиб (беркилиб) қолиши наслсизликка олиб келган.

Касаллик тарихини таҳлил қилиш диагностикани тўғри ҳал қилишда катта аҳамиятга эга. Бемор аёл ҳайз охирида тўсатдан қаттиқ оғриб қолган. Ички жинсий органлардаги яллиғланиш процесси зўрайганда ҳайз қонининг носпецифик фактор сифатида провокацион роль ўйнаши гинекология практикасидан яхши маълум. Касаллик оғриқ синдроми, температуранинг кўтарилиши, тахикардия, кўнгил айниши ва қусиш билан намоён бўлган. Бу симптомлар кичик чаноқ қорин пардасининг яллиғланиш процессига чалинганидан далолат беради, бу — беморни объектив текшириш вақтида тасдиқланган эди (қорин мускулларининг ригидлиги, Шчёткин симптомининг мусбат бўлиши).

Яллиғланиш процессининг кичик чаноқ қорин пардасининг ҳам патологик процессга қўшилиб кескин зўрайиши қин орқали текшириш ўтказишни қийинлаштириб қўйди. Наркоздан кейингина қин орқали текширишга ва ички жинсий органлардаги анатомик ўзгаришлар характерини ойдинлаштириб олишга муваффақ бўлинди. Пальпация қилиб ва кўзгу солиб текширилганида аввало бачадон бўйнида патология — цервицит ва эктропион борлиги қайд қилинди, булар одатда, туғруқ пайтида бачадон бўйнининг шикастланиши натижасида юзага келади. Цервикал канал шиллиқ пардасининг ағдарилиб чиқиши (эктропион) одатда унда яроқли шилимшиқ тиқин (пробка) ҳосил бўлишига имкон бермай қўяди, бу — бачадон бўйни секретининг бактерицид хоссасини пасайтириб юборади. Айтилганлардан шу нарса ойдинлашдики, септик инфекция қўзғатувчилари, афтидан, бачадонга иккинчи сунъий аборт пайтида юқорига кўтарилиш йўли билан тушган.

Наркоз бериб ўтказилган қин орқали текширишда бачадон ортиқларининг икки томонлама катталашганлигини аниқлашга муваффақ бўлинди, аммо чап томондаги патологик ўзгаришлар характери ўнг томондагиси билан бир хил эмас эди. Дарҳақиқат, бачадоннинг ўнг томондаги ортиқлари соҳасида кўпроқ ўзгаришлар борлиги қайд қилинди, улар анчагина катталашган ва зич капсулага ҳамда ретортасимон шаклга эга эди. Бундай яллиғланиш процесси одатда бачадон найида яллиғланиш экссудати, аксарият, йиринг тўпланиб қолганда кузатилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон найи ичида сероз суюқлик тўпланиб қолганда (гидросальпинкс) бошқа хил симптомлар қайд қилинади ва бачадон ортиқлари соҳасида жойлашган тузилма одатда юпқа деворли капсулага эга бўлади ва ўткир қорин оғриғи симптомлари билан кечади.

Пиосальпинкснинг ўзи нима? Касалликнинг патогенези билан клиникаси қандай?

Йирингли сальпингит (пиосальпинкс) нинг ривожланиши бачадон найи ичидаги шиллиқ парданинг эриб кетиши ва у ерда йиринг тўпланиши билан характерланадики, бунда най размерлари катталашади ва инфильтрация сабабли девори қалинлашади. Йиринг найнинг сероз қопламига қадар кириб бориши мумкин, бу — найнинг қўшни органлар ва биринчи галда тухумдон билан битишиб кетишига олиб келади. Бундай ҳолларда, одатда, бачадон ортиқларининг йирингли яллиғланган тузилмаси (пиосальпинкс ва пиоварий) ҳақида гапириш расм бўлган.

Йирингли сальпингитларда бачадон найининг фимбриал қисми ёпишиб бутунлай бекилиб қолиши жуда характерли. Айрим шишган фимбриялар най ампуласининг ичига тортилиб кетади ва сиртдан қорин пардаси билан қопланган ташқи юзаси ўзаро зич ёпишиб қолади. Бачадон найи ампуляр қисмининг бекилиб қолиши оддийроқ йўсинда ҳам юз бериши мумкин: у яқин жойлашган орган, аксарият, тухумдонга, камроқ ичак қовузлоғи, чарви ёки бачадон танасига ёпишиб қолади.

Найнинг бачадон томони йиринг таъсирида, одатда, ёпишиб қолади ва ампуляр қисмидан олдинроқ бекилиб қолади. Бундай бачадон найи йирингли қопчага — пиосальпинксга айланиб қолади: пиосальпинкс вақт ўтиши билан деворининг инфильтрацияси оқибатида бирмунча қалинлашади, бачадон найининг шиллиқ пардаси емирилади ва грануляцион тўқима билан алмашинади.

Пиосальпинкс, одатда, тухумдонга қўшни органлар, чарви, ичак қовузлоғи, бачадоннинг орқа юзаси ва бошқаларнинг кенг битишмалари билан ўралиб туради. Тухумдон яллигланиш процессига, аксарият, иккиламчи тарзда тортилади. Пиосальпинксдаги йиринг аввалига суюқ бўлиб, ўзида септик группа микроблари ёки гонококклар (камроқ) тутади. Вақт ўтиши билан у қуюқ ва стерил бўлиб боради. Борди-ю йирингда вирулент инфекция бўлса, бу холда пиосальпинкс девори ёрилиб эркин қорин бўшлиғига қўзғатувчиларнинг

тушиши диффуз перитонит ривожланиши хавфини туғдиради.

Йиринг пиосальпинксдан тўғри ичакка, қовуққа ва қинга ҳам тешиб чиқиши ҳамда узоқ вақт битмайдиган оқма яралар ҳосил қилиши мумкин.

Йирингли сальпингитларнинг кечиши инфекциянинг турига кўра ўзига хос баъзи бир хусусиятларга эга. Септик йирингли сальпингитларда йирингли экссудат тез ҳосил бўлади, аммо эпителийнинг нобуд бўлиши ва бачадон найлари бурмаларининг ёпишиб қолиши кескин тус олмайди; бундан ташқари, ёрилган бачадон найининг перфорацияга учраган тешиги атрофида битишмалар ҳосил бўлиши ҳам суст боради. Шунинг учун септик этиологияли пиосальпинкснинг перфорацияси кўп ҳолларда диффуз (тарқалган) перитонит билан кечади. Сўзакли пиосальпинксда йиринг миқдори, одатда, унчалик кўп бўлмайди, бироқ эпителий қопламининг рўйи рост парчаланиши, шиллиқ парда бурмаларининг ёпишиши ва емирилиши кескин тус олади; битишмалар ҳосил бўлишига ортиқча мойиллик бўлиши оқибатида диффуз перитонит ривожланиши камдан-кам кузатилади ва одатда процесс фақат чаноқ қорин пардасининг маҳаллий яллиғланиши билан чегараланиб қолади (пельвиоперитонит). Септик сальпингоофоритлар, аксарият, бир томонлама бўлади, сўзакда эса икки томонлама бўлади. Бироқ шуни қайд қилиб ўтиш керакки, ҳозирги шароитларда септик ва сўзакли сальпингитлар ўртасидаги тафовут унчалик аниқ юзага чиқмаган бўлади.

Пиосальпинкс ўткир босқичда (бизнинг беморда ҳам касалликнинг худди шу босқичи мавжуд) аксари ҳолларда ўткир қорин оғриғи клиник симптомлари билан кечади. Беморлар қорнида қаттиқ оғриқ туради, тана температураси кескин кўтарилади, перитониал симптомлар рўй-рост юзага чиқади, ич келиши ва сийиш рефлектор тарзда тўхталиб қолиши мумкин. Лейкоцитоз, СОЭ кўтарилади. Қин орқали текшириш ўтказилганда бачадоннинг безиллаб турганлиги, ретортасимон катталашганлиги қайд қилинади, у битишмалар йўқлиги туфайли ўзининг оғирлиги ҳисобига тўғри ичак ва бачадон ўртасидаги бўшлиққа осилиб тушади.

Ўткир босқич ўтиши билан касалликнинг деярли ҳамма симптомлари вақтинча йўқоладиган босқич бошланди. Бироқ кўп ўтмай провокацион фактор таъсирида навбатдаги зўрайиш бошланиб, бу — касаллик симптоматикасининг рецидив бериши билан кечади.

Ушбу беморда мавжуд бўлган касаллик манзарасини тасвирлаб ўтилган клиник манзара билан қиёслаш унда, афтидан, септик этиологияли ўнг томонлама ўткир пиосальпинкс пайдо бўлгани ҳақида дастлаб айтилган тахминни тасдиқлаш имконини беради. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бу диагноз тахминий ва у келгусида беморни текшириш жараёнида ойдинлаштириб олишни талаб этади.

Ўткир пиосальпинксни кўпинча қандай касалликлар билан дифференциялаб олиш керак? Ушбу касалликни, айниқса, у эндомиометрит ва меноррагия ҳодисалари билан қўшилиб келганда, биринчи навбатда, найдаги бузилган ҳомиладорликдан фарқлаб олиш керак.

Пиосальпинкс учун ҳам, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учун ҳам анамнездаги бачадон ортиқларининг яллигланиш касалликларини бошдан кечирганлик ҳақидаги маълумотлар характерлидир. Ҳар иккала касаллик формаси учун патологиянинг ўткир бошланиши ва ўткир қорин оғриғи симптомлари хосдир. Аммо муайян тафовутлар ҳам бор. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, одатда, ҳомиладорликнинг 6—7-ҳафтасида тўхтайди, бунда аксари ҳайз кўришнинг оз-моз кечишига доир маълумотлар бўлади (биз кузатаётган беморда ҳайз кўриш кечикмаган). Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учун тана температурасининг бирдан кўтарилиб кетиши хос эмас, бачадон размерлари бир қадар катталашган бўлади, унинг консистенцияси одатдагидан анча-мунча юмшоқ тортади. Бачадон ортиқлари соҳасидаги тузилма (ҳомила тухуми жойлашган жой) характерли хамирсимон консистенцияга эга бўлади, пиосальпинксдаги каби зич бўлмайди. Қин орқа гумбази пальпация қилинганда аксари безиллаб туради («Дуглас қичқириғи»). Шубҳали ҳолларда ҳомиладорликка биологик ёки иммунологик реакциялар қўйиш, шунингдек, қин орқа гумбазини пункция қилиш натижалари (қон) катта диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка ўхшаш клиник манзара тухумдон апоплексиясида ҳам кузатилиши мумкин. Бироқ шуни назарда тутиш керакки, тухумдонларга қон қуйилиши, одатда, овуляция пайтида ёки сариқ тана васкуляризацияга учраганида юз беради, бу — ўз вақти-соати билан ҳайз циклининг ўрталарига ёки иккинчи ярмига тўғри келади. Биз кузатаётган беморда касаллик янги ҳайз цикли бошланаётганда юзага келган ва тана температурасининг кўтари-

лиши, лейкоцитоз билан кечган, бу эса тухумдон апоплексияси учун хос эмас.

Чаноқ перитонити ҳодисалари тухумдон кистаси (кистомаси) оёқчалари буралиб қолганда юзага келиши мумкин. Бироқ пальпация қилиб кўрилганда тухумдоннинг киста тузилмаси пиосальпинксдан ўзининг юмалоқ контурлари, юпқа деворли капсуласи ва муайян даражадаги ҳаракатчанлиги билан ажралиб туради. Кўп ҳолларда тухумдон кистаси ёки кистомаси бўлган бемор анамнезида оёқчасининг буралиб қолиши учун характерли ўткир ҳодисалар бошланишига қадар бу тузилма мавжуд бўлганлиги ҳақида маълумотлар бўлади. Биз кузатаётган беморда бундай маълумотлар йўқ.

Гидросальпинкснинг буралиб қолиши нисбатан кам юз беради, чунки ўзида экссудат тутган яллиғланиб ўзгарган най одатда яқин жойлашган органлар билан битишиб кетган бўлади. Гидросальпинксни аниқлашда, юқорида кўрсатиб ўтганимиздек, юпқа капсула борлигига, тузилманинг зич-эластиклигига аҳамият берилади.

Олдинига чаноқ перитонити, кейин диффуз перитонит ривожланиши миома тугуни некрозга учраши ва инфекцияланишида юз бериши мумкин. Бироқ биз кузатаётган бемор анамнезида бачадон миомаси борлиги ҳақида кўрсатмалар йўқ. Бачадон миомаси белгилари сифатида баҳоласа бўладиган меноррагия симптомлари, биз юқорида кўриб ўтганимиздек, бачадон миометрийси ва шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндомиометрий) туфайли юзага келади. Яна шуни таъкидлаб ўтиш муҳимки, қин орқали текшириш ўтказилганда биз кузатаётган беморда кўп тугунли миомага хос белгилар — бачадон катталашуви, тугунчалар, бачадон контурлари деформацияси йўқ бўлиб чиқди.

Чаноқ перитонити билан асоратланган пиосальпиксни камдан-кам ҳолларда йирингланган параметрит билан дифференциялаб олишга тўғри келади. Таъкидлаб ўтамизки, параметрал клетчатканинг йирингланиши камдан-кам юз беради. Борди-ю, бундай асорат ривожланиб қолса, унда ўткир ҳодисалар пиосальпинксдаги каби ифодаланган характерга эга бўлмайди, чунки яллиғланиш инфильтрати қорин пардадан ташқарида бўлади. Параметритда бачадоннинг сербар бойламлари оралиғида инфильтрат йирингланишга қадар жуда зич консистенцияли бўлади ва кичик чаноқ деворларигача тарқалиб, уларга қўшилиб кетади. Пиосальпинксга чалинган беморларни қин орқали текширилганда мутлақо бошқача маълумотлар олинади.

Клиник манзараси пиосальпинксга ўхшаш экстрагенитал касалликлардан биринчи навбатда ўткир аппендицитни (айниқса чувалчангсимон ўсимта чаноқда жойлашганда) кўрсатиб ўтиш керак. Ўткир аппендицитда огриқ дастлабки эпигастрал соҳада жойлашади ва фақат кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига тушади. У ёки бу хил аппендикуляр симптомлар деярли ҳамма вақт рўй-рост юзага чиқади, қин орқали текшириш ўтказилганда бачадон ортиқларида ҳеч қандай ўзгаришлар топилмайди. Ўткир аппендицитга зўрайган ўнг томонлама сальпингоофорит қўшилиб келганда диагнозни аниқлашнинг анчагина қийинлиги ўз-ўзидан равшан. Бундай ҳолларда анамнезга, касалликнинг клиникасига, шунингдек жинсий органлардаги ўзгаришларга қунт билан баҳо бериш зарур.

Давоси қандай?

Бачадон ортиқларининг ўткир йирингли яллиғланиши бор, деб шубҳа қилинганда беморни зудлик билан касалхонага ётқизиш ва синчиклаб текшириш шарт. Унга ўриндан турмай ётиш, механик ва химиявий жиҳатдан юмшоқ овқат буюрилади, қовуғи ва тўғри ичагининг ўз вақтида бўшалиб туришига қараб борилади, чунки чаноқ перитонити ривожланганда кўпинча уларнинг функцияси бузилади.

Цервикал каналдан суртмалар ва экмаларни олиб, микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади. Қиндан унинг тозалик даражасини аниқлашга суртма олинади.

Пиосальпинксни консерватив даволашда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар қўлланилади. Антибиотикларни (цервикал канал, бачадон ортиқларининг яллиғланган тузилмаларидан олинган пунктатнинг) микроб флорасини ҳисобга олган ҳолда буюрилади. Пиосальпинксга шубҳа қилинган ҳамма беморларга яллиғланиш ҳодисаларини камайтириш ва ўткир яллиғланиш процессининг бошлангич босқичларига хос экссудация процессларини камайтириш мақсадида дастлабки бир неча кеча-кундуз мобайнида қорин пастига муз қўйилади. Яллиғланишга қарши ва десенсибилизация қиладиган воситалар (кальций препаратлари, пипольфен, димедрол ва бошқалар) буюрилади, венага физиологик эритма билан витаминлар қўшилган глюкоза эритмалари юборилади. Оғир ҳолларда венага юборишга тавсия қилинган антибиотиклар томчилаб қуйилади.

Консерватив терапия наф бермаганда ва касаллик-

нинг кечиши оғирлашганда, йирингли яллиғланган тузилманинг перфорацияга учраш хавфи бўлганда ва ёйилган перитонит ҳоллари бошланганда пиосальпинксни одатда операция қилиб даволаш лозим.

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИ СЎЗАГИ

Бемор О., 26 яшар, қорнининг пастида қаттиқ оғриқ турганлиги, сийганда бу оғриқ ачишиб кучайиши ва температураси 38,5° гача кўтарилганлиги сабабли 1980 йил 26 сентябрда аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, қизилча ва сувчечак билан оғриб ўтган. Катта бўлганида шамоллаш касалликлари билан тез-тез оғриб турган, 12 ёшидан ҳайз кўрган. Ҳайз бирданига маромига тушган. 28—30 кун оралатиб 4—5 кун давом этиб туради, биринчи куни оғриқли, ўртача келади. Сўнгги марта 15 сентябрдан 20 сентябргача, ўз муддатида ҳайз кўрган. Никоҳига 3 ой бўлган. Бўйида бўлмаган, бўйида бўлишдан сақланмаган ҳам. Эри 30 ёшда. Касби шофёр, тез-тез узоқ муддатларга командировкаларга кетиб туради. Бемор турмушга чиққандан кейин кўп ўтмай сийганда ачишиб оғриқ турган, врачга мурожаат қилмаган. Тўғри ичак функциясида ўзгариш йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Охирги бир неча кундан буён ўзини касал деб ҳисоблайди, навбатдаги ҳайз кўришдан сўнг кўп ўтмай, қорнининг пастида ва бел соҳасида қаттиқ оғриқ турган, температураси 38° гача кўтарилган. Шу билан бир вақтда сийганда ачишиб оғриш кучайган. Бемор врачдан берухсат ўзича бир неча кунгача 1 таблеткадан 3 маҳал антибиотиклар (тетрациклин) ичган. Бунинг натижасида температураси бирмунча тушган, қорнининг пастидаги оғриқ камайган, бироқ 25 сентябрь куни температураси яна 38,8° гача кўтарилиб кетган, эти увишган, ачишиб оғриш сийиш бошида кучайган ва шу туфайли бемор медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширувдан олинган маълумотлар. Беморнинг гавда тузилиши расо, тўлалиги қониқарли. Тери қопламлари ва кўзга кўриниб турадиган шиллиқ пардалари пушти рангда. Гавда температураси 38,5°. Регионар лимфатик тугунлари катталашмаган. Пульси минутига 90 та, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар аниқланмади. Тили тоза, нам, қорни юмалоқ шаклда, нафас олиш актида қатнашади. Қорнини юза пайпаслаб кўрилганда оғриқли, қорнининг пастки бўлимлари олдинги деворида, кўпроқ чап томонида, оз-моз ҳимоя реакция қайд қилинади; чуқур пайпаслаб кўрилганда ҳам шундай маълумотлар олинди. Пастернацкий симптоми (иккала томонда ҳам) ва Шчёткин симптоми манфий. Аппендикуляр симптомлар манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қин туғмаган аёлникига хос. Кузгу солиб кўрилганда бачадон бўйнининг ташқи бўғиз соҳаси бир оз қизарган, бачадон бўйнининг орқа лабида кичкина эрозия кўринади. Бачадон бўғизидан озроқ миқдорда шилимшиқ-йирингли ажралма чиқиб турибди. Бачадон катталашмаган, тўғри вазиятда, юмшоқ-қаттиқлиги (консистенцияси) одатдагидай, ҳаракатчан, силжитилганда бир оз безиллайди, усти текис. Бачадон ортиқлари иккала томонда айниқ-

са, чап томондагиси катталашган. Улар пайпаслаб кўрилганда безиллайди, қориннинг олдинги девори мускуллари ҳимоя реакция беради. Қин орқа гумбазига босилганда оғриқ беради, гумбази бўртиб чиқмайди. Параметрийда патологик инфильтратлар йўқ.

Диагнози қандай ва қандай касаллик этиологияси ҳақида тахминан гап бориши мумкин? Беморга қандай илож қилиш керак? Қандай текшириш ўтказилади? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Даволаш принципи қандай?

Олдимизда анамнези ва объектив текшириш маълумотлари етарлича характерли, жинсий органларнинг пастки ва юқори бўлимлари, афтидан, сўзак этиологияли ўткир яллиғланишга учраган аёл турибди. Бундай диагнознинг тўғрилиги ҳақида бир қатор маълумотлар гувоҳлик бериб турибди. Аввало, биз кузатаётган бемор анамнезини анализ қилиб кўрайлик.

Яқинда турмушга чиққан, ёшгина аёлда жинсий ҳаёт бошланиши биланоқ сийганда ачишиш пайдо бўлган, шунинг ўзиёқ специфик уретрит бўлганлигидан гувоҳлик бериши мумкин. Бемор бу симптомга бепарво қараб юраверган, врачга мурожаат қилиб, махсус даво олмаган. Гонококклар жинсий органларнинг пастки бўлимларида жуда қисқа вақт бўлган. Анамнездан маълум бўлишича, навбатдаги ҳайздан кейин тез орада инфекция жинсий органларнинг юқори бўлимларигача бориб, бачадон ортиқларини яллиғлантирган. Бу ҳақда касалликнинг ўткир клиник манзараси (огриқ, температуранинг кўтарилиши, эт жунжикиши) ҳам, шунингдек бачадон ортиқларининг катталашуви ҳам гувоҳлик бериб турибди. Қин орқали текшириш ўтказилганида ҳам бачадон найлари шикастланиши билан бирга бачадон бўйни ҳам яллигланиш процессига жалб этилгани (характерли оқчил ажралиши, бачадон бўйнининг эрозияга учраши) қайд қилинди.

Шундай қилиб, гонококклар аёлнинг сийдик-таносил органларининг энг типик соҳаларини; уретра, цервикал каналнинг шиллиқ пардаси ва бачадон ортиқларини шикастлантирган. Аёл, афтидан, бу дардни олдиндан шу инфекция билан касалланиб юрган эридан юқтирган.

Бинобарин, аёллар консультациясида қуйидагича диагноз қўйса бўлади: ўткир уретрит, цервицит ва икки томонлама сальпингоофорит (афтидан, сўзак этиологияли). Сўзак этиологияли яллиғланиш процесси ҳақида анамнез маълумотлари, қини орқали текшириш

ўтказиш ва касалликнинг клиникасига асосланган ҳолда тахминий фикрларнигина айтиш мумкин. Бу диагнозни тасдиқлаш учун беморни касалхонанинг гинекологик ёки венерологик бўлимига ётқизиш керак, бу ерда беморни синчиклаб тегишли бактериологик ва бактериоскопик текширувдан ўтказилади. Ва фақат зарарланиш ўчоқларидан олинган ажралмаларда гонококк топилгандагина касалликнинг этиологик диагнозини қўйиш мумкин.

Ҳозирги шароитда аёллар сўзагининг қандай хусусиятлари бор?

Сўзак аввалги йиллардан фарқли ўлароқ, ҳозирги вақтда аралаш инфекция сифатида жуда тез кечади. Беморларнинг ажралмаларида бегона микроб флорасининг топилиши, илгари ҳисобланганидек, сўзак йўқлигини кўрсатмайди. Кўпинча гонококклар қин трихомонадалари, шунингдек, бактериал ва вирусли инфекция билан бирга топилади. Аралаш инфекция сўзакнинг кечишини ўзгартириб юборади ва шу тариқа диагноз қўйишни мушкуллаштириб қўяди. Кўпинча, сўзак бўлган беморлар бутунлай даволаб юборилгандек туюлсада, сўзакдан кейин асоратлар қолади, бунга, одатда, сўзак инфекциясининг қайталаниши (рецидиви) деб қараб хатога йўл қўядилар. Ҳақиқатда эса уларни сўзакка йўлдош бўлган инфекция қўзғатувчилари (стафилококклар, ичак таёқчаси ва бошқалар) келтириб чиқаради.

Ниҳоят, ҳозирги вақтда патологик процесснинг клиник манзараси рўй-рост юзага чиқмайдиган касаллик формалари кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди. Касалликнинг бундай формаларига дучор бўлган беморлар одатда медицина ёрдамига кечикиб мурожаат қиладилар, бу эса хроник сўзакли беморлар сонининг ортишига ва турли хил асоратлар ривожланишига олиб келади. Бундай беморлар сўзак инфекциясининг резервуари бўлиб қолади, чунки улар ўзларининг сўзакка чалинганларини пайқамаганлари ҳолда жинсий ҳаётни давом эттириб, ўз жуфтларига инфекция юқтириб юраверадилар. Сўзакка чалинган эркак беморлар орасида бундай шахслар 20% га, аёллар орасида 70% га етади. Яна шуни айтиб ўтиш керакки, биз кузатаётган бемор аёлнинг эрида касалликнинг ана шундай хроник формаси бўлган. Афтидан, у сўзакдан даволанмаган, оқибат натижада, хотинига ўткир сўзак касаллигини юқтиргап.

Ҳозирги вақтда сўзак юққанлигининг яширин даври 3—7 кундан 10—15 кунга чўзилади. Гонококкларнинг

цилиндрик эпителий билан қопланган орган ва тўқималарни шикастлаш хусусияти яққол ифодаланган. Гонококкларнинг шу хусусияти муайян органлар: уретра, парауретрал йўллар, Бартолин безларининг секрет чиқариш йўллари, бачадон бўйни каналининг шиллиқ пардаси, эндометрий, бачадон найлари, тўғри ичак шиллиқ пардаси кабилар шикастланиш ўчоғига айланишига сабаб бўлади.

Кузатувимиздаги беморда касаллик уретра шиллиқ пардасининг типик шикастланиши билан бошланган, сийганда ачишиб оғриқ пайдо қилишидан шикоят қилиши шуни кўрсатиб турибди. Агар бемор аёл шундай шикоятлар билан мурожаат қилса, у ҳолда сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигини синчиклаб кўздан кечириш керак, чунки кўпинча уретра лаблари гиперемияланган, шишган ва унинг ташқи тешигидан лойқа ажралмалар чиққан бўлади. Афсуски, аёллар консультациясида уретранинг ташқи тешиги синчиклаб кўздан кечирилмаган (бу ҳодисани тасвирлашда сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги, парауретрал йўллар ва Бартолин безларининг секрет чиқариш йўллари ҳолати ҳақида маълумотлар мутлақо йўқ). Сўзакка озгина бўлса-да шубҳа туғилиши билан барча методлар билан синчиклаб кўздан кечириш ва специфик яллиғланиш процесси жойлашиши мумкин бўлган соҳаларни пальпация қилиб кўриш кераклигини яна бир марта эслатиб ўтамиз.

Сўзак процессининг ривожланиб ички аъзоларга кириб бориш ҳоллари ҳозирги вақтда янги бошланган сўзакда беморларнинг 6—8% ида, хроник сўзакда эса 30% ида кузатилади. Ичкарига кириб борувчи сўзакнинг (эндометрит, сальпингоофорит, чаноқ перитонити) симптомлари ҳам кейинги йилларда анча ўзгарди. Чунончи, сўзакнинг ўткир кечиши 32%, ўртача ўткир кечиши 43%, хроник кечиши 25% беморларда кузатилади. Аёллар жинсий органларининг септик этиологияли яллиғланиш процессларига қарама-қарши ўлароқ, сўзакда ҳайз циклининг бузилишлари кам учрайди — янги бошланган сўзакда тахминан 3% беморларда ва хроник сўзакда 7% беморларда қайд қилинади. Ичкарига кириб борувчи сўзакда бачадон ортиқларининг яллиғланиши фақат икки томонлама эмас (70% беморларда), балки бир томонлама (30% беморларда) бўлиши мумкинлиги ҳам аниқланган.

Шундай қилиб, ҳозирги шароитда сўзак касаллигининг кечиши қатор хусусиятлар билан характерланади.

Бу хусусиятларнинг айримлари биз қараётган беморда ҳам кузатиляпти.

Сўзак этиологияли яллиғланиш процессини тасдиқлаш учун ҳомиладор аёлда қандай текшириш ўтказиб кўриш керак? Касалликнинг сўзак этиологияси яллиғланиш процесси билан шикастланган органлардан олинган ажралмаларда гонококклар топилган ҳоллардагина аниқланади. Бактериоскопик диагноз ажралмадан олинган ва метилен кўки ва Грам усулида бўялган 2 та суртмани баравар текшириб ҳал қилинади. Чунки метилен кўки билан бўялган суртмада гонококклар яхши аниқланса, Грам усулида бўялган суртмаларда улар яхшироқ дифференциация қилинади. Текширишнинг бактериоскопик методлари билан гонококкларни топиш қийинчилик туғдирса, экиш (посев) методини қўлланиш зарур.

Сўзак диагностикасини лабораторияда аниқлаш учун патологик материални тўғри олиш жуда муҳим амалий аҳамиятга эга. Сўзак қўзғатувчисини аниқлашда текширишга ажралмаларни нотўғри олиш (ўта қалин суртма) қўшимча қийинчиликларга ва хатоларга сабаб бўлади. Аёллар сўзагига хос бўлган кўп органларнинг бирдан касалланиши (кўп ўчоқлилик) сийдик-таносил органларининг кўп жойларидан суртма ва экма олишни тақозо этади, шундай қилинганда диагноз қўйишдаги муваффақият 60% га етади ва бундан ҳам ошади. Аммо айрим беморларда гонококклар фақат битта ўчоқдан (кўпроқ цервикал канал ва камроқ уретрадан) топилади. Бироқ бу патологик процесс жойлашган ердагина ажралма олиб текшириш ўтказиш керак, деган маънони билдирмайди. Касалланиши мумкин бўлган барча ўчоқлардан суртма ва экмалар олиб текширишни қоида сифатида қабул қилиш зарур.

Шуни эътиборга олиш керакки, бу ҳоднсада бемор аёл ўзича антибиотиклар қабул қилганлиги сабабли гонококкларни топиш эҳтимоли анча камайган. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар қабул қилинганда гонококклар шикастланиш ўчоқларидан нисбатан тез йўқолди, бироқ бу — бемор тузалиб қолди, деган сўз эмас, албатта.

Биз кузатаётган бемор аёлда яллиғланиш процессининг ўткир босқичида провокация қилмасдан суртма ва экмалар олиш керак. Касалликнинг хроник формаларидагина провокация қилишга зарурат бўлади. Уретра, парауретрал йўллар ва цервикал каналдан ажрал-

ма олишдан олдин бу органларни қуруқ пахта тампон билан артилади. Сўнгра уретрани қин орқали массаж қилинади ва Фолькманнинг ўтмас қошиқчаси билан оҳиста қириб патологик материал олинади ва уни И ҳарфига ўхшаган суртма шаклида иккита предмет ойнанинг чап четига суртилади. Уретранинг олдинги қисми босилганда парауретрал йўллардан ажралма чиқади, уни предмет ойнасидаги уретра суртмаси ёнига Р ҳарфи кўринишида суртилади. Бартолин безларидан ажралма олиш учун уларни катта ва кўрсаткич бармоқлар билан ушлаб, ичидаги суюқликни эзиб чиқарилади ва уни қошиқчаға олиб ҳудди шу предмет ойналарига Б ҳарфи кўринишида суртилади. Цервикал каналдан ажралмани узун гинекологик пинцет билан, иложи борича канал деворидан қириб олиб, С ҳарфига ўхшатиб буни ҳам шу предмет ойналарига суртилади. Тўғри ичак шиллиқ пардасидан патологик материални ўтмас қошиқча билан ёки икки йўналишда суюқлик ўтказадиган катетер орқали ювинди сув олиш методи билан олиш мумкин. Ипир-ипир йирингни предмет ойнага суртма кўринишида суртилади.

Гонококклар бор-йўқлигини синаб кўриш учун махсус овқатли муҳитларга экма экилади. Экмага материални ўша инфекция ўчоқларидан олинади. Суртма ва экмаларни бактериологик лабораторияга жўнатилади.

Комплементни боғлаш реакцияси (Борде — Жангу бўйича) ҳозирги вақтда сўзак диагностикасида амалий аҳамиятга эга эмас. Жинсий органларнинг қуйи бўлимидаги асоратсиз кечаётган сўзакда ва гениталийнинг юқори бўлимларида инфекциянинг берк ўчоқлари бўлганда у манфий бўлиши мумкин. Бу реакция соғайиб кетгандан кейин ҳам узоқ вақтгача мусбат бўлиб қолади.

Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Биз кузатаётган беморда дифференциал диагноз ўтказиш, асосан, уретрит ва икки томонлама сальпингоофоритга тегишли бўлиб чиқади.

Уретритни кўп ҳолларда этиологияси турли хил циститлардан фарқлаб олишга тўғри келади. Шуни назарда тутиш керакки, сўзакда қовуқ шикастланмайди, чунки унинг шиллиқ пардаси бошқа эпителийдан тузилган. Бундан ташқари, циститда касаллар сия бошлаганда эмас, балки сийиб бўлгандан кейин ачишиш, оғриқ туришидан шикоят қиладилар.

Сўзак этиологияли ўткир сальпингоофорит ўзининг

клиник манзарасига кўра септик этиологияли яллиғланиш процессидаги сальпингоофоритдан ҳеч қандай белгиси билан фарқ қилмайди. Септик этиологияли бачадон ортиқлари яллиғланишини шунга ўхшаш симптоматикаси бўлган бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш тўғрисида қайталанувчи хроник сальпингоофоритларнинг қўзиши клиник кузатувлари анализ қилинганда батафсил тўхтаб ўтилган.

Уретра, бачадон бўйни канали ва ортиқлари ўткир сўзагини даволаш принципи қандай? Даволашнинг умумий принципи инфекция қўзғатувчиларига антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан таъсир кўрсатиш, турли препаратлар қўлланиб организм реактивлигини ошириш ҳамда шикастланган органга маҳаллий таъсир кўрсатишдан иборат.

Жинсий органларнинг қуйи ва юқори бўлимларининг янги бошланган ўткир босқичидаги сўзак касаллигида бемор аёлни стационарда даволаш керак. Бу касалликдан тезроқ халос бўлиш учун ҳам, инфекциянинг бошқа кишиларга юқишининг олдини олиш учун ҳам зарур. Сўзакнинг ўткир формасидаги касални ўринда ётиш режими, унга механик ва химиявий жиҳатдан енгил овқатлар бериш, ичаклар фаолиятини бошқариб туриш, кўп суюқлик тайинлаш билан даволашдан бошланади. Антибиотиклардан пенициллин ва унинг ҳосилалари ҳали ҳам етакчи ўрин эгаллайди. Сўзакни даволашда ишлатиладиган бошқа антибиотиклар (левомицетин, олететрин, канамицин, эритромицин ва бошқалар) резерв препаратлар қаторига киритилган.

Пенициллин билан муваффақиятли даво олиб борилганда, кўпинча, препарат инъекцияси бошлангандан 6—8 соат ўтгач текширишга олинган материалда гонококклар йўқолади. Аммо инфекцион процесснинг қайта ривожланиш симптомлари бирмунча кейинроқ (5—7 кундан кейин) юзага чиқа бошлайди.

Антибиотиклар билан 7—10 кун даволагандан кейин даволанганликнинг мезонини аниқлашга ўтилади. Сўзакнинг хроник формасида иммунотерапиядан фойдаланилади. Сўзакли уретрит билан цервицитни яллиғланиш процесси ўткир босқичдан ўртача ўткир босқичга ўтгандан кейингина даволашга киришилади (уретрани турли хил антисептик эритмалар билан ювилади).

Бемор аёлни текшириб даволаш билан бир вақтда унинг эрини ҳам тегишлича текшириб даволанади.

Беморнинг сўзакдан даволаниб бўлганлигини аниқлаш эпидемиологик жиҳатдан муҳимдир. Ҳозирги вақт-

да бу вазифани гонококкларнинг тузилиши ва биологиясидаги мавжуд ўзгаришлар, антибиотиклар (хусусан, пенициллин) га таъсирчанлигининг пасайиши анча мушкуллаштириб қўймоқда. Шуни назарда тутиш керакки, касалликнинг этиологиясига қараб, аёлнинг сийдик-таносил органларидаги мавжуд яллигланиш инфильтратлари нисбатан секин сўрилиши туфайли клиник соғайиш орқада қолиши мумкин. 20—25% беморларда хамроҳ бўлиб келган микроблар туфайли ёки нейротрофик ва аутоаллергик факторлар сабабли турлича муддат давом этадиган постгонорея процесслари қолади.

Беморнинг сўзакдан даволаниб кетганлигини аниқлаш учун даволаш тугалланган кейин 3 ой мобайнида бемор текширилади, бунда шикастланган ўчоқлардан суртма ва экмаларни ҳайз кўриш вақтида ҳам, провокациялар ўтказилгандан кейин ҳам олинади.

II БОБ

ҲАЙЗ КЎРИШ ФУНКЦИЯСИНИНГ БУЗИЛИШИ

ЮВЕНИЛ ҚОН КЕТИШИ

Бемор Ш., 16 яшар, жинсий йўлларидан қон кетиши ва умумий дармонсизликдан шикоят қилиб, 1980 йил 10 октябрда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллиги йўқ. Нимжон бўлиб ўсган ва ривожланган, болалар инфекцияларининг деярли барчасини бошидан кечирган. 8—12 ёшларида фолликуляр ангина билан бир неча марта оғриган. Шамоллаш касалликлари билан тез-тез огрийди. Физкультура машгулотларидан озод қилинган. 15 ёшида биринчи марта ҳайз кўрган, ҳайз 6 кун давом этган, кўп ва оғриқ билан келган. Кейин 7 ой мобайнида ҳайз кўрмаган. Касал бўлишидан олдин яна икки марта шунга ўхшаш ҳайз кўрган. Ҳайз бир ярим ой тўхтаб қолгандан сўнг 1 октябрда жинсий йўлларидан қон аралаш ажралмалар келган, қиз бола буни ҳайз келди, деб ўйлаган. Аммо келаётган қон аралаш ажралма 9 кун давом этган ва 10 октябрь куни эрталаб кўп қон кета бошлаган. Турмушга чиқмаган. Оқчил безовта қилмайди. Гинекологик касалликлар билан оғримаган.

Ушбу касалликнинг тарихи. Ҳайз кўриш функцияси баёнига қаранг.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Қиз астеник гавда тузилишига эга, бир қадар ориқ. Териси ва кўриниб турадиган шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Тери ости ёғ қавати қаноатланарли. Сут безлари ривожланишдан бир қадар орқада қолган. Қўлтиқ ости жунлари яхши ривожланган. Лимфатик тугунлари катталашмаган. Гавда температураси 36,2°, пульси минутига 92 та, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/65 мм. Ўпкасида патологик ўзгаришлар топилгани йўқ. Юрак чегараси норма доирасида. Юрак тонлари равшан, чўққисида кучсизгина юмшоқ систолик шовқин эшитилади. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, огриқсиз, нафас актида бир текисда қатнашади Пастернацкий симптоми иккала томонида манфий. Дизурик бузилишлар йўқ, ичи яқиндагина келган.

Ташқи жинсий органлари кўздан кечирилганда аёлларникига хос жун босган, катта ва кичик жинсий лаблар ривожи ёшига тўғри келади, қин клитори гипертрофияланмаган. Қизлик пардаси бутун, ёриғидан қорамтир қон лахталари чиқиб турибди.

Фельдшер ректоабдоминал текшириш ўтказган ва қуйидагиларни аниқлаган. Тўғри ичак сфинктери киритилган бармоқни қаттиқ қисади, ичак ичида озроқ нажас массаси бор. Бачадон бўйни цилиндрик, узун. Бачадон бўйнининг узунлиги танасининг узунлигига яқинлашиб қолади. Бачадони тўғри вазиятда, ўлчамлари катта эмас, одатдаги консистенцияда, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон

ортиқлари ҳар иккала томонда пайпаслаб кўрилганда қўлга уннамайди, улар соҳасида оғриқ йўқ. Гумбазлари расо, параметрийсида инфильтратлар йўқ.

Қон анализи: Hb — 10,6 г% (106 г/л), лейкоцитлар — 8200 ($8{,}2 \cdot 10^9$/л). Сийдигида оқсил йўқ.

Фельдшер қандай тахминий диагноз қўйиши мумкин. Беморга қандай илож қилиш керак? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш лозим? Қон кетишини тўхтатиш учун қандай чора кўриш керак? Бундан кейинги давоси қандай?

Бемор ёшини (16 ёшда) ва ҳайзи бир ярим ой ушланиб қолганидан кейин жинсий йўлларидан қон кета бошлаганини эътиборга олиб, унда дисфункционал бачадондан қон кетиши борлигини тахмин қилинади.

Ювенил қон кетиши болалар ва ўсмирлик ёшидаги қизларнинг жиддий гинекологик касаллиги саналади. Балоғатга етиш даврида бундай қон кетиш ҳодисалари 4% дан 10% гача бўлади. Ю. А. Крупко-Большованинг маълумотларига кўра (1966), бу ёш группасида ҳайз кўриш функциясининг турли хил бузилишлари медицина ёрдамига мурожаат қилган қизларнинг 23,8% ида кузатилган, ювенил қон кетиши эса гинекологик касалликлар орасида 15% ни ташкил қилади.

Бу касаллик ҳайз кўриш цикли нейроэндокрин регуляциясининг рўй-рост бузилганлиги оқибатидир. Ҳозирги вақтда ҳайз кўриш функциясини идора қилишнинг олий марказлари — гипоталамус ва гипофиз структураларининг аста-секин етила бориши аниқланган. Аввалига (вояга етиш давригача) гипоталамус нейросекрети ва гипофизнинг тегишли гонадотроп гормонлари ажралиши ноциклик равишда содир бўлади. Жинсий балоғатга етиш давридагина бу процесс вояга етган аёлга хос ритмик характер касб этади. Гипоталамус нейросекрети ва гипофиз гонадотроп гормонларининг ритмик ажралиши тухум ҳужайраларнинг мунтазам, цикл билан етилишига, тухумдонларда жинсий гормонлар ишланиб чиқишига ва эндометрийнинг характерли ўзгаришларига (пролиферация, секреция, десквамация стадиялари) олиб келади.

Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, қиз бола ҳаётининг балоғат даври гипоталамус, гипофиз, тухумдонлар ва бачадон ўртасидаги боғланишларнинг беқарорлиги билан ажралиб туради. Шунинг учун ташқи ва ички муҳитнинг ҳар хил нохуш таъсиротлари бу даврда ҳайз кўриш циклининг турли-туман бузилишларига, шу жумладан, ювенил қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Турли хил салбий эмоциялар, ҳаддан ташқари ақлий ва жисмоний толиқиш, яхши овқатланмаслик, инфекциялар, интоксикация, травмалар ва марказий нерв системаси, ички секреция безларининг касалликлари ва бошқалар марказий нерв системасининг ҳайз циклини бошқариб турадиган олий бўлимларига ёмон таъсир кўрсатиши мумкин. Ювенил қон кетишининг сабабларини аниқлашда болаликда ва жинсий балоғатга етиш даврида бошдан кечирилган инфекцион касалликларга алоҳида эътибор бериш керак. Бу инфекциялар орасида тонзиллит, ревматизм, сил алоҳида ўрин эгаллайди, чунки худди шу касалликларда организмнинг интоксикацияси узоққа чўзилади ва ҳайз циклини бошқариб турадиган марказий звенолар функциясида бузилишлар юз беради. Биз кузатаётган қиз болада унинг болалигида тез-тез инфекцион касалликларга чалиниб турганлиги, жинсий балоғатга етиш даврида эса неча марта ангина билан оғриганлиги эътиборни ўзига тортади. Бу — жинсий ривожланишнинг кечикишига олиб келган (инфантилизм), оқибатда ҳайзлар нисбатан кеч бошланган (15 ёшда) ва ҳайз цикли номунтазам бўлган. Ректоабдоминал текшириб кўрилганда бачадон ўлчамларининг кичиклиги, бўйни узун эканлиги аниқланди, бу ҳам инфантилизмга хос белгидир.

Шундай қилиб, кўп сонли инфекцион касалликлар қизнинг жинсий аппарати шаклланишига ўз таъсирини ўтказган. Жинсий органларнинг ривожланмай қолиш ҳолати анча оғир бузилишларга, яъни бачадондан ювенил қон кетишлар пайдо бўлишига олиб келадиган муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Оғир ва узоққа чўзиладиган ювенил қон кетишлар оқибатидаги анемизация (камқонлик) бундай беморларнинг умумий аҳволини янада мушкуллаштириб қўяди.

Ювенил қон кетишининг патогенетик моҳияти нимада? Бу ҳайз цикли бузилишининг патогенези асосини овуляция бўлмаслиги (ановуляция) билан юзага чиқадиган тухумдонлар функциясининг бузилишлари ташкил қилади. Пубертат ёшда ановуляция тухумдонлар функциясини идора қиладиган нейрогуморал процессларнинг етилмаганлиги туфайли юзага чиқади; бунда тухумдонларнинг нерв приборлари гипофизнинг гонадотроп гормонлари таъсирига ҳали тўғри жавоб қайтариш қобилиятига эга бўлмайди. Демак, ановуляция патогенези мураккаб ва у ҳали етарли ўрганилмаган. Бундан ташқари, ановуляция механизмлари келиб чиқиши жиҳатидан марказий нерв системасига боғлиқ

бўлиши ҳам мумкин (гипоталамус — гипофиз системаси фаолиятининг бузилиши).

Ановуляция механизми қандай бўлишидан қатъи назар, тухумдонларда амалий жиҳатдан энг муҳим икки хил процесс кечади: фолликулларнинг персистенцияси ёки атрезияси.

Фолликул узоқ вақт мавжуд бўлганда (персистенцияда) кеч етилади, аммо овуляция юз бермайди. Кейинчалик фолликўлнинг узоқ вақтгача қайта ривожланиши кузатилади. Фолликул персистенцияси эстроген гормонларнинг ортиқча ажралиши ва эндометрийнинг пролиферацияси (қалин тортиб ўсиши) билан бирга кечади. Организмда эстрогенлар миқдорининг камайиб кетишига ёки эндометрийда қон айланишининг бузилишига жавобан эндометрий кўчиб туша бошлайди ва бу — узоқ ва мўл қон кетиши билан ўтади.

Бачадон шиллиқ пардасининг ортиқча ўсиб қалинлашиши фолликуллар персистенциясигина эмас, балки уларнинг атрезиясида ҳам кузатилади. Фолликуллар атрезиясида эстроген гормонлар даражаси паст бўлиши мумкин, бироқ уларнинг эндометрийга узоқ вақт таъсир қилиши, шунингдек, оқибат натижада унинг анчагина ўсиб қалинлашишига олиб келади. Фолликуллар атрезиясида бачадондан қон кетишининг келиб чиқиш механизми персистенциядаги қон кетишга ўхшашдир.

Айтиб ўтилганлар асосида ювенил қон кетишининг мавжуд икки формаси ҳақида жуда муҳим хулоса чиқаришимиз лозим; гиперэстроген қон кетиши (фолликуллар персистенциясида) ва гипоэстроген қон кетиши (фолликуллар атрезиясида) мавжуд экан.

Мазкур касалликнинг клиник манзарасида қон кетиши ҳаммадан устун турадиган ва кўп ҳолларда бирдан-бир симптом ҳисобланади. У, кўпинча, озми-кўпми тўхталиб қолган ҳайздан кейин юз беради, биз кузатаётган беморда худди шундай бўлган эди. Қон кетиши сурункали бўлиб, кўп ҳолларда бир неча ҳафтага чўзилади. Улар нисбатан камдан-кам ҳолларда мўл миқдорда келади, одатда, суркаладиган қои аралаш ажралма характерида бўлади. Аммо худди пубертат даврда, аксари, анемия ривожланиши билан ўтадиган мўл қон йўқотиш кузатилади.

Ювенил қон кетишига диагноз қўйиш тўпланган анамнезга (бошдан кечирган касалликлари, болалигида яхши озиқланмагани ва бошқаларга) ҳамда объектив текшириш маълумотларига (бунда инфантилизм белгилари аниқланади), шунингдек, ҳайз кўриш функ-

циясининг метроррагиялар кўринишидаги бузилишларига асосланади. Ювенил қон кетишини аниқлаш учун функционал диагностик тестлар (базал температурани, қорачиқ симптомини аниқлаш, кольпоцитологик текшириш олиб бориш) катта аҳамиятга эга. Аммо бу тестларни динамикада ўтказиш зарур; бундан ташқари, жинсий йўллардан қонли ажралмалар мўл келаётган пайтда қорачиқ симптомини ва кольпоцитологик кўрсатмаларни аниқлаш мумкин эмас. Мана шунинг учун ҳам мазкур беморда биз ановуляция ва организмнинг эстрогенга тўйинганлик характери (фолликуллар персистенцияси билан атрезияси) ҳақида фикр юритиш учун тухумдонлар функциясининг бу муҳим кўрсаткичларидан фойдалана олмаймиз.

Беморга қандай илож қилиш керак?

Ювенил қон кетаётган беморни дарҳол гинекологик стационарга, иложи бўлса, ихтисослашган болалар гинекологияси палатасига (бўлимига) жойлаштириш керак. Транспортга олиб чиқишдан олдин қон йўқотишни бир қадар камайтириш учун қиз болага бачадонни қисқартирадиган дори юбориш мақсадга мувофиқ. Фельдшер касални кузатиб боришга мажбур. Касални транспортда олиб кетилаётганда эҳтиёт чораларига амал қилиш зарур.

Ювенил қон кетишини қоннинг ивиши ва ивишга қарши системалари бузилишидан юзага келган бачадондан қон кетишидан дифференциялаш керак.

Бурун қонаши, милкларнинг салга қонаб кетиши, арзимаган лат ейишда баъзан эса бусиз ҳам тери остига қон қуйилиши (қонталаш, кўкаришлар), менорагиялар типидаги бачадондан циклик қон кетишлар қон касалликлари ҳақида гувоҳлик беради. Тромбоцитлар миқдорининг кескин камайиб кетиши (1 мл қонда 70 000 дан кам) Верльгоф касаллигининг белгиси бўлиб хизмат қилади. Қон ивиш системаси VII факторининг дефицит (проконвертин) билан боғлиқ Александер касаллиги туғма патология ҳисобланади ва протромбиннинг кескин камайиб кетиши (50—30 мг% дан кам) билан характерланади.

Қоннинг ивиш системаси бузилиши билан боғлиқ бачадондан қон кетишидан фарқли ўлароқ, ювенил қон кетишига ҳайз цикли, ритмининг бўлмаслиги белгилари хосдир, бу — биз кузатаётган беморда ҳам қайд қилинади. Бироқ бу симптомга қарамай, коагулопация йўқлигини ишончли тасдиқлаш учун стационарда тегишли гематологик текшириш ўтказиш зарур.

Ювенил қон кетишларни қон касалликларидан ташқари, бачадон ва қиннинг хавфли ўсмаларидан, тухумдоннинг гранулёз ҳужайрали ўсмасидан, гениталийнинг дисгерминома ва туберкулёзидан ҳам тафовут қилиш керак.

Жинсий органларнинг ўсмаларини балоғатга етиш даврда бачадондан ациклик қон кетишининг сабабчиси сифатида одатда вагиноскопия ва ректал текшириш ёрдамида истисно қилинади. Ювенил қон кетишларини бачадон ортиқлари ва эндометрий туберкулёзи билан дифференциал диагностика қилиш анчагина қийинчиликлар тугдириши мумкин, чунки болалик ёшида физиологик сабабларга кўра эндометрийни гистеросальпингография ва биопсия қилиш каби қимматли диагностик методлар қўлланиб текшириш чекланган бўлади. Бу икки касалликни бир-биридан чегаралаб олишда генитал туберкулёз учун характерли бўлган анамнездаги туберкулёз билан касалланган беморлар билан контактда бўлганлик, болаликда тез-тез зотилжам, неврит, ширинча, лимфаденит билан оғриганлик, этиологияси ноаниқ субфебрилитетнинг узоқ вақт мавжуд бўлишига аҳамият бериш керак. Жинсий органлардаги характерли маҳаллий реакцияни аниқлашга имкон берадиган тери остига туберкулин юбориб ўтказиладиган Кох синамаси катта диагностик аҳамиятга эга.

Айрим ноаниқ ҳолларда гистеросальпингография ва ҳатто бачадонни диагностик қириш ўтказилади.

Ювенил қон кетишини тўхтатиш учун нима илож қилиш керак?

Бу мақсадда одатда гормонал препаратларни юқори дозаларда юборилади, ўсмирлик ёшида эса, аксарият, эстрогенлар ёки синтетик прогестинлар қўлланилади. Бу ёшда бачадондан бемор ҳаётига хавф соладиган профуз қон кетганда ва гормонал меностазнинг нафи бўлмагандагина бачадон қирилади.

Қон кетишини тўхтатиш учун қўлланиладиган эстрогенларнинг биологик таъсир механизми организмда бу гормонларнинг концентрациясини сунъий равишда кескин кўтариш, бачадон шиллиқ пардасининг тикланишига, гипофизнинг фолликулларни стимулловчи гормонини блокада қилишга, шунингдек, гипофизнинг фолликулларни стимулловчи ва лютеинловчи гормонлари ўртасидаги нисбатни тартибга солиб туришга имкон берадиган эндометрийдаги пролифератив процессларни рағбатлантиришдан иборат.

Эстроген гемостазни юзага келтириш учун 0,05 мг

дан то қон кетиши тўхтагунча ҳар 3—4 соатда этинилэстрадиол берилади, қон кетиши, одатда, 5—6 таблетка ичилгандан кейин биринчи сутка мобайнида тўхтайди. Этинилэстрадиол ўрнига мускул орасига 10 000 ТБ дан ҳар 3—4 соатда (ҳаммаси бўлиб 3—4 инъекция) фолликулин юбориш ҳам мумкин.

Гормонлар киритишни бирдан тўхтатиб қўйиш бемор организмида унинг концентрацияси тез камайиб кетишига олиб келади ва шу тариқа қон кетиши қайталанишига сабаб бўлади. Шунинг учун қон кетишини тўхтатишдан кейин 2—3 ҳафта мобайнида ҳар куни кичикроқ дозаларда, функционал диагностика тестлари назоратида эстроген препаратлар юборишни давом эттириш керак. Кейин сунъий яратилган циклнинг 20—25-кунидан бошлаб, прогестерон буюрилади (6—8 кун мобайнида 10 мг дан мускул орасига), прогестерон юбориш тўхтатилгандан кейин ҳайзга ўхшаш реакция юз беради.

Шуни ҳисобга олиш керакки, ановулятор қон кетишида бачадонни қисқартирувчи воситаларнинг гемостатик таъсири етарли бўлмайди. Питуитрин, окситоцин, стиптицин, прегнантол ва шунга ўхшаш препаратларни буюриш қон кетиш манбаини бартараф этмайди (бачадон шиллиқ пардаси ўсиб қалинлашган бўлади) ва шунинг учун бу воситалар кўпинча гормонлар билан бирга ишлатилади.

Ҳозирги пайтда бачадондан ювенил қон кетишида гемостаз учун ичишга мўлжалланган синтетик прогестинлар муваффақият билан қўлланилмоқда, уларни 1 таблеткадан ҳар 2 соатда буюрилади. Одатда, бачадондан қон кетишини тўхтатиш учун 4—5 таблетка ичиш кифоя қилади. Кейинги кунлари кунига 1 таблеткадан ичиб борилади. Синтетик прогестинлар қабул қилиш муддати ҳаммаси бўлиб 21 кун. Бу препаратларни қабул қилиш тўхтатилгандан кейин 1—2 кун ўтгач ҳайзга ўхшаш реакция юз беради.

Синтетик прогестинлар организмга кўп томонлама таъсир кўрсатади. Улар гипоталамус ва гипофизга таъсир этиб, гипоталамуснинг рилизинг-факторлари ва гипофизнинг гонадотроп гормонлари ишлаб чиқарилишини сусайтиради ва шу тариқа овуляцияни блокада қилади. Бу препаратлар эндометрий шиллиқ пардасида кўпайиш (пролиферация) процессини сусайтиради ва секреция процессларини барвақт юзага келтириб чиқаради. Бу барча мураккаб ўзгаришлар қон кетишининг тез тўхташига олиб келади.

Прогестерон юбориш ёрдамида гемостаз қилиш ювенил қон кетишида нисбатан кам қўлланилади, чунки препарат шундай хоссага эгаки қон кетиб турган пайтда юборилса, у қон кетишини кучайтиради. Бу эса камқонлик вужудга келиши нуқтаи назаридан хатарлидир.

Қон кетишини тўхтатиш ювенил қон кетишини даволашда фақат биринчи босқич ҳисобланади. Қон кетиши тўхтатилгандан кейин ҳайз циклини тартибга солишга қаратилган даво умумий ва гормонал терапиядан иборат бўлади. Умумий мустаҳкамлайдиган даво рационал овқатланиш ва спорт билан шуғулланиш, меҳнат билан дам олишни тўғри навбатлаш, хроник инфекция ўчоқлари (тонзиллит, ангина) ни бартараф этишни ўз ичига олади. Ановулятор қон кетиш патогенезида нерв системаси бузилишларининг аҳамиятини ҳисобга олиб, салбий ҳис-ҳаяжонларни, кечинмаларни бартараф этиш, уйқуни тартибга солиш керак. Марказий нерв системаси функциясини бошқаришнинг бошқа воситалари: психотерапия, кофеин билан бром препаратларини буюриш, физиотерапевтик муолажалар (Шчербак ёқаси, эндоназал электрофорез) ҳам тавсия этилади.

Симптоматик терапия, асосан, анемияга қарши кураш, бачадоннинг қисқариш фаолиятини кучайтирадиган воситаларни қўлланишдан иборат. Анемия бўлганда (бизнинг беморда гемоглобин миқдори 106 г/л га тенглигига эътибор беринг) темир препаратлари, камполон, гемостимулин, витамин B_{12} буюрилади; зарурат бўлганда қон қуйилади.

Ҳайз циклини нормага солишга қаратилган гормонал терапия унинг бузилиш типига қараб белгиланади. Кариопикнотик индекснинг юқорилиги (60—70%) ва яхши ифодаланган қорачиқ симптоми (+ + +, + + + +) билан характерланадиган ювенил қон кетишининг гиперэстроген типида (фолликул персистенциясида) ҳайзга ўхшаш реакция бошланиш циклининг 20-кунидан то 25-кунигача умум қабул қилинган схема бўйича прогестерон билан даволанади. Қон кетишининг гипоэстроген типида (фолликуллар атрезиясида) гормонал терапияни эстроген препарат — микрофоллинни кичикроқ дозаларда юборишдан бошлаш керак, уни ҳайзга ўхшаш реакциядан кейин 7—8-кунидан қўлланилади (0,05 мг ли 1 таблеткадан кунига 2—3 марта 12—15 кун мобайнида функционал диагностика тестлари назоратида). Кейин прогестерон киритишга ўтилади. Циклик гормонал терапияни, одатда, 5—6 ой мобайнида олиб борилади.

Гормонал терапияни хориогонин билан қувватлаб борилади, уни циклнинг 12-кунидан то 15-кунигача бир кеча-кундузда 1500 ТБ дан юборилади. Ҳайзга ўхшаш реакция, одатда, препарат юбориш тўхтатилгандан кейин 10—14 кун ўтгач пайдо бўлади. 2-циклда препарат дозасини суткасига 1000 ТБ гача, 3-циклда эса 500 ТБ гача камайтирилади.

Фельдшер ва акушеркалар фақат врач кўрсатмаси бўлганда ва унинг назорати остида гормонал терапия ўтказишларп мумкин.

БОЛА КУРАДИГАН ЁШДА БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ

Бемор Б., 25 ёшда, қорни пастида оғриқ ва жинсий йўлларидан қон кетишидан шикоят қилиб, 1980 йил 28 октябрда колхоз туғруқхонасининг акушеркасига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, сувчечак касалликларини бошидан кечирган, катта бўлганда юқори нафас йўллари катари билан оғриган. Бундан икки йил олдин аппендицит туфайли операция қилинган. 12 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 28 кунда 5—6 кун келади, оғриқсиз, ўртача миқдорда. Охирги марта ўз муддатида —8 октябрдан 10 октябргача, одатдагича келган. Жинсий турмушни 20 ёшидан бошлаган.

Икки марта бўйида бўлган; биринчисини ой-кунига етиб туққан, иккинчиси 11 ҳафталигида сунъий аборт қилинган. Абортдан кейин бачадон ортиқлари яллиғланган ва шу туфайли бемор 2 ҳафтадан кўпроқ касалхопада ётган. Кейинги йилларда яллиғланиш процесси бир неча марта қўзиган. Бачадон ортиқлари яллиғланишидан ташқари, гинекологик касалликлардан бачадон бўйни эрозиясини қайд қилади.

Ушбу касаллик тарихи. 26 октябрдан, яъни совуққотганидан кейин тана температураси 38,7° гача кўтарилган, қуввати бўлмаган, томоғи оғриган ва боши қаттиқ оғрий бошлаган. Аспирин ва сульфадимезин ичганидан кейин температураси 37,4 га тушган, аммо беҳоллик, бош оғриги ва тинкаси қуриши сақланиб қолган, 27 октябрь куни шу симптомлари устига температураси 38,9° гача кўтарилган, бир неча марта эти увишган, жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма келган, булар 28 октябрда анча кучайган; қон лахталари қайд қилинган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Юз териси исптмадан қизариб турибди. Бир оз тумови бор, томоғи қизарган, бодомча безлари катталашган ва қизарган. Тана температураси 38,6°, пульси минутига 110 марта уриб турибди. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/75 мм. Юраги ва ўпкасида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни нафас олиш актида қатнашади, пальпация қилиб кўрилганида пастки бўлимлари оғрийди. Шчёткин симптоми манфий. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Кин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлникига хос. Бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, кўзгу солиб кўздан кечирилганда орқа лабида эрозия

борлиги ва бачадоннинг ташқи бўғизидан озроқ шилимшиқ аралаш қоннинг мўл келиб турганлиги қайд қилинади. Бачадони тўғри вазнятда, катталашмаган, консистенцияси одатдагича, ҳаракатчан, пайпаслаб кўрилганда бир оз оғриқ сезилади. Иккала томонидан катталашган, безиллаб турган бачадон ортиқлари аниқ-равшан билиниб турибди. Гумбазлари бўш. Орқа гумбазини босиб кўрилганда безиллайди.

Қон анализи: Hb —12, 3 г% (123 г/л), лейкоцитлар — 12 300 ($1{,}23 \cdot 10^9$/л).

Қандай касаллик ҳақида гап бораяпти? Беморга нима илож қилиш керак? Қон кетишининг сабаби қандай бўлиши мумкин? Қандай текшириш ўтказиш керак? Ушбу патологияни қандай касалликлар билан дифференция қилиш лозим? Давоси қанақа?

Биз кузатаётган беморда касаллик диагнози фолликуляр ангина, бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процессининг қўзиши, жинсий йўллардан қон кетиши билан белгиланади. Патологиянинг бу формалари орасида муайян вақтга оид ва патогенетик боғланиш бор. Анамнезидан маълум бўлишича, ангина билан касалланиш сальпингоофорит қўзиши ва бачадондан қон кетишидан олдин бўлиб ўтган. Шунга кўра тўлиқ асос билан тахмин қилиш мумкинки, бачадон ортиқлари яллиғланишининг қўзиши экстрагенитал инфекция сифатидаги провокацион фактор таъсирида келиб чиққан. Сальпингоофоритнинг қайталаниши устига қон кетиши юз бериб, бу — касаллик клиникасида етакчи бўлиб қолган.

Мазкур беморга бачадондан қон кетиш патогенезини ойдинлаштириб олиш катта амалий аҳамиятга эга, чунки буни билиш зарур терапевтик тадбирни амалга оширишга асос бўлади. Анамнез ва объектив текшириш маълумотлари қон кетишининг дисфункционал характери ҳақида тахмин қилишга тўла асос беради.

Бачадондан «Дисфункционал қон кетиши» термини остида жинсий органларидаги органик ўзгаришлар ёки системали касалликлар билан боғлиқ бўлмаган гипофиз ва тухумдонлардаги гонадотроп гормонларнинг циклик ишланиб чиқиши бузилиши натижасида юз берадиган қон кетишлар тушунилади. Бу таъриф маълум даражада шартли характерга эга албатта, чунки функционал ўзгаришлар билан морфологик ўзгаришлар ўртасида аниқ чегара ўтказиб бўлмайди. Шунинг учун, одатда, бачадондан дисфункционал қон кетишларда эндометрийда муайян анатомик ўзгаришлар ҳам топилади.

Бачадондан дисфункционал қон кетишлар, аксари, ҳайз кўриш функцияси тартибга тушаётган даврда

(ювенил қон кетишлар) ва тухумдонлар функцияси тўхтаётган пайтда (климактерик қон кетишлар) кўпроқ учрайди. Аммо бу бузилишлар бола кўрадиган ёшдаги аёлларда ҳам анча-мунча қайд қилиб турилади, бу ҳол мазкур беморда ҳам кузатилди. Бачадондан дисфункционал қон кетишининг бола кўрадиган ёшда камроқ учрашини улардаги ҳайз циклининг асосий звенолари: гипоталамус-гипофиз системаси, тухумдонлар ва бачадон ўртасидаги ўзаро муносабатларнинг анча барқарорлиги билан тушунтирилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бола кўриш ёшидаги аёлларда бачадондан функционал қон кетишининг кўп сонли сабабчилари орасида тухумдонлар ва бачадоннинг рецептор аппаратида ўзгаришлар келтириб чиқарадиган ички жинсий органлардаги яллиғланиш процесслари етакчи патогенетик аҳамиятга эга. Мана шунинг оқибатида гонадотроп гормонлар таъсирида тухумдонларда ановуляция пайдо бўлади, бачадонда эса эндометрий узоқ вақт пролиферацияга (безсимон-киста гиперплазияси ёки полипоз) учрайди.

Ўсиб кетган эндометрий организмда гормонлар камайиб кетишига жавобан кўчиб туша бошлайди, бу эса бачадондан узоқ вақт давом этадиган ва кўпинча кучли қон кетиши билан кечади.

Кузатувимиздаги беморнинг жинсий йўлларидан келаётган қон тухумдонлар дисфункциясидан эмас, балки эндометрит туфайли юзага чиққан бўлиши мумкинми? Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, эндометритда ҳайз циклининг издан чиқиш табиати тухумдонлар функцияси издан чиқишига қараганда бошқачароқ бўлади, яъни: эндометритда ҳайз ўз муддатида бошланади ва бир неча кун мобайнида қон суркалиб туради, тухумдонлар дисфункциясида эса ҳайз циклининг издан чиқиши, одатда, метроррагия характерида бўлади. Бундан ташқари, бу бемордаги эндометритда бачадондан кўп қон кетиши характерли эмас.

Биз кузатаётган беморнинг хусусиятларига жиддий аҳамият бериш лозим. Бачадон ортиқларининг яллиғланиши дастлаб абортдан кейин юзага келган, бу — унинг септик этиологияли эканлигини тахмин қилишга асос беради. Яллиғланиш ўчоғи ифодаланган реактивликка эга, носпецифик факторлар таъсирида тез-тез қўзиб туриш ҳодисалари шундан далолат бериб турибди. Бемор колхоз туғруқхонасининг акушеркасига мурожаат қилган вақтдаги навбатдаги қўзиш ҳам ангина туфайли юзага келган. Бу касаллик устига бачадон

ортиқлари яллиғланишининг клиник белгилари юзага чиқиб, жинсий йўллардан ациклик қонли ажралмалар пайдо бўлган.

Шундай қилиб, бачадондан дисфункционал қон кетиши патогенезида бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процессининг роли борлигига шубҳа қолмади.

Ҳозирги вақтда бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процессини келтириб чиқарадиган инфекция қўзғатувчиларига катта эътибор билан қаралмоқда ва унинг хусусиятлари бутунлай патологик ўчоқнинг (бачадон ортиқларининг) ва бемор организмининг реактивлиги билан боғланмоқда. Яллиғланиш ўчоғининг реактивлиги юқори бўлганда ва организмнинг ҳимоя-мослашув реакциялари пасайиб кетганда носпецифик таъсирда, кўпинча, яллиғланиш процесси зўраяди.

Энди тухумдонлар дисфункцияси патогенезига батафсилроқ тўхталиб ўтамиз. Мазкур беморнинг жинсий йўлларидан ҳайз циклининг 20-кунида, яъни ҳайзнинг кутилган муддатидан 6—8 кун барвақт қон келган. Бинобарин, гап ациклик қон кетиши устида боряпти. Одатда дисфункционал характердаги бачадондан ациклик қон кетиши турли муддатларда давом этадиган вақтинчалик аменореядан кейин юзага келишини таъкидлаб ўтиш лозим. Аммо фолликулларнинг қисқа муддатли атрезиясида гормонлар (эстрогенлар) нинг камайиб кетиши анча эрта юз бериши мумкин, бунинг оқибатида ҳайз тўхталиши юз бермасдан бачадондан қон кетади. Афтидан, биз кузатаётган беморда ҳам худди шу ҳол юз берган.

Мазкур беморда цервикал каналдан қон билан бирга шилимшиқ ҳам келиб турибди, бу — бачадондан ановулятор қон кетишига хос. Кутилаётган ҳайз келишидан олдинроқ кузатилган цервикал каналдан шилимшиқ келиши деярли ҳамма вақт қон кетишининг ановулятор табиатидан гувоҳлик беради.

Шундай қилиб, анамнез ва объектив текшириш методларидан олинган маълумотлар бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси оқибатида юзага келган бачадондан ановулятор қон кетиши деб асосли равишда диагноз қўйишга имкон беради.

Беморни стационарда қандай текшириш лозим? Бачадон дисфункционал қон кетишига чалинган беморни умумий клиник текшириш ўтказиш билан бирга функционал диагностика тестлари билан ҳам текшириш лозим. Аммо шуни ҳисобга олиш керакки, аёл стационарга қон кетаётган даврда келиб тушади, биноба-

рин, диагностика мақсадларида қорачиқ симптомидан ҳам, қин суртмасини цитологик жиҳатдан текширишдан ҳам фойдаланиб бўлмайди. Маълумки, тухумдонлар функцияси бузилишининг ановулятор характерини тасдиқлаш ёки рад қилиш учун базал температурани бир ёки бир неча ой мобайнида динамикада ўлчаш керак. Шунинг учун, борди-ю, тухумдонлар дисфункциясига чалинган бемор аёл қон кетаётган пайтда стационарга келтирилса, у ҳолда, аввало, кетаётган қонни қандай бўлмасин тўхтатиш чорасини кўриш, шундан кейингина планли равишда функционал диагностика тестлари бўйича текширишни бошлаш керак.

Бачадон ортиқлари яллиғланиши билан гинекологик стационарга келиб тушган касал ҳам бактериологик жиҳатдан текширилиши лозим. Шунинг учун унинг цервикал каналидан суртма ва экмалар олиш, ажралаётган микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш керак. Шуни назарда тутиш керакки, цервикал канал флораси бачадон ортиқларининг микроб флорасини фақат тахминий акс эттира олади, холос. Буларнинг барчаси ҳозирги шароитда бактериологик текширишдан олинган маълумотларни анча нисбий қилиб қўяди. Сўзак касаллигига шубҳа туғилганда (бизнинг беморда жинсий органларда сўзак борлигидан гувоҳлик берадиган маълумотлар йўқ) уретра ва тўғри ичакдан суртмалар ва экмалар қўшимча олинади.

Баъзи бир гинекологлар бундай касалларда диагностика мақсадида орқа гумбазни пункция қилиб, кейин экссудат экишни таклиф қиладилар. Аммо кўпчилик тадқиқотчиларнинг фикрига кўра бундай бачадон ортиқларида экссудатив тузилмалар бўлганда ва чаноқда экссудатив перитонит юзага келгандагина ўзини оқлайди. Бундай симптомлар бизнинг беморда йўқ.

Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Бачадон ортиқлари яллиғланишининг ўткирлашувини ва тухумдонлар дисфункцияси билан бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни дифференциал диагностика қилишда катта қийинчиликларга дуч келиш мумкин. Биринчи навбатда касаллик анамнезини синчиклаб таҳлил қилиб чиқиш зарур.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учун анамнезида бачадон ортиқларининг яллиғланиш процессини бошдан кечирганлик, кейин иккиламчи бўйида бўлмаслик, ҳайз тўхталиб қолиши ва ҳомиладорликдан дарак берувчи бошқа белгиларнинг бўлиши характерлидир, бунда, кўпинча, генитал ёки умумий инфантилизм ало-

матлари пайқаб қолинади. Жинсий йўллардан келадиган ажралма аксари қора қон ҳолида бўлади ва узоқ вақт давом этади, оғриқ ё зўрайиб борувчи (бачадон найи ёрилганида) ёки вақти-вақти билан тутиб-тутиб (найдаги абортда) оғрийдиган бўлади. Аксари ҳолларда оғриқ тўғри ичакка, ташқи жинсий органларга ва оёққа ўтади; камдан-кам френикус-феномен юзага чиққан бўлади.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик узилганда тана температураси, одатда, нормал ёки субфебрил бўлади, аммо ҳеч қачон яллиғланиш процесси зўрайгандаги каби юқори кўтарилмайди. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ташқи қон кетиши бемор анемизациясига мос келмайди. Қин орқали текширишда бачадоннинг бир оз катталашганлиги, юмшаганлиги, оғримаслиги қайд қилинади, унинг ён ва орқа томонида хамирсимон, ўлчамлари катталашган ва оғримайдиган бачадон найи топилади. Диагноз тўғрилигига шубҳа бўлган ҳолларда қин орқа гумбазидан пункция қилиш (пича лахталар аралашган қон бўлиши) ва ҳомиладорликка биологик ва иммунологик реакциянинг мусбат бўлиши ёрдам беради.

Тухумдон апоплексияси учун ҳайз цикли ўрталарида ёки кўпинча овуляциядан кейинроқ оғриқ синдроми билан ўткир қорин оғриғи ҳолатининг ривожланиши характерлидир. Ичга анчагина қон кетганида коллапс манзараси тез ривожланади; жинсий йўллардан, одатда, қон келмайди, тана температураси нормал бўлади. Қин орқали текшириш ўтказиб кўрилганда бачадон найи соҳасида бир томонда оғриқ қайд қилинади. Одатда, бачадон ортиқларини қин орқали пайпаслаб аниқлаш қийин ёки уларнинг размерлари катталашмаган бўлади. Қин орқа гумбазини пункция қилиш қорин бўшлиғида қон борлигини аниқлашга имкон беради.

Метроррагия билан кечадиган зўрайган икки томонлама аднекситни (бизнинг бемордаги каби) асорат билан бошланган ёки иситмали ҳомиланинг чала тушиши билан дифференциал диагностика қилиш баъзан бирмунча қийинчилик туғдириши мумкин. Бу иккала касалликни бир-биридан фарқлаб олишда мазкур ҳолда ҳомиладорлик белгиларининг йўқлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бачадон миомаси жуда кўп ҳолларда ҳайз кўриш функцияси бузилиши (мено-, метроррагия) билан кечади, ўсма тугунларининг некрози ва иккиламчи инфекциянинг қўшилиши эса иситма ҳолатига ва оғриққа

сабаб бўлади. Бачадон миомасида катталашган бачадон ғадир-будур, нотекис юзаси ва зич консистенцияси билан қўлга уннайди. Тугунларнинг некротик ўзгаришларга учраган жойида баъзан ўсманинг юмшоқ тортган қисмлари ва локал оғриқни қайд қилиш мумкин. Агар унга сальпингоофорит қўшилиб келмаган бўлса, бачадон ортиқлари катталашмаган бўлади; баъзан тухумдонлардан бирида кистоз ўзгаришлар борлиги қайд қилинади.

Мазкур касалликни миоманинг шиллиқ остида жойлашган тугуни некрозидан дифференциал диагностика қилишда анча қийинчиликка дуч келиш мумкин, бунда бачадон размерлари катталашмаганича қолиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадонни зондлаш, метрография ва гистероскопия катта диагностик ёрдам беради.

Тухумдон кистасининг оёқчаси буралиб қолганида беморлар анамнезида кўпинча илгари аниқланган кистага кўрсатмалар бўлади. Киста оёқчасининг буралиб қолиши бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси зўрайганида юзага чиқадиган ўткир қорин оғриғи манзараси ривожланишига олиб келади. Аммо тухумдон кистасининг оёқчаси буралиб қолганида ҳайз циклининг бузилиши кузатилмайди, қин орқали текшириб кўрилганида эса зич-эластик консистенцияли кистоз тузилмани аниқ-равшан пайқаш мумкин, у пайпаслаб кўрилганида безиллаб туради, бачадоннинг ён ва ундан бирмунча орқа томонида жойлашган бўлади.

Мазкур ҳолда ўткир аппендицит билан ўнг томонлама сальпингоофоритни бир-биридан дифференциал диагностика қилишнинг фойдаси йўқ, чунки беморда аппендикс олиб ташланган.

Давоси қандай?

Ушбу беморни даволашда икки асосий мақсадни — яллиғланиш процессини бартараф қилиш ва қон кетишини тўхтатишни кўзлаб иш тутиш керак. Шу билан бир вақтда беморнинг ангинасини даволашга киришиш лозим. Шуни алоҳида қайд қилиб ўтиш керакки, кўп беморларда яллиғланиш процессини муваффақиятли даволаш издан чиққан ҳайз кўриш функциясининг нормаллашувига олиб келади. Бундай даво наф бермаган ва қон кетиш давом этаётган пайтлардагина жинсий гормонлар қўлланишга ўтиш мақсадга мувофиқ.

Бачадон ортиқларининг икки томонлама яллиғланиш процесси зўрайган беморга бутунлай осойишта шароит яратиб бериш керак; парҳез овқати механик ва химиявий жиҳатдан юмшоқ, аммо калорияси ва оқсил, угле-

вод ҳамда витаминлар миқдори етарли бўлиши лозим. Қовуқ ва тўғри ичак функцияси устидан қунт билан кузатиб бориш зарур. 1—2 кун мобайнида қорин пастига муз қўйишни буюриш керак. Қаттиқ оғриқ турганида оғриқ қолдирувчи воситалар юбориш зарур. Бошқа дори-дармонлардан кальций юбориш, антигистамин воситалар қўллаш мақсадга мувофиқ.

Антибиотиклар буюришга келсак, бачадон ортиқларининг қайталанадиган яллиғланиш процессларида уларни қўлланиш шарт эмас, чунки бунда микроб омили бўлмайди. Лекин мазкур ҳолда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларни тайинлаш тўла асослидир, чунки беморда айни вақтда ангина симптомлари бор. Аввалига таъсир спектри кенг антибиотиклар буюрилади, кейин цервикал канал микроб флорасининг антибиотикларга сезувчанлиги ҳақида бактериологик жавоб олинганидан сўнг мазкур препаратларни буюришда зарур ўзгаришлар қилинади.

Қон кетишини камайтириш учун бачадонни қисқартирадиган турли хил воситалардан фойдаланилади (қорин пастига муз қўйилади, питуитрин, метилэргометрин ва бошқалар қўлланилади). Бундай даво тадбирлари наф бермаган ҳолларда гормонал гемостаз (эстрогенлар, прогестерон, синтетик прогестин) буюрилади.

Эстроген гемостаз эндометрийнинг зудлик билан янгидан пролиферацияланишига, гипофизнинг фолликулни қувватловчи гормонини блокада қилишга, организмда эстрогенлар миқдори ортишига, бачадонда томирлар деворини мустаҳкамлашга олиб келувчи эстрогенларни интенсив юборишга асосланган. Эстрогенларни ҳар 1—2 соатда 10 000 ХБ дан юборилади. Қон кетиши, аксарият, 4—5 инъекциядан кейин тўхтайди. Сўнгра эстрогенларни камайтирилган дозаларда юборишда давом этилади (қон кетиш хавфи бўлганлигидан уни юборишни бутунлай тўхтатиб қўйиб бўлмайди!) ёки прогестерон юбориш буюрилади.

Гемостаз учун прогестерон буюриш мазкур препаратнинг эндометрийнинг кўчиб тушишини таъминлаш хусусиятига асосланган, шу туфайли даволашнинг бу методи «медикаментоз кюретаж (қириш)» деган ном олган. Прогестерон мускул орасига ҳар куни 10 мг дан 6—8 кун мобайнида юборилади. Бачадондан дисфункционал қон кетишини тўхтатиш учун прогестерон юборилганда у 2—3 марта юборилгандан кейин қон кетиши кучайиши мумкинлигини назарда тутиш лозим.

Шунинг учун росмана анемияда бундай ҳолларда бу препаратни қўлламаган маъқул.

Бачадондан дисфункционал қон кетишини синтетик прогестин таъсирида тўхтатишнинг механизми организмда гормонлар миқдорини кўпайтириш, гипофизнинг гонадотроп функциясини блокада қилиш, тухумдонларда эстрогенлар ишланиб чиқишини сусайтириш ва препаратнинг эстроген компоненти ҳисобига эндометрий пролиферациясига ижобий таъсир кўрсатишга асосланган.

Гемостаз учун синтетик прогестеронни қуйидаги схема бўйича қўлланилади: препаратлардан бирини дастлабки 2—3 кун мобайнида кунига 4—5 таблеткадан буюрилади, сўнгра таблеткалар миқдорини аста-секин камайтириб борилади ва ниҳоят бир кеча-кундузда бир таблеткадан берилади. Даволаш ҳаммаси бўлиб 21 кун бўлади. Одатда, қон кетиши 24—48 соат ўтгач тўхтайди. Организмда гормонлар камайиб кетишига жавобан қон кетиши қайталаниб қолишининг олдини олиш учун препаратни нисбатан узоқ вақт (3 ҳафта мобайнида) юбориш зарур. Касал синтетик прогестинлар қабул қилишни тўхтатганидан кейин 2—3 кун ўтгач ҳайзга ўхшаш реакция содир бўлади.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши тўхтаганидан кейин циклик гормонотерапияга ўтилади.

Яллиғланиш процесси росмана зўрайган бизнинг беморда бачадондан кетаётган қонни тўхтатиш ва эндометрий ҳолатини аниқлаш учун диагностика мақсадида бачадонни кириш мумкин эмас. Тегишли зарурият бўлганда (кўрсатиб ўтилган даво тадбирларига қарамай, жинсий йўллардан қонли ажралмалар ҳамон келиб турганда) зўрайиш ҳолати орқага қайтиб, қон манзараси нормага келгандан кейингина, бачадонни кириш мумкин. Бемор ҳаётига таҳдид соладиган профуз қон кетишигина дори-дармонлар билан даво қилиш наф бермаган ҳолларда кучли антибактериал терапия паноҳида бачадонни зудлик билан кириш учун асос бўла олиши мумкин.

КЛИМАКТЕРИК ЁШДА БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ

Бемор А., 48 яшар, жинсий йўлларидан қон кетишидан шикоят қилиб, 1979 йилнинг 20 октябрида аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар касалликларидан қизамиқ ва скарлатина билан оғриб ўтган; катта бўлганда

шамоллаш касалликлари, цистит билан оғриган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган. 28—30 кун оралатиб келади ва 4—5 кун давом этади, оғриқсиз, ўртача миқдорда келади. Жинсий ҳаёт бошланганидан, туғруқ ва абортлардан кейин ҳайз цикли айтарли ўзгармаган. Сўнгги 2 йил мобайнида ҳайз цикли бузилишлари қайд қилинади; ҳайзи 5—7 кунга кечикадиган, давомлироқ ва мўл қон келадиган бўлиб қолган. Бачадондан икки марта ациклик қон кетган (охиргиси 4 ой илгари), уни бачадонни қисқартирадиган воситалар билан тўхтатиб қолинган. 16 октябрь куни жинсий йўлларидан қон келган, буни у ҳайзнинг кечикиб келиши, деб тушунган. Аммо 19 октябрь куни қон келиши кучайган ва бачадондан қон мўл кета бошлаган. Қорин пастига муз қўйиш ва бачадонни қисқартирадиган воситалар қўлланиш қон кетишини деярли камайтирмаган ва натижада бемор медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Жинсий ҳаётни 20 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 52 яшар, соғлом. 4 марта бўйида бўлган: 2 марта туққан, 2 марта аборт қилдирган, абортлари асоратсиз ўтган. Охирги аборти 8 йил илгари қилинган. Бўйида бўлиб қолишдан сақланмайди, оқчил безовта қилмайди, қўшни органлари (қовуғи ва тўғри ичаги) функцияси издан чиқмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Ҳайз цикли бузилгунга қадар (ҳайз функциясига қ.) ўзини яхши ҳис қилган. Гинекологик касалликлар билан оғримаган. Ҳайз функциясининг бузилиши умумий аҳволнинг ёмонлашуви (бўшашишлик, тинка-мадор қуриши, кунига 4—5 марта баданга қон тепиши, уйқу бузилиши) вақтига тўғри келган. 2 йил ичида гавда массаси 4 кг га ортган. Вақти-вақти билан артериал босим симоб устуни ҳисобида 160/90 мм га кўтарилиб турган. 1977 йили бачадондан иккинчи марта қон кетганидан кейин бачадонни диагностик қириш ўтказилган. Патогистологик диагнози — эндометрий полиплари. Даво тайин қилинмаган (кўп қон йўқотилган ҳолларда бачадонни қисқартирадиган воситалар қўлланишдан ташқари).

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг гавда тузилиши расо, тўлалиги қониқарли. Қорни ва сонларида ортиқча ёғ тўпланган. Гавда массаси 66 кг, бўйи 165 см, тана ҳарорати 36,5°. Томоғи қизармаган. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Томир уриши минутига 80 та, ритми яхши, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 150/80 мм га тенг. Пастернацкий симптоми иккала томонида ҳам манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, иккала томонида туғруқдан кейинги узуқ-юлуқлар кўринади. Қинда қон лахталари бор. Қинни кўзгу орқали кўздан кечирилганида патологик ўзгаришлар топилмади. Бачадон ҳомиладорликнинг 7-ҳафтасига тўғри келадиган катталикда, шакли юмалоқ, консистенцияси зич, вазияти тўғри, ҳаракатчан, юзаси силлиқ, пайпаслаб кўрилганида ҳам, у ёқ-бу ёққа силжитиб кўрилганида ҳам оғримайди. Иккала томондаги ортиқлари пайпаслаб кўрилганда қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳа оғримайди. Қин гумбазида инфильтрат йўқ.

Қандай тахминий диагноз қўйса бўлади? Беморга қанақа илож қилиш керак? Касаллик диагнозини аниқлаш учун қўшимча қандай диагностика методларини

қўллаш зарур? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш мумкин? Даволаш принциплари қандай?

Биз кузатаётган беморда климактерик даврда қон кетган. У бир қатор касалликлар оқибатида юз берган бўлиши мумкин. Аммо маълумотларнинг кўп қисми климактерик ёшда бачадондан дисфункционал қон кетишидан дарак беради. Беморда климакс борлигига фақат унинг ёши (48 ёшда) эмас, балки шунга мос келадиган климактерик синдром рўй берганлиги ҳам (беҳоллик, тинка-мадор қуриши, баданга қон тепиши, уйқу бузилиши, семириш, артериал босимнинг ошиши) гувоҳлик беради.

Климактерик ёшдаги бачадондан дисфункционал қон кетиши билан боғлиқ асосий моментларни кўриб чиқишдан олдин климактерик даврнинг патогенези ҳақида лоақал қисқача тўхталиб ўтишга тўғри келади, буни билиш, айниқса, шу ёшда тез-тез учраб турадиган тухумдонлар функцияси издан чиқишининг патогенезини аниқлаш имконини беради.

Маълумки, климактерик давр (климакс) — аёлнинг бола туғиш даври ҳаётининг физиологик давомидир. У аёлнинг репродуктив системасида бўладиган регрессив ўзгаришлар билан таърифланади ва организмнинг, асосан, марказий нерв системасининг диэнцефал бўлимидаги ёшга оид умумий ўзгаришларнинг белгиларига киради. Одатда климакс 45—47 ёшда бошланади ва бир неча йил давом этади. Сўнгги йилларда климакс анча кечроқ (49—50 ёшларда) бошланаётганлигидан гувоҳлик берадиган маълумотлар эълон қилинган.

Мунтазам келиб турган ҳайзнинг тўхтаб қолиши — климаксга хос типик симптомлардан биридир. Ҳайз кўриш ритми, давомлилиги, йўқотиладиган қон миқдори ўзгаради. Функционал диагностика тестлари (базал температура, қорачиқ симптоми, кольпоцитология) бўйича текшириб кўрилганда ва гипофизар гонадотроп гормонлар ва тухумдонларнинг жинсий гормонлари маҳсулотлари анализ қилинганда лютеин фазасининг номукаммаллиги, шунингдек ановулятор цикларнинг кўплигини аниқлашга муваффақ бўлинади.

Ҳайз функциясининг бузилиши кўпчилик аёлларда вазомотор бузилишлар (баданга қон тепиши ва бошқалар) дан олдин бўлади ёки уларга йўлдош бўлиб келади. Биз кузатаётган беморда ҳайз циклининг бузилиши (циклнинг чўзилиб кетиши, гиперполименорея симптоми) умумий климактерик синдром белгиларига тўғри келган,

бу — аёл организмидаги умумий ўзгаришлар патогенезида ҳам, бачадондан дисфункционал қон кетиши рўй беришида ҳам марказий нерв системасидаги бузилишларнинг етакчи роль ўйнашидан дарак беради.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши — климактерик даврнинг энг жиддий ва тез-тез учраб турадиган асоратларидан биридир. Климакс бошланиши билан бу хилдаги қон кетиш ҳодисаси анча тезлашади. А. Ф. Добротина ва автордошларининг (1972) маълумотларига кўра, бу жинсий балоғатга етиш даврида 32, 2%, 40 ёшдан ошган аёлларда 53,6% ҳолларда учрайди.

Климактерик даврда бачадондан дисфункционал қон кетишининг тезлашуви диэнцефал системадаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва гонадотроп гормонлар нормал ишланиб чиқишининг бузилиши билан узвий боғлиқдир. Бу, асосан, лютеинловчи гормоннинг циклик ишланиб чиқиши бузилиши билан намоён бўлади, бу гормон таъсирида (фолликулни стимуляция қилувчи гормон билан бирга) овуляция юз бериб сариқ тана ривожланади. Мана шунинг учун ҳам климактерик ёшда ановулятор цикллар, шунингдек, сариқ тана етарлича ривожланмаган цикллар кўпроқ кузатилади.

Фолликуллар етилишининг издан чиқиши бачадон шиллиқ пардасининг тегишлича циклик ўзгариб бузилишларига олиб келади. 45—48 ёшда бачадондан дисфункционал қон кетишига чалинган беморлар эндометрийсидан олинган қирмаларни патологик текширувдан ўтказилганда, одатда, шиллиқ парда полипозини, эндометрийда секретор ўзгаришлар бўлмагани ҳолда унинг гиперплазияга учраганини аниқлаш мумкин. Бизнинг беморда 1977 йилда бачадони диагностик қирилганда эндометрий полипларининг топилиши унда ҳайз кўриш циклининг бузилиши ановулятор характерда эканлигидан шубҳасиз дарак бериб турибди.

Бачадондан дисфункционал қон кетишида патологик ўзгаришлар фақат эндометрийда эмас, балки бачадоннинг ўзида ҳам рўй беради. Одатда, бачадон бир қадар катталашади (6—7 ҳафталик ҳомиладорликка хос), бўйни сувчираб туради, гипертрофияланади. Аёллар консультациясида қин орқали текшириб кўрилганда бизнинг беморда ҳам худди шундай ўзгаришлар топилди.

Шу нарса яхши маълумки, фолликуллар персистенцияси ҳам, атрезияси ҳам бачадондан ановулятор қон кетишига олиб келиши мумкин. Кейинги вақтлардаги текширишлар гувоҳлик беришича (П. Чамов, 1971)

бачадондан дисфункционал қон кетиши билан оғриган аёлларнинг 71,8% ида климаксда эстрогенлар кўп ишланиши билан бирга фолликуллар персистенцияси процесси устун туради. Клиник жиҳатдан бу ҳайз кўриш бирмунча вақт тўхталиб қолгандан кейин қон кетиши бошланишида намоён бўлади.

Климактерик даврдаги бачадондан дисфункционал қон кетиши бачадонни қириш ва гормонал терапия курси ўтказилишига қарамай, давомлилиги (бир неча кунга ва ҳатто ҳафта) ва қайталанишга мойиллиги билан ажралиб туради ва бир неча йиллар мобайнида такрорланади. Бунинг сабаби шундаки, қон кетиш вақтида бачадон танасининг қалинлашган шиллиқ пардаси батамом эмас, эндометрийнинг фақат юза қатлами, шунда ҳам бутун юзаси бўйлаб эмас, балки айрим участкалари кўчиб тушади. Кўчиб тушиш билан бирга эндометрий регенерацияси рўй беради, шу ҳол узоқ вақт қон кетишига сабаб бўлади.

Климактерик қон кетиш ҳолларида эндометрий гиперплазияси организмда эстрогенлар миқдори турлича бўлганда вужудга келиши мумкин. Фолликул персистенциясида организмда эстрогенлар миқдори ошган, атрезияда эса пасайган бўлиши мумкин. Бу ҳолда кўп миқдордаги эстрогенларга жавоб тариқасидаги эндометрий гиперплазияси келиб чиқишини қандай изоҳлаш мумкин?. Бу ўринда қонда эстрогенлар абсолют миқдорининг ўзгариш процессигина эмас кўпроқ бу гормонларнинг эндометрийга таъсир қилиш давомлилиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Ҳозирги вақтда эндометрийга фолликуллар атрезиясида кузатиладиган эстрогенларнинг ҳатто кичик миқдорларда узоқ вақт таъсир қилиши унинг гиперплазиясига ёки полипозига олиб келиши исботланган.

Шундай қилиб, биз климактерий даврида бачадондан дисфункционал қон кетиши ва клиникасига бевосита алоқадор бўлган асосий масалаларни кўриб чиқдик. Бу маълумотларни бизнинг беморнинг анамнези ва касаллик клиникаси билан қиёслаб кўрадиган бўлсак, унда худди мана шу касаллик борлиги ҳақида тахмин қилишимизга имкон беради. Табиийки, бу тахминий диагнозни тасдиқлаш учун беморни гинекологик стационарга ётқизиб текшириб кўриш зарур ва шунинг учун қон кетаётганлигини ҳисобга олиб беморни медицина ходими кузатувида гинекология бўлимига жўнатиш лозим.

Шу туфайли, беморни транспортга олиб чиқиш ол-

дидан қон кетишини камайтирувчи бирор препаратдан инъекция қилиш зарурати туғилади. Шу мақсадда бачадонни қисқартирувчи воситалар (окситоцин, метилэргометрин) киритиш мумкин, бироқ ҳатто шу кучли препаратларнинг ҳам гемостатик нафи кам бўлишини ҳисобга олиш лозим, чунки юборилган препаратларнинг миометрийнинг қисқаришини кучайтирувчи таъсирига қарамай, бачадонда муттасил қон кетишига олиб келувчи фактор (гиперплазияланган ва қисман емирилган эндометрий) бўлади. Бундай беморларга кальций хлорид ва викасол препаратларини юбориш мутлақо кам наф беради.

Диагнозни ойдинлаштириш учун қандай текшириш методларини қўлланиш зарур?

Бу ўринда шуни қайд қилиб ўтиш керакки, гап тухумдонлар дисфункцияси ҳақида, яъни жинсий система ва бошқа органларнинг органик касалликлари билан боғлиқ бўлмаган соф функционал характердаги касаллик хусусида боради. Мана шунинг учун ҳам стационар шароитида бундай беморларни ҳар томонлама клиник жиҳатдан, асбоблар ёрдамида ва лабораторияда текширувдан ўтказиш зарур. Жинсий органлар томонидан анатомик ўзгаришлар бўлмаган тақдирдагина бачадондан дисфункционал қон кетиш диагнози ишончли бўлиб чиқади.

Қон кетмаганда ёки қиндан бир озгина қон келганда кольпоцитология маълум даражада диагностик қимматга эга бўлади (фолликул персистенциясида кўрсаткичлар юқори, атрезияда кариопикнотик индекс сони нисбатан паст ва бир хил рақамларда бўлади). Аммо қон кўп кетаётганда бу диагностика методини қўлланиб бўлмайди. Базал температурани ўлчаб кўриш учун узоқ вақт талаб этилади, буни эса фақат қон кетмай турган-дагина амалга ошириш мумкин.

Бачадон ичида патология (субмукоз миома) йўқлигини аниқлаш учун гистероскопия методидан фойдаланиш мумкин, бу методни гистеросальпингография методига қарама-қарши ўлароқ, қон келиб турганда ҳам қўлланиш мумкин. Бу метод фақат бачадоннинг ичида органик патология йўқлигини эмас, балки тухумдонлар дисфункциясида бўладиган типик ҳолат — эндометрий гиперплазиясини ҳам аниқлашга имкон беради.

Климактерий даврида бачадондан дисфункционал қон кетишини аниқлашда бачадонни диагностик қириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга, буни алоҳида-алоҳида бажарилади, яъни аввал цервикал канал қирилади (бача-

дон бўйни раки йўқлигини аниқлаш учун), кейин эндометрий қирилади. Бачадонда алоҳида-алоҳида диагностик қириш ўтказилаётганда врачга ассистентлик қилаётган акушерка ёки медицина ҳамшираси бачадон бўйни каналидан ва бачадон танасидан алоҳида-алоҳида қириб олинган қирмани қунт билан йиғиб олиши ва бир-бирига аралаштириб юбормаслиги керак. Бунинг учун, одатда, иккала қирма алоҳида-алоҳида солинадиган Петри ликопчаси тагига: «бачадон танаси» ва «бачадон бўйни» деб ёзилган бир энлик қоғоз қўйиб қўйилади. Акс ҳолда жуда жиддий диагностик хатога йўл қўйиш ҳеч гап эмас.

Бачадондан ациклик қон кетишида эндометрий биопсиясини истаган вақтда қилиб кўриш мумкин, аммо уни энди қон кета бошлаган пайтда қилган маъқул, чунки бунда деярли бутун эндометрийнинг бутунлиги сақланиб турган бўлади. Бу патологоанатом учун бачадон шиллиқ пардасини бирмунча аниқ гистологик тасвирлашга имкон беради. Бачадонни диагностик қириш айни вақтда даволаш ҳам эканлигини яна бир марта таъкидлаб ўтиш лозим.

Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Климактерик даврдаги бачадондан дисфункционал қон кетишини бачадон танаси раки ва бачадон бўйни ракидан (биринчи навбатда!), эндометрийга метастаз берган тухумдонлар ракидан, бачадон фибромиомасидан, ички эндометриоздан ва тухумдонларнинг феминизацияловчи ўсмаларидан дифференциация қилиш лозим.

Бачадонни диагностик қиришни тасвирлашда қайд қилиб ўтганимиздек, бачадон танаси раки ва бачадон бўйни ракини бачадондан дисфункционал қон кетишидан ажратишда алоҳида-алоҳида қириш қўл келар экан. Бироқ бу операцияни бажаришдан олдин бошқа маълумотларни ҳам ҳисобга олиш зарур. Бачадон раки учун контакт қон кетиш, деб аталувчи (жинсий алоқа пайтида, гинекологик текширувдан кейин) қон кетиши типик саналади. Бачадондан дисфункционал қон кетишда бу симптом бўлмайди. Бундан ташқари, бачадон ракида қиндан келадиган қондан олдин кўпинча рак ўсмаси тарқаладиган лимфалараро бўшлиқлардан лимфа оқиб чиқиши натижасида оқчил пайдо бўлади. Бачадондан дисфункционал қон кетишида, одатда, оқчил бўлмайди (қин, бачадон бўйни ва бачадонда яллиғланиш процесси қўшилиб келмаган).

Кўзгу киритиб бачадон бўйни кўздан кечириладиган

бўлса, шунингдек кольпоскопик текширишда бачадон бўйни ракига (экзофит ва эндофит формасига) диагноз қўйиш нисбатан осонлашади. Аниқ мўлжалга олинган биопсиядан кейингина узил-кесил диагноз қўйилади.

Тухумдонлар раки ўзича менструал функцияни издан чиқармайди, ҳатто, ўсма жуда катта ва процесс икки томонлама бўлганда ҳам ҳайз бузилмайди. Фақат нисбатан камдан-кам ҳолларда — рак ўсмаси тухумдонлардан эндометрийга метастаз бергандагина жинсий йўллардан ациклик қон аралаш ажралмалар келади. Бундай бемор аёлни текшириб кўрилганда бачадон ортиқлари соҳасида эгри-бугри тузилмалар топилади, одатда, бу ўсмалар кичик чаноққа чуқур ботган ва бачадон орқасида жойлашган бўлади. Бачадондан дисфункционал қон кетишида бачадон ортиқларида ўзгаришлар ё умуман бўлмайди, ёки бир томонлама кистасимон катталашган тухумдон қўлга уннайди.

Бачадондан дисфункционал қон кетишига чалинган климактерик ёшдаги кўпчилик бемор аёлларда кузатиладиган бачадон размерлари катталашувини ҳисобга олиб, бу касалликни бачадон миомасидан дифференциация қилиш керак. Аммо бачадон миомасида, одатда, у катталашган бўлиб, юзаси нотекис, ғадир-будур, ўсмаларнинг интрамурал ва субсероз жойлашган тугунлари қўлга бемалол уннайдиган бўлади. Субмукоз миома ривожланган бўлса, бачадон амалда айтарли катталашмайди, бу — кўрсатиб ўтилган касалликларни фарқлашда қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолларда қўшимча текшириш методлари (бачадонга зонд киритиш, гистероскопия, гистеросальпингография) ҳал қилувчи диагностик аҳамият касб этади.

Тухумдонлар дисфункциясига ўхшаб кетадиган ички эндометриоз ҳам бачадондан циклик ва ациклик қон кетиши билан юзага чиқади. Шунинг учун ҳам бу касалликлар синчиклаб дифференциал диагностика ўтказишни талаб этади. Шуни назарда тутиш керакки, эндометриозда касалликнинг ривожланиб бориши билан прогрессив равишда кучайиб борувчи оғриқли ҳайз симптомлари одатда рўй-рост юзага чиқади. Ички эндометриоз эндометриознинг бошқа формалари (тухумдонлар, ретрацервикал клетчатка эндометриози ва бошқалар) билан кўпинча қўшилиб келади. Ҳайз кўришдан олдин ўтказилган гистероскопияда бачадоннинг ички юзасида типик тешиклар топилиб, улардан қорамтир қон чиқиб туради, гистеросальпингографияда эса бачадон мускуллари орасида жойлашган эндометрий безла-

рига кириб борган контраст модда туфайли бачадон контури сиртида соя аниқланади.

Тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмалари (текома, донадор ҳужайрали ўсма), агар улар тўғри кечаётган ҳайз цикли фонида пайдо бўлса, тез орада унинг бузилишига (метроррагияга) олиб келади. Бироқ жинсий органларда анатомик ўзгаришларсиз кечадиган бачадондан дисфункционал қон кетишидан фарқли равишда мазкур ўсмаларда тухумдонларнинг катталашганлиги (ўсма борлиги) аниқланади.

Давоси қандай?

Тухумдонларнинг климактерик дисфункциясини даволаш бачадон қисмларини алоҳида-алоҳида қириш билан бошланади. Бизнинг беморда бундан деярли 2 йил илгари бачадонида диагностик қириш ўтказилганини ҳисобга олиш керак. Шунинг учун орада шунча узоқ вақт ўтгани мазкур операцияни такрорлашни зарурият-га айлантиради, бу юқорида айтилганидек, ўсиб кетган эндометрийни бутунлай олиб ташлашни ва шу билан қон кетишини ишончли тўхтатишнигина эмас, балки касалликка жуда аниқ диагноз қўйишга, шунингдек зарур дифференциал диагностика ўтказишга имкон беради. Агар бачадонни бундан олдинги диагностик қириш қон кетиши такрорланишидан бир неча ой илгари ўтказилган бўлса, у ҳолда кетаётган қонни гормонлар юбориб тўхтатилган бўлур эди (гормонал меностаз).

Қон кетиши тўхтатилгандан кейин ва қон кетишининг ановулятор характерини тасдиқлайдиган эндометрий қирмасини гистологик текшириш маълумотлари олингандан кейин гормонал даволашга киришиш зарур. Мазкур беморни илгари даволанганда катта хатога йўл қўйилган — бачадони қирилгандан кейин гормонотерапия тайинланмаган. Биз юқорида айтиб ўтганимиздек, ҳар қандай ёшда, жумладан, климактерик даврда ҳам бачадондан дисфункционал қон кетиши қайталанишга мойил бўлади. Шунинг учун диагнозни ойдинлаштириб олиш мақсадида бачадонни қириш ҳамма вақт ундан кейин гормонал даволашни тақозо этади.

Климактерик даврда бачадонидан қон кетган беморларни гормонал даволаш бола туғиш ёшида худди шундай қон кетишини даволашдан фарқ қилади. Бор-ди-ю, жинсий балоғатга етиш даврида ҳайз кўриш цикли ановулятор тарзда издан чиқса, у ҳолда беморга ҳайз кўриш циклини маромига тушириб юборадиган гормонал даво тадбирлари буюрилади, аммо климакс даврида даво тадбирлари, асосан, тухумдонлар функ-

циясини сусайтириб қўйишга, эндометрийнинг атрофияга учрашига қаратилиши керак. Эндометрий гиперплазияси гормонларга боғлиқ процесс экан, климактерик қон кетишларни даволашда асосий дори сифатида турли хил гормонал препаратлар: прогестерон, синтетик прогестинлар ва андрогенлардан фойдаланилади.

Синтетик прогестинлар яхши наф бераётганлиги туфайли кейинги йилларда прогестерон билан даволашдан амалда воз кечилди. Синтетик прогестинларни диагнозни ойдинлаштириб олиш мақсадида бачадонни қирилгандан кейин 5-кунидан бошлаб 21 кун мобайнида, яъни циклик юбориш давом эттирилади. Умумий даво курси 5—6 циклни ўз ичига олади. Бу хилда ўтказилган даво тадбирларидан кейин эндометрийда регрессив процесслар рўй беради.

Климактерик даврда бачадондан дисфункционал қон кетишини даволашда андрогенлар кенг тарқалди; улар гипофизнинг фолликулларни стимулловчи гормон ишлашини тормозлаб қўяди, тухумдонларнинг гормонал фаолиятини сусайтиради ва гормонларга боғлиқ органлар (бачадон, сут безлар) да атрофик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Одатда, андрогенларнинг катта дозаларидан фойдаланилади. Масалан, тестостерон пропионатнинг 2,5% ли эритмасидан кун ора 2 ҳафта мобайнида 1 мл дан мускул орасига юборилади, кейин, препаратни бемор яхши кўтара олса, ҳафтасига 1—2 маҳал юборилади. Препаратнинг бир курслик дозаси 550—650 мг ни ташкил қилади, даволаш курси 2 ой атрофида. Тестостерон пропионат инъекцияси ўрнига тил остига 3—6 маҳал 5 мг дан кунига метилтестостерон қўйиш мумкин. Даволаш муддати 2—3 ой.

Андрогенлар билан даволаганда қўшимча реакциялар рўй бериши мумкинлигини (овознинг дагаллашиб қолиши, ҳуснбузар тошиши, гипертрихоз, артериал қон босимининг кўтарилиши ва ҳоказо) ҳисобга олиб беморни қунт билан кузатиб туриш керак, борди-ю, шундай реакциялар рўй берганда қўлланилаётган препаратлар бекор қилинади.

Климактерик синдромни гормонлар билан даволашни бошқа даво воситалари билан қўшиб олиб бориш лозим. Умумий қувватлантирувчи муолажаларни (сув муолажалари, даволаш гимнастикаси, сув остида массаж қилиш ва бошқалар) кенг қўлланиш керак. Седатив даволаш воситалари (френолон, триоксазин, валериана препаратлари, элениум), шунингдек, витамин С, РР ва В-группа витаминлари қўлланиши мумкин.

Стационардан чиққан беморлар устидан диспансер назорати ўрнатилади.

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

Бемор. Р. 20 яшар, ҳайзнинг қаттиқ оғриқ билан келиши ва ҳайз кўриш циклининг мароми бузилганлигидан шикоят қилиб, 1981 йил 21 январда аёллар консультациясига — акушеркага мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида шамоллаш касалликлари билан тез-тез оғриб турган, катта бўлганида аппендэктомия қилдирилган. 16 ёшдан ҳайз кўради, ҳайз кўриш цикли шу пайтга қадар маромига тушмаган (одатда, ҳайз 32—36 кундан кейин кела бошлайди), 2—4 кундан оғриқ билан келади, кўп эмас. Жинсий ҳаёт бошлаганидан кейин ҳам ҳайз кўриш цикли ўзгармаган. Охирги марта ҳайз кўриши 20 январда қорни пастида қаттиқ оғриқ билан бошланган.

18 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 25 ёшда, соглом. Бўйида бўлишдан сақланмаслигига қарамай ҳомиладор бўлмаган. Навбатдаги ҳайз келишига қадар оз-моз миқдорда оқчил келиши уни ташвишлантирган. Гинекологик касалликлар билан оғримаган. Қўшни органлар функциясида айтарли ўзгаришлар кўринмайди.

Ушбу касаллик тарихи. Мазкур беморнинг ҳайз кўриш цикли ҳамиша номунтазам бўлган. Ҳайз кўпинча анча кечикиб, айниқса, биринчи кунлари кескин оғриқ билан келган. 20 январда навбатдаги циклнинг 32-куни беморда қаттиқ оғриқ билан ҳайз кела бошлаган. Анальгин ичиш, тўғри ичакка белладонна̀ли шамчалар қўйиш ижобий натижа бермаган. Оғриқ синдромига кўнгил айниш ва қусиш қўшилган. Мана шу ҳодисалар билан бемор медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Аёл астеник тана тузилишига эга, ориқ. Тери қоплами ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари оч-пушти рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Гавда вазни 60 кг, бўйи 172 см. Томир уриши минутига 90 та, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/65 мм. Кўкрак қафаси органларида ҳеч қандай патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, нафас олиш актида актив қатнашади. Жигари ва талоғи катталашмаган, улар соҳасида оғриқ йўқ. Пастернацкий симптоми иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, жунлари сийрак, аёллар типида. Қини тор, туғмаган аёлларникига хос. Бачадон бўйни шакли конуссимонга яқин, ташқи огзи юмалоқ. Ундан меъёрида қоратмтир қон чиқиб турибди. Бачадон танаси кичкина, олдига кескин оғиб туради, юзаси силлиқ, консистенцияси одатдагича, пайпаслаб кўрилганда хиёл оғриқ сезади. Бачадон ортиқлари иккала томонда ҳам қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз. Гумбазлари инфильтрацияланмаган.

Қиз дуч келган патологиянинг ўзи нима? Яна қандай касалликлар альгодисменорея билан кечади? Даволаш принципи қандай?

Мазкур клиник кузатувда менархе даврида ҳайз

кўриш цикли издан чиққан бемор ҳақида гап боради. Бу бузилишлар ҳайз кўриш циклининг номунтазамлиги билангина эмас, балки ҳайз келиш вақтидаги кескин огриқ билан ҳам ифодаланади. Қин орқали текшириб кўрилганда инфантилизмнинг типик белгилари (бачадон бўйнининг конуссимон тузилиши, бачадон гиперантефлексияси) аниқланди. Мана шу маълумотларга асосланиб, акушерка бачадоннинг патологик антефлексияси ва альгодисменореяси диагнозини қўйиши мумкин.

Бу патологик ҳолатнинг моҳиятига тўхталиб ўтишдан олдин жинсий органларнинг нормал вазиятини қисқача эслатиб, уларни белгилаб берувчи факторлар ҳақида гапириб ўтиш лозим. Фақат шундай маълумотлар ёрдамидагина бизга бачадон гиперантефлексиясининг патогенези ва клиник белгилари ойдинлашади.

Жинсий органларнинг типик (нормал) вазияти, деганда шартли равишда соғлом жинсий етук ҳомиласиз ва эмизмайдиган аёлнинг қовуғи ва тўғри ичаги бўшалиб, тик турган пайтидаги вазияти тушунилади. Бу шароитларда бачадон кичик чаноқ марказида — қов ва думғазадан, шунингдек, кичик чаноқнинг деворларидан тахминан бир хил мософада жойлашади. Бачадон туби кичик чаноқ кириш қисмининг юзасидан юқорига ўтмаган ва тепага ҳамда олдинга қараган, бачадон бўйнининг қин қисми — пастга ва орқага қараган, бачадоннинг ташқи оғзи эса интерспинал юза сатҳида орқа гумбаз соҳасида қин деворига ёндошиб туради. Бундай ҳолатда бачадон танаси ва бўйни битта сатҳда туради (антеверзио) ёки кўпинча бачадоннинг танаси билан бўйни ўртасида олдинга очилган ўтмас бурчак ҳосил бўлади (антефлексио). Шундай қилиб, бачадоннинг типик вазияти антеверзио — флексио ҳолатида бўлади.

Аёлнинг ички жинсий органлари вазияти барқарор бўлмайди. Аксинча, соғлом аёллар учун жинсий органларнинг физиологик ҳаракатчанлиги кўпроқ типик ҳолдир, бу — гавда вазияти ўзгариши, қовуқ ва тўғри ичакнинг тўлиб туриши, организмнинг физиологик тонуси, ҳомиладорлик, ёш ва бошқа айрим факторлар билан боғлиқдир. Аммо вақтинча силжиган жинсий органлар нормал шароитларда ўзича яна асли ҳолатига қайтади.

Жинсий органларнинг нормал вазияти бир неча факторларнинг ҳамкорликдаги ҳаракатидан келиб чиқади. Аввало, нерв системаси ҳолати жинсий гормонлар ишлаб чиқарилиши ва кичик чаноқ гемодинамикасига боглиқ бўлган жинсий органларнинг ўз тонуси катта роль ўйнайди. Шунинг учун жинсий гормонлар ишла-

ниб чиқишининг бузилиши, нерв системасидаги патологик ўзгаришлар, айниқса, чаноқ органлари иннервациясидаги ўзгаришлар, шунингдек, нормал қон айланишидаги бузилишлар оқибат-натижада бачадон ва унинг ортиқлари вазияти ўзгариб қолишига олиб келиши мумкин. Бачадон ва ортиқларининг физиологик вазиятини сақлашда бачадоннинг тутиб турувчи таянч ва мустаҳкамловчи аппарати ҳал қилувчи роль ўйнайди.

Бачадон вазияти аномалиялари орасида биз кузатаётган мазкур беморда мавжуд бўлган патологик антефлексиянинг роли катта. Бундай бачадон вазияти турига бачадон танаси билан бўйни оралиғидаги бурчак одатдагидан кичик, яъни 70° дан кам бўлган бачадон вазияти киради. Бунда бачадон бўйнининг бўйлама ўқи олд томондан ва пастдан орқага ва юқорига йўналиб, қиннинг бўйлама ўқига тўғри келади. Бундай беморларда бачадон бўйнининг қин қисми конуссимон шаклда, бўйнининг ўзи эса бирмунча қисқарган бўлади. Бачадон танаси бир оз кичик тортиб, қин гумбази текислашган бўлади. Баъзи бир аёлларда бачадон бўйни қисқа тортиш ўрнига, аксинча, узунлашиб қолади. Бу хилдаги барча белгилар генитал ва умумий инфантилизм учун жуда характерлидир.

Айтиб ўтилганлардан амалий жиҳатдан қуйидагича хулоса чиқариш жуда муҳим: бачадоннинг патологик антефлексияси мустақил касаллик эмас, балки аёл организми ривожланишидаги умумий бузилишларнинг битта кўринишидир, холос. Бачадоннинг гиперантефлексияси камдан-кам ҳолларда хроник яллиғланиш билан боғлиқ бўлиб, бунинг оқибатида думғаза-бачадон бойламлари қисқа тортиб қолган бўлади. Бундай ҳолларда бачадон фақат орқага силжиб қолмай, балки бунда бир вақтнинг ўзида бачадон бўйни билан танаси ўртасида ўткир бурчак вужудга келади. Бачадон вазиятининг бундай аномалияси келиб чиқишида ўсма бундан ҳам кам учрайдиган сабаб ҳисобланиб, ўсма бачадон танасининг орқа юзасини унинг туби соҳасида босиб туради.

Бизнинг беморда анамнез маълумотларини анализ қилиш ундаги бачадон гиперантефлексиясининг келиб чиқиши, асосан, умумий ва генитал инфантилизм билан боғлиқ, дейишга имкон беради. Ҳайз кўриш функциясининг типик бузилишлари, икки йил мобайнида бўйида бўлмаслик биринчи галда шундан дарак бериб турибди.

Бачадоннинг патологик антефлексиясида тинка-ма-

дор қуриши, бош оғриши, думғаза соҳасидаги тортиб оғришлар, ҳайз кўриш функциясининг издан чиқиши ва бўйида бўлмаслик энг муҳим симптомларга киради. Ҳайз кўриш циклининг издан чиқиши ҳаммадан ҳам характерлидир. Одатда ҳайз кеч, оз-оздан келади, кам-дан-кам ҳолларда кўп ва оғриқли бўлади, кўпинча, 2—3 ҳафталаб кечикиб келади, ҳайз кўриш цикли тез маромига тушиб кетмайди (бир неча йиллардан кейин маромига тушади). Беморни функционал диагностика тестлари бўйича текшириб кўрилганда ановулятор циклар ёки лютеин фазасининг етишмаслиги билан бирга кечадиган икки фазали ҳайз циклининг кўпроқ учраши аниқланади.

Кўп беморларнинг мижози суст бўлади, бу асосан эстероген гормонлар етарли ишланиб чиқмаслиги билан боғлиқдир. Кўпинча бўйида бўлмаслик кузатилиб, бу — функционал характерга эга бўлади ва асосан тухумдонлар функциясининг бузилишига боғлиқ бўлади. Бўйида бўлиш ҳолларида, кўпинча, ўз-ўзидан барвақт (6—7 ҳафталигида) бола ташлаш (аборт) юз беради. Бачадон гиперантефлексияси бўлган беморларда бачадондан ташқарида бўйида бўлиш кўпроқ учрайди, бу буралган ва нисбатан узун бачадон найлари перистальтикасининг сустлиги билан боғлиқдир.

Аёллар консультациясининг акушеркасига медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган аёлда ҳайз келиш пайтида қаттиқ оғриқ туриши альгодисменорея энг муҳим симптом эканлигини қайд қилиб ўтиш керак. Илгарилари бу симптомнинг юзага келишини бутунлай механик факторлар (бачадон бўйни ва танасининг кескин букилиши, цервикал каналнинг торлиги оқибатида ҳайз қони чиқиб кетишининг қийинлашуви) билан боғлашар эди. Бундай тўсқинликларни енгиш учун ва бачадон бўшлиғидан шиллиқ пардани чиқариш учун бачадонда кучли қисқариш ҳаракатлари бўлиши зарур. Шу хилдаги кучли бачадон қисқариши беморларга қорнининг пасти ва бел соҳасида кучли оғриқ бўлиб сезилади.

Бироқ кейинчалик иложи борича чуқур текшириш натижасида шу нарса аниқландики, альгодисменорея генезида механик факторнинг фақат қисман роли бор экан. Жинсий органлар инфантилизмида оғриқ синдроми, асосан, ташқи муҳитдан ва жинсий органлардан келадиган таъсирланишларга сезувчанликнинг ортиб кетишини белгилаб берадиган нерв системасининг анча лабиллигига боғлиқ. Гормонал баланс бузилишининг ҳам мазкур симптомнинг келиб чиқишида роли бор.

Бачадон гиперантефлексиясига ва, умуман, генитал инфантилизмга хос бўлган альгодисменорея фақат овулятор цикларда юзага чиқишини назарда тутиш керак. Ановуляция бу хилдаги симптомлар билан бирга кечмайди, биз кузатаётган беморда ҳайз ҳамма вақт ҳам рўй-рост оғриқли характерда келмаганини шу факт билан тушунтириш мумкин. Ушбу симптомни назарда тутиб, ретроспектив равишда ҳисоблаш мумкинки, унда бундан олдинги цикл овулятор цикл бўлган.

Гиперантефлексия диагнози, одатда, айтарли қийинчилик туғдирмайди. Бемор медицина ёрдами сўраб мурожаат этган акушерка, аввало, анамнезнинг ўзига хос томонларига (ҳайз кўриш циклининг типик бузилишлари, бўйида бўлмаслик) эътибор бериши керак эди. Қин орқали текшириб кўрилганда генитал инфантилизмнинг характерли белгилари ва бачадоннинг нотўғри вазияти (гиперантефлексия) аниқланади. Бордию, беморда думғаза-бачадон бойламлари қисқа тортиб қолган бўлса ва унинг оқибатида бачадоннинг патологик антефлексияси келиб чиққан бўлса, бу ҳолда диагноз ректовагинал текширишда қўйилади. Шу билан бирга думғаза-бачадон бойламлари қисқа тортиб қолишининг асосий сабаби — хроник цервицит борлигини назарда тутиш лозим.

Оғриқли симптомларнинг диагнозини ва сабабини аниқлашда, шунингдек, бемор организмининг умумий ривожланганига ва унинг конституционал хусусиятларига қунт билан эътибор бериш керак. Биз кузатаётган аёлда генитал инфантилизм белгилари билан бир қаторда организмининг ривожланишида умумий норасолик аломатлари (танасининг астеник тузилганлиги, гавда оғирлигининг камлиги) ҳам бор. Шунинг учун ҳам биз генитал инфантилизм ҳақидагина эмас, балки, афтидан, умумий инфантилизм ҳақида ҳам гапиришга ҳақлимиз.

Беморни функционал диагностика тестлари бўйича текшириш диагнозни ойдинлаштириб олишга имкон беради. Бунинг учун (ҳайз келмай турган пайтда) бир неча ой давомида базал температурани ўлчаб бориш, гинекологик кўздан кечириш пайтида эса 3 кунда 1 марта қорачиқ симптомининг қанчалик юзага чиққанлигини қайд қилиб бориш ва цитологик текшириш учун қиндан суртма олиш керак.

Олинган маълумотларга баҳо беришда шуни назарда тутиш керакки, бундай аёлларнинг маълум процентида ҳайз кўриш цикли икки фазали (овулятор) бўлар

экан, бироқ циклнинг биринчи фазасида ҳам, шунингдек, иккинчи фазасида ҳам етишмовчилик одатдагидан кўпроқ учраб туради. Ҳайз кўриш циклининг биринчи фазаси етишмовчилиги ҳақида қорачиқ симптомининг суст юзага чиққанлиги (+, + +) ва кариопикнотик индекснинг пастлиги (20—30 %дан юқори эмас) бўйича ҳукм чиқарилади. Циклнинг иккинчи фазаси етишмовчилигини шу фазада базал температуранинг бироз кўтарилишига асосланиб аниқланади. Бир фазали ҳайз кўриш циклида типик монофазали базал температура, қорачиқ симптомининг узоқ вақт юзага чиқиб туриши ва кариопикнотик индекснинг ҳар хил кўрсаткичлари қайд қилинади; кариопикнотик индекс кўрсаткичлари организмнинг эстроген гормонларга қанчалик тўйинганлигига қараб ўзгариб туради; бу — тўйинганлик фолликуллар атрезиясида ва персистенциясида ҳар хил характерда бўлади.

Аёллар консультацияси шароитида функционал диагностика тестлари бўйича беморларни дастлабки текшириш, агар беморни касалхонага ётқизишга шошилинч зарурият (қаттиқ оғриқ синдроми, қон кетиш ва ҳоказо) бўлмаса, унинг стационарда ётиш муддатини бирмунча қисқартиради ва олиб борилаётган давонинг таъсирчанлигини оширади.

Альгодисменорея кўпинча яна қандай касалликларга қўшилиб келади? Бу масаланинг дифференциал диагнозга бевосита алоқаси бор ва шунинг учун ҳам махсус кўриб чиқишни талаб этади.

Ҳайзнинг оғриқ билан келиши кўпинча бачадон ретрофлексиясида қайд қилиниб, бу ҳам, кўпинча, генитал ёки умумий инфантилизм оқибати ҳисобланади. Бундан ташқари, бачадон вазиятининг бу аномалияси, айниқса қўзғолмас характерда бўлса, кичик чаноқдаги яллиғланиш процесслари натижасида келиб чиқади. Бачадон гиперантефлексиясини қин орқали ёки тўғри ичак орқали қунт билан текшириб, ретрофлексиядан дифференциациялаб олиш унчалик қийин эмас.

Альгодисменорея — бачадон, тухумдонлар ва ретроцервикал клетчатка эндометриозининг етакчи клиник симптомидир. Мазкур қўлланманинг махсус бўлими шу касалликка бағишланган. Бу ўринда фақат шуни кўрсатиб ўтамизки, ички эндометриозда бачадон ҳамма вақт гиперантефлексия вазиятида эмас, балки тўғри вазиятда туради ва одатда унинг ўлчамлари катталашган, типик шарсимон шаклда бўлади. Гистерография қилиб кўрилганда миометрий бағрида янгидан ҳосил

бўлган эндометриал йўллар ва лакуналарга контраст модда тушиши натижасида келиб чиққан специфик, контур ортидаги соялар қайд қилинади. Гистероскопиядан фойдаланилганда диагнозни аниқлаш осонлашади.

Тухумдонлар эндометриози диагнозини бачадон ортиқлари соҳасида кам ҳаракатчан, қалин капсулага ўралган зич ўсмасимон тузилмалар топилишига асосланиб қўйилади. Ретроцервикал клетчатканинг зарарланганлигини қин орқали ва, яхшиси, ректал ёки ректовагинал текширишда аниқланади.

Бирламчи альгодисменорея диэнцефал соҳадаги патологик процесслар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундай беморларда оғриқ реакцияси минерал ва углеводлар алмашинувининг турли хил нейроэндокрин бузилишлари, катехоламинлар, жинсий гормонлар, кортикостероидлар экскрецияси бузилиши ва бош мия пўстлоғининг биоэлектрик активлиги ўзгариб қолиши билан кечади. Гормонларни тери орасига юбориб синама ўтказилганда бундай беморларнинг 70% ида эстрадиол ва прогестеронга сезгирлик ошиб кетганлиги малум бўлади. Шуниси характерлики, эстрадиол-дипропионат ва прогестерон микродозасини тери орасига бир марта юборишнинг ўзидаёқ ҳайз кўриш циклининг иккинчи фазасида (3 цикл мобайнида) кўп беморларни, одатда, даволаб юборишга ва уларда модда алмашинуви бузилишларини нормага келтиришга эришилади.

Қамдан-кам ҳолларда ҳайз келаётганда эндометрийнинг функционал қатлами бўлак-бўлак бўлиб эмас, балки яхлит парда ҳолда бир йўла кўчиб тушади. Бу десквамация процессининг бузилиши тухумдонлар функциясининг ўзига хос бузилиши билан боғлиқдир. Бачадондан ферментлар эритиб улгурмаган ажралмаларнинг келиши, одатда, қаттиқ оғриқ билан кечади.

Бачадоннинг альгодисменорея билан кечаётган патологик антефлексиясини даволаш уни пайдо қилган асосий сабабни бартараф этишга қаратилиши керак. Қаттиқ оғриқ синдроми борлиги беморни касалхонага ётқизиб, ҳар томонлама гинекологик, эндокринологик текширувдан ўтказишни ва оғриқли ҳайз кўриш билан кечадиган бошқа касалликларни истисно қилишни тақозо этади.

Инфантилизм ва тухумдонларнинг функцияси издан чиқиши билан боғлиқ гиперантефлексияда умумий қувватлантирувчи даволаш воситалари (сервитамин парҳез овқат, даволаш физкультураси, санаторий-курорт) тавсия қилинади. Кичик чаноқ органларида қон айла-

нишини нормага келтирувчи турли хил физиотерапия усуллари кенг тарқалган. Жинсий гормонлар препаратларига (эстроген, прогестеронга) катта ўрин берилади; уларни, одатда, жинсий органларнинг ўсиб етилмаганлик даражасига ва ҳайз кўриш функциясининг бузилиш характерига қараб буюрилади. Эстроген гормонлар препаратларини қўлланиш жинсий аппаратнинг ўсиб етилишига, гиперантефлексия ҳодисаларининг камайишига имкон беради. Жинсий инфантилизмнинг нечоғлик юзага чиққанлигига қараб ё фақат эстрогенлар буюрилади, ёки аввал эстрогенлар тайинлаб, кейин прогестерон юборишга ўтилади (циклик гормонотерапия). Бундай даволаш ва унинг методлари ҳақидаги кўрсатмаларни врач ҳал қилади. Ўрта медицина ходимлари врач буюрганларини бажаришга мажбурдирлар.

Бачадон патологик антефлексиясининг профилактикаси гўдаклик ёшидан бошлаб, айниқса, қизларнинг балоғатга етиш даврида жинсий органларининг ривожланишдан орқада қолишининг олдини олишга қаратилган тадбирларга асосланади.

III БОБ

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИ

БАЧАДОН НАЙИДАГИ БУЗИЛГАН ҲОМИЛАДОРЛИК

Бемор У. 26 яшар, ўнг чов соҳасида вақти-вақтида такрорланиб турадиган оғриқ, кўнгил айниши, бош айланиши, жинсий органларидан лозимга юқадиган даражада қонли ажралма келишидан шикоят қилиб, 1980 йил 15 ноябрда район касалхонасининг гинекология бўлимига олиб келинган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида касал бўлмаган. Қатта бўлганида зотилжам ва грипп билан оғриган. 15 ёшидан бошлаб ҳайз кўра бошлаган, тез маромига тушган. Ҳар 23—25 кунда келиб 4—5 кун давом этади, оғриқсиз, ўртача меъёрда келади. Охирги марта 1980 йил 6—11 октябрда ўз муддатида келган. 20 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 30 ёшда, соғлом.

Икки марта бўйида бўлган: биринчиси муддатидан олдин туғиб қўйиш билан асоратсиз тугаган, иккинчиси сунъий аборт билан тугаган. Абортдан сўнг бачадон ортиқлари яллиғланган, физиотерапевтик муолажалар олиб даволанган, Қасаллиги зўраймаган. Кейинги 2 йил ичида бўйида бўлишдан сақланмайди.

Ушбу касаллик тарихи. Ноябрда ҳайз келмай қолган, бемор ўзини ҳомиладор бўлдим деб ўйлаган. Аммо 14 ноябрь куни жинсий йўлларидан озгина қон келган, буни бемор ҳайз кўрдим деб ўйлаган. 14 ноябрдан 15 ноябрга ўтар кечаси ўнг чов соҳасида оғриқ турган, кўнгли айниган. Бир неча марта ҳожатга сохта эҳтиёж сезган. 15 ноябрда оғриқ кучайган, қусиш ва бош айланиши қайд қилинган. Жинсий йўлларидан қон келиши кучаймаган.

Умумий ва махсус текшириш олинган маълумотлар. Бемор бўлимга олиб келинганида аҳволи қониқарли бўлган. Температураси 37,1°. Томири минутига 76 марта уради, ритмик, тўлишуви қониқарли. Тери қопламлари ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардаларининг ранги одатдагича. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 115/75 мм. Юрак-томирлар системаси ва ўпкасида патологик ўзгаришлар топилмади. Қориннинг олдинги девори нафас актида қатнашиб турибди. Пайпаслаб кўрилганида ўнг ёнбош соҳасида оғриқ борлиги қайд қилинди. Шчёткин — Блюмберг симптоми манфий. Перкуссия қилиб кўрилганда перкутор товушнинг ўзгарганлиги қайд қилинмади.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлар ва қинда айтарли ўзгаришлар йўқ, бачадон бўйни цилиндр шаклида. Кўзгу солиб кўрилганида бачадон бўйнининг қин қисми шиллиқ пардасида бир оз цианоз борлиги аниқланди. Ташқи оғзидан ўртача миқдорда қорматир қон ажралиб туриши қайд қилинади. Бачадон антефлексия ҳолатида, сал катталашган, ноксимон шаклда, бирмунча юмшоқ тортган, ҳаракатчан, олдинга сурилганда оғрийди.

Чап бачадон ортиқлари катталашмаган, у жойлашган соҳада ҳам оғриқ йўқ. Бачадоннинг ўнг ва орқа томонида хамирсимон консистенцияли, катталашган ва оғриқли бачадон ортиқлари қўлга уннайди. Қин орқа гумбази пайпасланганда огриқ қайд қилинади.

Қандай диагноз қўйиш мумкин? Мазкур патологияни қандай касалликлардан дифференциациялаш лозим? Давоси қандай?

Анамнез маълумотлари ваа беморни кўздан кечиришда олинган маълумотларга асосланиб унда бачадон найи аборти типида узилган ўнг томонлама бачадон найидаги ҳомиладорлик бор, деб тахмин қилиш мумкин.

Мазкур касалликнинг моҳияти нимадан иборат? Бу патология учун анамнездаги қандай маълумотлар ва клиник манзара характерли?

Ватанимиз муаллифларининг тўпланган статистикасига кўра мазкур патологиянинг сони гинекологик касалликларнинг умумий сонига нисбатан 1—3 % ни ташкил қилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликда ҳам, бачадондаги ҳомиладорликда ҳам аёл организмида бир қатор ўзгаришлар юзага келади. Ҳайз келмай қўяди, бачадон бирмунча катталашади, юмшоқ тортади, қин ва бачадон бўйни шиллиқ пардаларида оз-моз цианоз пайдо бўлади. Бачадон шиллиқ пардасида децидуал ўзгаришлар юз беради.

Аммо бачадон найидаги ҳомила тухумининг ривожланиши бачадондагига қараганда бошқача шароитларда ўтади. Най шиллиқ пардасининг децидуал ўзгариши росмана юзага чиқмайди ва, ҳатто, мутлақо ўзгармаслиги ҳам мумкин. Децидуал тўқиманинг бўлмаслиги шунга олиб келадики, кириб борган хорион ворсиналари нисбатан тез орада шиллиқ парданинг ўзини ҳам, шунингдек, найнинг юпқа мускул деворини ҳам емиради. Бинобарин, ҳаммага маълум бўлган ибора билан айтганда «ҳомила тухуми най деворига ин қуриш билан бирга ўзига гўр ҳам қазийди».

Бачадон найидаги ҳомиладорлик аҳён-аҳёндагина охиригача боради. Кўп ҳолларда у ҳомиладорликнинг 4—8-ҳафталарида узилади, бу — кўпинча аёллар соғлиғига ҳамда ҳаётига таҳдид солувчи ички қон кетишлар билан бирга кечади. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик бачадон найи ёрилиши ёки ҳомила халтасининг най тешигига қараган томони тешилиши оқибатида узилади. Тухум ва қон лахталаридан кенгайган най қисқара бошлайди ва ҳомила тухумини қорин бўшлиғига ҳайдайди.

Ҳомила тухумининг нобуд бўлиши ҳомиладорлик сариқ танасининг орқага қайта ривожланиши билан бирга кечади, натижада, бачадоннинг децидуал пардаси кўчиб туша бошлайди ва бу жинсий йўллардан қорамтир қон келиши билан ўтади.

Ўсиб борувчи (бузилмаган) бачадон найидаги ҳомиладорлик бошланғич муддатларида, одатда, бачадондаги нормал ҳомиладорликдаги каби симптомлар билан намоён бўлади. Анамнезида, кўпинча, яллиғланиш касалликлари, инфантилизм ва турли хил муддатларга чўзилиб кетган бўйида бўлмаслик белгиларини топиш мумкин.

Аввалига бачадон ҳомиладорликнинг муддатига яраша катталашган бўлади, аммо кейинчалик унинг размерлари ҳайз кечикиб қолиш муддатига мувофиқ бўлмай қолади, ўсиб борувчи бачадон найидаги ҳомиладорликнинг нормал ҳомиладорликдан фарқи шуки, бунда икки қўллаб текширилганда бачадон консистенцияси деярли ўзгармагани қайд қилинади. Бачадон бўйни жуда юмшаб кетишидан иборат Горвиц — Гегар белгиси ҳам рўй-рост юзага чиқмаган ёки умуман бўлмайди. Бачадон ёнида, кўпинча, орқа томонида консистенцияси юмшоқроқ, деярли оғримайдиган, колбасимон шаклдаги ўсмасимон тузилма қўлга уннайди.

Шуни унутмаслик лозимки, бунга ўхшаш тузилма яллиғланган характерда бўлиши ёки кистасимон ўзгарган тухумдонга ўхшаб қолиши ҳам мумкин. Шунинг учун ҳам ўсиб борувчи бачадон найидаги ҳомиладорликка бошланғич муддатларида аниқ диагноз қўйиш деярли мумкин эмас. Анча кеч муддатларда бачадоннинг катталашиши ҳайз тўхталиб қолиш муддатига тўғри келмай қолади, бачадон ортиқлари ўсмасимон тузилмасининг ўлчамлари эса катталашиб бориб, ҳомиладорликнинг 7—8-ҳафталарида рўй-рост билиниб туради, яъни бу пайтда найдаги ҳомиладорлик узилади.

Ушбу бемор анамнезида бачадон найидаги узилган ҳомиладорлик учун характерли белгилар кўп. Аввало, абортдан кейинги давр асоратли кечганига, унинг оқибатида, иккиламчи бўйида бўлмаслик вужудга келганига эътибор бериш керак. Абортдан кейин бачадон ортиқларининг яллиғланиши, кўпинча, аёлларнинг жинсий йўлларига септик инфекция қўзғатувчилари кириши оқибатида келиб чиқади, септик инфекция кўп аёлларда бачадон найларининг вақтинча беркилиб қолишига олиб келади, бу эса яллиғланишга қарши олиб борилган даво таъсирида аста-секин бартараф этилади.

Бизнинг беморда найдаги ҳомиладорлик 5 ҳафтагача ўсиб борган. Ҳомиладорлик узилганлигининг дастлабки белгилари 13 ноябрда жинсий йўллардан оз-моз қон келиши билан юзага чиққан, буни аёл янглишиб ҳайз келди, деб ўйлаган. Кўп ўтмай, бунга қорин пастида тўғри ичак соҳасига тарқаладиган оғриқ қўшилган. Кўнгил айниши ва қусиш қуйилган қондан қорин пардаси нерв охирлари таъсирлана бошлаганлигидан гувоҳлик беради.

Ички қон кетиши, афтидан, олдинига унча кўп бўлмаган, чунки йўқотилган қоннинг беморнинг умумий аҳволига, тери ва шиллиқ пардалар рангига, пульс сонига ҳамда артериал босим миқдорига таъсири сезилмаган.

Қин орқали текшириб кўрилганда ўнг томонлама найдаги ҳомиладорликка хос ўзгаришлар топилди. Мазкур беморда шок ва коллапс билан кечадиган кучли ички қон кетишининг бўлмаслиги найнинг ёрилиш эҳтимоли ҳақидаги тахминни маълум даражада, гарчи бу мезон етарлича аниқ бўлмаса-да, инкор этишга имкон беради.

Демак, узилган ўнг томонлама бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик (найдаги аборт типи бўйича) борлиги унчалик шубҳа туғдирмайди. Бироқ практика шуни кўрсатадики, найдаги аборт диагнозини қўйишдагидек кўп хатоликлар қорин бўшлиғи органлари касалликларига қўйиладиган бирорта ҳам диагнозда учрамайди.

Шунинг учун акушерка ёки фельдшер, айниқса, мустақил ишлаган пайтларида найдаги абортни, кўпинча, ўткир қорин симптомлари билан кузатиладиган энг кўп учраб турадиган касалликлардан дифференциялашни билиши керак.

Найдаги бузилган ҳомиладорликни, биринчи навбатда, бачадондаги ҳомиланинг тушиши, аппендицит, бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланиши, тухумдон кисталари оёқчаларининг буралиб қолиши ва тухумдон апоплексиясидан ажратиш керак.

Бачадондаги ҳомила тушишида ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан бузилиши одатда 8—12 ҳафтада содир бўлади. Унинг учун асосан қорин пасти ва думғаза соҳасида дард тутганга ўхшаб кетадиган зўрайиб борувчи оғриқ туриши характерлидир. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда оғриқ олдинига чап ёҳуд ўнг чов соҳасида қайд қилинади ва ташқи жинсий органлар ҳамда тўғри ичак соҳаларига тарқалиб, кўпинча, эс-ҳушнинг хиралашуви ёки йўқолиши билан кечади. Коллапс ва шок манзараси аста-секин кучайиб боради.

Бачадон абортида ташқарига кўплаб қон кетади, қон ранги қирмизи қизил, лахта-лахта бўлади, қонсираш йўқотилган қон миқдорига тўғри келади. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда бемордан келаётган ажралма деярли ҳамма вақт қорамтир қон бўлиб, кам миқдорда бўлади, камқонлик даражаси эса ташқарига оқиб чиққан қон миқдорига тўғри келмайди.

Ҳомила тухуми қисмларининг хорион ворсинкалари билан бирга кўчиб тушиши бачадондаги ҳомила тушишига хосдир. Уларни, айниқса, сувли стаканга солиб, ёруғликка тутиб кўздан кечирилганда ворсиналари яққол кўринади. Бачадон ўлчамларининг катталашуви ҳайз кечикиб қолган муддатига мос, бачадондаги ҳомиладорлик белгилари яққол кўринади, бачадоннинг ташқи оғзи очиқ бўлади. Найдаги абортда бачадондан децидуал тўқима бўлакчалари ажралиб чиқади ва уларни стакандаги сувга солиб ёруғликка тутиб қаралганда характерли ворсинкаларни топиб бўлмайди. Бачадон ўлчамлари ҳайз кечикиб қолиши муддатига мос келмайди, ҳомиладорлик белгилари (Горвиц — Гегар, Снегирев белгилари ва бошқалар) унчалик юзага чиқмаган бўлади. Бачадоннинг ташқи оғзи берк. Қорин, кўпинча, пича дам бўлган, қориннинг олдинги девори мускуллари таранглиги айтарли эмас.

Аппендицит бўлган беморларнинг бачадон билан бачадон ортиқлари катталашмаган, гумбази бўш. Аппендикуляр инфильтрат (агар у бўлса), одатда, пупарт бойламидан нисбатан юқорида жойлашган бўлади ва қин орқали текшириб кўрилганда унга деярли қўл етмайди. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни аппендицитдан ажратишда Промптов белгиси ҳам ёрдам беради. У шундан иборатки, аппендицитда беморни тўғри ичаги орқали текшириб кўрилганда тўғри ичак-бачадон бўшлиғи соҳасида қаттиқ огриқ туради, айни пайтда бачадон бўйнининг қин қисмига тиралиб турган бармоқ билан бачадонни силжитиш деярли оғриқ бермайди. Бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорликда аксинча ҳолат кузатилади: бачадонни бармоқ билан кўтариш қаттиқ оғриққа сабаб бўлади, бачадон-тўғри ичак тубини босиш ёқимсиз сезги қўзғатмайди.

Ниҳоят, аппендицитда қон манзараси (лейкоцитоз бўлиши ва қизил қоннинг ўзгармаслиги) муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Найдаги абортни бачадон ортиқлари яллиғланишидан дифференциал диагностика қилишда катта қийинчиликлар туғилиши мумкин.

Шуни назарда тутиш керакки, бачадон ортиқларининг яллигланиши, одатда, жинсий ҳаёт бошлангандан кейин, аборт ёки туққандан сўнг пайдо бўлади. Вақтивақти билан қўзиб туриши эса, кўп ҳолларда, аёлнинг тинка-мадори қуриб юриши, совқотиши ва бошқа кўнгилсиз таъсиротлар билан боғлиқ бўлади.

Бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси учун тарқоқ симиллаган оғриқ туриши, қўзиш процессида оғриқнинг кучайиши характерлидир. Бош айланиши ва ҳушдан кетиш ҳоллари бўлмайди. Қин орқали текшириб кўрилганда, одатда, бачадон катталашмаган, ортиқлари эса, кўпинча, ҳар иккала томонда катталашган бўлади. Ортиқлари катталашган бачадоннинг консистенцияси зич ва зич-эластик, контурлари аниқ бўлади. Борди-ю, кейинчалик яллиғланиш процесси ним ўткир ёки хроник босқичга ўтса, у ҳолда такрор кўздан кечирилганда ортиқларнинг кичрайганлиги қайд қилинади.

Тухумдон кисталари оёқчаларининг буралиб қолиши, найдаги ҳомила тушиши каби, одатда, ўткир қорин оғриғи симптомлари билан кечади. Бу иккала касалликни дифференциал диагностика қилишда анамнездаги тухумдон кистасига ишора қилувчи белгилар борлиги, ҳомиладорлик белгиларининг бўлмаслиги ва жинсий йўллардан қон келмаслиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадоннинг ёни билан орқа томонида юмалоқ кистасимон тузилма (ўсма) топилади. У пальпация қилиб кўрилганда ва айниқса уни силжитмоқчи бўлинганда оғриқ беради. Ҳомиладорликда киста оёқчалари буралиб қолишига диагноз қўйиш алоҳида қийинчилик туғдиради.

Тухумдон апоплексиясида жуда кўп симптомлар бачадон ташқарисидаги узилган ҳомиладорлик симптомларига ўхшашки, булар доимо диагноз қўйишда хато қилишга сабаб бўлади. Кўпчилик ҳолларда тухумдон сариқ танасидан унда томирлар ҳосил бўлиши пайтида қон кетади. Бу, одатда, ҳайз кўриш циклининг иккинчи фазаси бошланишига тўғри келади. Бинобарин, тухумдонга қон қуйилганда ҳайзнинг кечикиб қолиши, одатда, юз бермайди. Қин орқали текширилганда қайд қилинадиган ҳомиладорликнинг бошқа белгилари бўлмаслиги ҳам характерлидир.

Биз кузатаётган бемор аҳволининг қониқарли бўлиши ва анемизация (қонсизланиш) белгиларининг йўқлиги стационар шароитида қин орқа гумбазини пункция қилиш ҳамда ҳомиладорликка иммунологик реакция қўйишга ва диагнозни аниқлашга имкон беради.

Бемор пункция қилишга тайёрланди. Пункцияда лахталар аралаш қорамтир қон олинди. Шундай қилиб, ўнг найдаги узилган ҳомиладорлик диагнози тасдиқланди. Бундай шароитларда иммунологик реакция қўйишга ҳожат қолмайди, чунки диагноз бусиз ҳам равшан бўлди.

Бемор зудлик билан операция хонасига ётқизилди. Операция пайтида қорин бўшлиғидан 300 мл атрофида лахталар аралаш қорамтир қон олинди. Бачадон найининг ампуляр бўлими йўғонлашган ва қизарган экан. Найнинг ампуляр охирида бир оз қон лахтаси бор эди. Бачадон найи олиб ташланди. Операциядан кейинги давр асоратсиз ўтди.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон ташқарисидаги ҳомиладорлик туфайли операцияни бошидан кечирган беморлар реабилитация тадбирлари ўтказилишига муҳтож бўлишади. Бунинг сабаби шуки, бундай беморларнинг 50 процентида қолдирилган бачадон найи талабга жавоб бермайди ва операциядан кейин 70—80 % ҳолларда бўйида бўлмаслик кузатилади. Шунингдек, иккинчи найда ҳам такрор ҳомиладорлик рўй бериш хавфи борлигини (2—20% беморларда) ҳисобга олиш керак.

Найдаги ҳомиладорликнинг этиологиясида яллиғланиш процессларининг етакчи ролини назарда тутиб, аввало, реабилитация тадбирлари, бачадоннинг қолган иккинчи найидаги яллиғланиш процессини даволашга қаратилиши лозим (гидротубация, ультратовуш билан даволаш ва ҳоказо). Бачадондан ташқарида ҳомиладорлик такрор рўй бериши хавфи борлиги туфайли аёл даволаниб юрган пайтида бўйида бўлишдан сақланиш чораларини кўриши шарт.

НАЙДАГИ УЗИЛГАН ҲОМИЛАДОРЛИК. БАЧАДОН ОРТИДАГИ ГЕМАТОМА

Бемор В., 25 яшар, қорнининг пастида оғриқ ва анчадан бери жинсий йўлларидан суркалувчан қорамтир қон келиши муносабати билан 1979 йил 18 октябрда медицина ёрдами сўраб мурожаат қилди.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар инфекцияларидан қизамиқ ва тепки билан оғриб ўтган. Катта бўлганда бир неча марта бачадон найлари яллиғланиши билан касалланган. 14 ёшидан ҳайз кўрган, ҳайзи 2 йилдан кейин маромига тушган. Ҳар 30 кунда келиб, 3—4 кун давом этади, дастлабки 2 кунида оғриқли бўлади, ўртача миқдорда келади. Жинсий ҳаёт бошлаганидан кейин, туқанидан ва абортлар қилдирганидан сўнг ҳам ҳайз кўриш цикли айтарли ўзгармаган. Охирги марта бундан 8 ҳафта илгари

ҳайз кўрган. Жинсий ҳаётни 19 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 30 ёшда, меъда ярасига чалинган.

2 марта ҳомиладор бўлган: биринчиси ўз муддатида ой-кунига тўлиб асоратларсиз туғилган, иккинчиси (2 йил олдин) сунъий аборт билан узилган. Абортдан кейинги даврда бачадон ортиқлари (икки томонлама) яллиғланган, бу, асосан, совқотиш ёки шамоллаш касалликлари таъсирида тез-тез қайталаниб турган. Бўйида бўлиб қолишдан мунтазам сақланмайди, сақланганда ҳам асосан жинсий алоқани узиб қўйиш билан сақланади. Оқчил келиб безовта қилмайди, қовуқ билан тўғри ичак функцияси издан чиқмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги 2 ой давомида ўзини касал ҳисоблайди. Ҳайз келиши бир неча ҳафта кечикиб қолган, аёл бўйимда бўлиб қолди деб ўйлаб, ҳомиладорлигини сақлаб қолмоқчи бўлган, врачга бормаган. Икки ҳафта олдин қорин пастида тўлғоққа ўхшаган оғриқ пайдо бўлган, бу оғриқ тўғри ичагига тарқалган. Район касалхонасининг врачига мурожаат қилган, у таҳдид солувчи аборт деб диагноз қўйган. Бўш ўрин бўлмаганлиги сабабли касалхонага ётқизилмаган. Прогестерон, витамин Е, ўринда ётиш режими тайинланган. Аммо даво олишига қарамасдан, кўп ўтмай оғриққа қиндан қорамтир қон келиши қўшилган. Гинеколог қайта текширганда бачадон ривожланишдан (тахмин қилинган ҳомиладорлик муддатидан 2 ҳафта кам) орқада қолаётганлиги аниқланган. Бачадон ортиқлари ҳар иккала томонда, кўпроқ, чапда катталашганлиги қайд қилинган. Бошлаган давони давом эттириш тавсия қилинган. Бироқ даволанишга қарамай, беморнинг аҳволи ўзгармай қолаверган. Қорни пастидаги оғриқ мунтазам безовта қилаверган, жинсий йўлларидан қора қон ажралиб турган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг қомати расо, тўлалиги қониқарли. Териси ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари оч-пушти рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Томоғи қизармаган. Тана температураси 36,9°. Қон томири минутига 76 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/80 мм. Упкаси билан юрагида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, оз-моз оқ караш боғлаган. Қорни нафас актида қатнашади, пальпация қилиб кўрилганда қуйи бўлимлари оғриқ беради. Чуқурроқ (босиб) пальпация қилинганда қовдан 2 бармоқ энича юқорида кичик чаноқ соҳасидан келиб чиқан инфильтратнинг юқори чегараси қайд қилинади. Инфильтратни пайпаслаганда оғрийди. Перитонеал симптомлар қайд қилинмайди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, кўзгу солиб кўрилганда эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи бачадон оғзи берк. Ундан пича қорамтир қон ажралиб турибди. Бачадони 5—6 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашган, бир оз юмшоқ, вазияти тўғри, пальпация қилиб кўрилганда оғримайди, устки юзаси текис. Ўнг томондаги ортиқлари битишмалар ҳосил қилган, аниқ чегараланмайди, чап ортиқлари ўлчами 10x12 см, консистенцияси зичроқ инфильтрат билан қўшилиб кетади. Инфильтрат нотўғри овал шаклда, пайпаслаганда оғриқ беради, бачадон ортидаги бўшлиқда жойлашган, унинг пастки қутби орқа қин гумбазини кўтариб туради. Орқа гумбазни босиб кўриш оғриқ беради.

Тахминий диагнози қандай? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш зарур? Давоси қандай? Касалликнинг анамнези, клиник манзараси, объектив ва қин орқали текшириб олинган маълумотларга асосланиб найдаги бузилган ҳомиладорлик ва бачадон орти гематомаси, деган тахминий диагноз қўйиш мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик диагнози ушбу ҳолда унчалик қийинчилик туғдирмайди, чунки беморда етарлича характерли анамнез бор. Ҳайз кўриш циклининг хусусиятларига (маромига тушиши 2 йилга чўзилганига) аҳамият бериш керак, бу жинсий органларнинг бир қадар ривожланмай қолганлиги (генитал инфантилизм) дан гувоҳлик бериши мумкин. Маълумки, инфантилизмда аёлларнинг бачадон найлари узун бўлиб, уларнинг перистальтик ҳаракати нисбатан суст бўлади. Бундай шароитда уруғланган тухум ҳужайра бачадонга келиш йўлида, яъни бачадон найида пайвандланиб қолади.

Бироқ ушбу ҳолда бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик этиологиясида оғирлашган аборт оқибатида келиб чиққан хроник сальпингит, афтидан, ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган. Сўзакка қарама-қарши ўлароқ, септик микроб флораси авж олганда (ушбу ҳолда яллиғланиш процесси келиб чиқишида худди шунинг роли бўлса керак) бачадон найларининг тешиги, кўпинча, бутунлай беркилиб қолмайди, бунинг оқибатида ўлчами жуда кичик сперматазоидлар учун эмас, балки бирмунча йирик, уруғланган тухум ҳужайра учун тўсиқлар пайдо бўлади.

Биз кузатаётган беморда касалликнинг клиник манзараси ҳам етарли даражада характерлидир. Найдаги ҳомиладорлик узилганлигининг дастлабки симптомлари ҳомиладорликнинг 6-ҳафтасида юзага чиқди, бу — ушбу патология учун ғоят типик саналади. Қорин пастидаги тўлғоқсимон оғриқ тўғри ичак соҳасига тарқалган. Қиндан чиқаётган қон оғриқ синдроми юзага келиши билан эмас, балки бир неча кундан сўнг пайдо бўлган, бу — ҳомила тухумининг бачадон найи деворидан аста-секин кўчиб тушганлигини кўрсатади (найдаги аборт). Худди шу найдаги абортда найдан оқиб тушган қон аста-секин бачадон орқасидаги бўшлиққа йиғилиб, кўпинча, гематома ҳосил қилади. Бунга қарама-қарши ўлароқ, най ёрилганида ичак-бачадон оралиғида гематома ҳосил қилмасдан тўғри қорин бўшлиғига кучли қон оқиши кузатилади.

Шунга эътибор бериш керакки, касаллик бошида

бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорлик, деган диагноз қўйилмаган эди, бу патологияда кўпинча шундай бўлади. Бироқ «бошланган аборт» га қилинган даво методик жиҳатдан тўғри олиб борилганига қарамай, наф бермаганини кўрсатиб ўтиш керак. Мазкур касаллик диагностикасида бу ҳолни ҳам назарда тутиш керак.

Ниҳоят, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка тўғри диагноз қўйиш учун касални гинекологик текширишдан олинган маълумотлар (кичик чаноқ соҳасидаги инфильтрат, бачадон ортидаги гематома борлигининг аниқланиши) катта аҳамиятга эга. Бачадоннинг катталашуви ҳайз муддати кечикиши ҳисобига тахмин қилинган ҳомиладорлик муддатига қараганда 2 ҳафтага камроқ бўлиб чиқди. Бинобарин, найдаги узилган ҳомиладорлик диагнози айтарли шубҳа туғдирмайди.

Бачадон ортидаги гематома патогенезига энди муфассал тўхталиб ўтамиз. Юқорида қайд қилинганидек, бу асорат, кўпинча, найдаги ҳомиладорлик узилганида — қорин бўшлиғига аста-секин қон йиғилганида келиб чиқади, бунда қон гематома ҳосил қилиб, ивиб қолади. Най ёригидан оқиб чиқаётган қон аввалига найнинг ўзи атрофида тўпланади ва шу ерда ивиб, бачадон ортидаги бўшлиққа оқиб тушмайди. Гематомага қорин бўшлиғидаги унга яқин турган органлар пайвандланиб қолади ва унинг атрофида фибриндан иборат капсула ҳосил бўлади. Натижада бачадон ёнида, кўпинча, унинг ёнбошида чўзиқ, қонга бўккан, атрофи қон лахталари билан ўралган найдан ташкил топган узунчоқ ўсмасимон тузилма ҳосил бўлади (перитубар гематома).

Баъзи ҳолларда қон фақат бачадон найи ичига қуйилиб, уни анча катталаштириб юборади. Бу ҳол, асосан, най қисман битиб қолганида ёки уни қон лахталари беркитиб қўйганида юзага келади ва бунда қон қорин бўшлиғига бемалол оқиб туша олмайди ва натижада қонли най ўсмасини ҳосил қилади (гематосальпинкс). Бундай ҳолларда бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик одатда ўткир ҳодисалар юзага чиқармай, ноаниқ клиник манзара билан кечади ва кўпинча, касаллик ойдинлашмай қолади.

Найдаги аборт туфайли қон анча миқдорда такрор кетганида қон ўз оғирлик кучи билан бачадон ортидаги чуқурликка тушиб, у ердаги ичак қовузлоғини юқорига суради. Қон аввалига суюқ бўлади, кейин қуюқлашиб, лахталар ҳосил қилади. Қорин пардасининг қондан

таъсирланиши фибринли суюқлик пайдо бўлишига сабаб бўлади, ичак қовузлоғи ва чарви ўзаро ва ҳосил бўлган гематома атрофига ёпишиб қолади, гематома бу пайтда қиннииг орқа гумбазини пастга суриб турган бўлади. Бачадон юқорига ва олдинга сурилади ва бирор томонга оғиб қолади. Гематома тепасида қалин капсулага ўхшаш фибриноз парда ҳосил бўлади.

Одатда, гематома бачадон, ичак қовузлоғи ва чарви билан яқиндан туташган бўлади ва катталашиб бориб, кичик чаноқдан ташқарига чиқиши ҳам мумкин. Бу «ўсма» да қон лахталаридан ташқари, нобуд бўлган ҳомила тухуми ҳам бўлади, у шу қадар ўзгариб кетган бўладики, операция пайтида уни топиб бўлмай қолади. Гематома составига ҳомила тухуми ҳайдаб чиқарилган, патологик жиҳатдан ўзгариб кенгайиб кетган бачадон найи ҳам киради.

Бачадон ортида ўсма ҳосил бўлишининг бу ерда тасвирланган манзарасини биз кузатаётган беморда қин орқали текшириб кўриб пайқалган ўзгаришлар билан қиёслаб кўриш мазкур ҳолда бачадон ортида гематома пайдо бўлган, деган дастлабки тахминимизни тўлиқ тасдиқлайди.

Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Бачадон ортидаги чуқурчада пайдо бўлган гематомани, биринчи навбатда, бачадон ортиқларидаги яллиғли тузилма, чаноқ перитонити ва ретрофлексияланган ҳомилали бачадондан ҳомила тушиши билан дифференциаялаб олиш керак.

Бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси ҳақида касалликнинг рўй-рост юзага чиққан клиник манзараси (қоринда қаттиқ оғриқ туриши, температуранинг кўтарилиши, пальпацияда қориннинг олдинги деворида оғриқ бўлиши, СОЭ нинг ошиши, лейкоцитоз ва бошқалар) гувоҳлик бериб туради. Бунда ҳомиладорлик ва камқонлик белгилари бўлмайди. Яллиғланиш процессида инфильтрат пайпаслаб кўрилганида қаттиқ оғриқ беради, ваҳоланки, бачадон ортидаги гематомада оғриқ камроқ бўлади. Гематома юмшоқ эластик консистенцияли бўлиб, узоқ вақтгача суркалувчан қорамтир қон келиши билан кечади, бачадон ортиқларининг яллиғланиш процессида эса бундай ажралмалар одатда бўлмайди.

Борди-ю, бачадон ортидаги гематоманинг йирингланиши юз берса, у ҳолда бу иккала касалликнинг дифференциал диагностикаси анча қийинлашади. Бунда беморнинг умумий аҳволи кескин оғирлашади. Темпера-

тураси баланд бўлади, гоҳ кўтарилиб, гоҳ тушиб туради (гектик температура), томир уриши тезлашади, перитонит симптомлари ривожлана бошлайди. Бундай ҳолларда қин орқа гумбазини пункция қилиб кўришгина диагнозни ойдинлаштириб беради.

Бачадон ортидаги чуқурчада инфильтрат, кўпинча, инфекциянинг бачадон ва унинг ортиқларидан ташқарига чиқиши (чаноқ перитонити) оқибатида экссудат тўпланишидан ҳосил бўлиши мумкин. Чаноқ перитонити учун ўткир клиник манзара (бемор умумий аҳволининг оғир бўлиши, қаттиқ оғриқ синдроми, баланд температура, эт жунжикиши, пайпаслаб кўрилганда қориннинг олд девори огриқ бериши, қориннинг пастки бўлимларидаги перитонит симптомлари, қин орқа гумбазининг кескин бўртиб чиқиши ва оғриқли бўлиши) ҳамма вақт характерли бўлади. Орқа гумбазни пункция қилиб кўрилганида бачадон ортидаги гематомадаги сингари қорамтир қон эмас, балки ҳар хил (сероз, сероз-йирингли) характердаги экссудат олинади.

Найдаги абортнинг айрим ҳолларида қонли ўсма фақат бачадон-тўғри ичак чуқурчасида жойлашганида уни янглишиб ретрофлексияланган ҳомилали бачадондаги ҳомила тушиши, деб ўйлаш мумкин. Бу ўринда қуйидаги маълумотларни эътиборга олиш керак. Бачадон ортида гематома ҳосил бўлишига олиб келган бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда қин орқали текшириб кўрилганида унинг орқа гумбазида анча кучли оғриқ қайд қилинади, қов устида бачадон танаси аниқланади, тўғри ичак орқали текшириб кўрилганида думғаза-бачадон бойламларининг бачадондан бошланиш жойи пастда туради. Сийдик ажратиш, одатда, издан чиқмайди. Оғриқ ва қон найдаги ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталарида, ҳомиладорлик узила бошлаши билан пайдо бўлади.

Бачадондаги ҳомила туша бошлаганида ретрофлексия ҳолатида бачадон ортидаги чуқурчада жойлашган ҳомилали бачадон танаси қиннинг орқа гумбази томонидан текшириб кўрилганида оғриқ бермайди. Нормада бачадон бўйни тепасида жойлашадиган бачадон танасини у ерда топиб бўлмайди. Тўғри ичак орқали қайд қилинадиган думғаза-бачадон бойламининг бачадондан бошланиш жойи баланд ётади. Ҳомиладорликнинг 3-ойида сийдик ажратиш қийинлашиб дизурик бузилишлар кузатилади. Айни вақтда жинсий йўллардан қон кела бошлайди. Оғриқ бўлмайди ёки кучсиз бўлади. Бачадондаги ҳомиладорликда ретрофлексия ҳолатидаги ба-

чадон чегараси аниқ-равшан қайд қилинади, бачадон ортидаги гематомада эса бачадон чегараси аниқ бўлмайди.

Шундай қилиб, юқорида кўрсатиб ўтилган касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш найдаги узилган ҳомиладорлик оқибати сифатида бачадон ортида гематома ҳосил бўлган, деган дастлабки диагнознинг тўғрилигига бизни кўпроқ ишонтиради.

Қиннинг орқа гумбази орқали пункция қилиб кўришнинг катта диагностик аҳамияти бор, бу, одатда, бачадон ортида қон ўсмаси бор деган дастлабки диагнозни тасдиқлашга имкон беради. Шприцда майда-майа қон лахталари аралаш қорамтир ёки кофе рангидаги массага ўхшаш қон пайдо бўлиши, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик узилишидан келиб чиққан қорин ичига қон қуйилиши учун характерлидир. Олинган қонни дарҳол оқ ликопчага тўкиш керак, бу ҳолда тўқ рангли, кўпинча, қатрон рангли қумоқ-қумоқ масса кўзга айниқса яхши кўринади.

Давоси қандай?

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик узилиб бачадон орқасида гематома ҳосил бўлди, деган диагноз қўйилганида операция қилиш зарур бўлиб, бу операция техник жиҳатдан мураккаб саналади. Шунга кўра бу операцияни фақат тажрибали хирург бажариши лозим.

ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИ

Бемор Ж. 23 ёшда, 1980 йил 2 февраль куни қорни пастида қаттиқ оғриқ турган ва эс-ҳуши кетиб-келиб турган бир аҳволда колхоз туғруқхонасининг акушеркаси кўрган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида дизентерия ва ўпка яллиғланиши билан оғриб ўтган, катта бўлганда ангина билан оғриган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, 28 кун ўтгач 5—6 кун келади, оғриқсиз, кўп эмас. Охирги марта 15 январда ўз муддатида ҳайз кўрган. 22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 25 ёшда, бемор аёлнинг сўзига қараганда у соғлом. Бирон марта ҳам бўйида бўлмаган. Эр-хотин мунтазам бўлмаса-да, бўйида бўлишдан сақланишган — эри презервативдан фойдаланган. Оқчил келиб безовта қилмаган. Қовуқ билан тўғри ичак функцияси ўзгармаган. Гинекологик касалликларга чалинмаган.

Ушбу касаллик тарихи. 2 февралдан бошлаб ўзини касал ҳисоблайди. Соппа-соғ юриб турган бир пайтда тўсатдан қорни пастида қаттиқ оғриқ туриб орқа чиқарув тешиги соҳасига тарқалган, бу оғриқ 2 соатдан кейин яна ҳам кучайган; қисқа вақт ҳушидан ҳам кетган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Тери қопламлари билан кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари оқариб кетган. Томир

уриши минутига 120 та, тўлишуви суст. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 90/50 мм. Ўпка ва юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили тоза, пича қуруқ. Қорнининг олд девори бир қадар таранглашган. Қорни нафас актида қатнашади. Пальпация қилиб кўрилганида қорнининг пастки бўлимларида, кўпроқ чап томонида каттиқ оғриқ қайд қилинади. Шчеткин симптоми чап биқинида кучсиз мусбат. Перкуссия қилиб кўрилганда қориннинг ён томонларида унсиз товуш эшитилади. Пастернацкий симптоми манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган. Қини туғмаган аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганда бачадон бўйнида патологик ўзгаришлар топилмади. Цервикал каналдан ажралма чиқмайди. Кучли оғриқдан ва қориннинг олд девори таранглигидан бачадонни пальпация қилиб бўлмайди, гўё у катталашмаган, вазияти тўғри деган таассурот қолдиради. Бачадон ортиқларини пайпаслаб топиб бўлмади, улар жойлашган соҳа, кўпроқ чап томони қаттиқ оғриқли. Орқа гумбазига босиб кўриш оғриқ беради.

Диагнози қандай? Мазкур касалликни қандай касалликлар билан дифференциялаб олиш керак? Акушерка нима илож қилиши керак? Давоси қандай?

Анамнез ва объектив текширишдан олинган маълумотлар иккита касаллик: бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорлик ва тухумдон апоплексияси бўлиши мумкинлиги ҳақидаги дастлабки тахминий диагнозни тасдиқлашга имкон беради. Бу касалликлар диагностикаси кўпинча жуда катта қийинчилик туғдиради. Узил-кесил диагнозни фақат ўткир қорин оғриғи диагнози билан қилинган операциялар пайтида қўйилади.

Аммо анамнезни ва клиник маълумотларни диққат билан таҳлил қилиш асосида кузатилаётган беморда бачадон найидаги узилган ҳомиладорлик туфайли эмас, балки аниқроғи тухумдонга қон қуйилиши билан боғлиқ қорин ичига қон қуйилиши рўй берганлигини тахмин қилиш мумкин. Бу мулоҳазамизни асослаш учун тухумдон апоплексиясининг патогенези ва клиник манзарасини қисқача кўриб чиқайлик.

Тухумдон апоплексияси кам учрайдиган касаллик эмас. Адабиётда келтирилган маълумотларга қараганда у аппендицит ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик туфайли операция қилинган аёлларнинг 2 процентида, кўпроқ жинсий функцияси яхши ривожланган аёлларда учрайди. Бироқ ўсмир қизлар ва балоғатга етган қизлар тухумдонида апоплексия учраган ҳоллар ҳам тасвирланган. Тухумдондан қон кетишига шикастланиш, жисмонан зўриқиш, тухумдондаги яллиғланиш процесслари ва бошқалар сабабчи бўлиши мумкин. Аммо, кўпинча, тухумдон апоплексиясини кўрсатиб ўтилган сабабларга боғлаш мумкин бўлмай қолади.

Тухумдондан қон кетишининг нисбатан кўп кузатилиши кўп жиҳатдан шу органнинг қон билан таъминланиш хусусиятларига боғлиқ. Маълумки, етилган фолликул ва сариқ тана кенг ҳалқасимон томирлар тармоғига бой бўлади. Томирлар кўп марталаб бўлинар экан, бир-бири билан кенг анастомозлар ҳосил қилади. Кўп ҳолларда сариқ танадан унинг васкуляризацияси даврида, айниқса, капиллярларнинг бой тармоғи ривожланаётган пайтда оқади; камроқ ҳолларда ёрилган фолликулдан қон оқади.

Тухумдондан қон кетишининг энг типик кунларини билиш катта диагностик аҳамиятга эга. 28 кунлик ҳайз цикли бўлган бизнинг беморда ички қон кетиш симптомлари ҳайз циклининг 12- ва 18-кунлари пайдо бўлган, бу — вақти бўйича циклнинг эрта лютеин фазасига тўғри келади.

Одатда, битта тухумдон, кўпинча, ўнг тухумдон апоплексияси юз беради. Баъзи бир муаллифларнинг берган маълумотига кўра, ўнг тухумдондан қон кетишининг нисбатан кўп учраши аппендиксдаги қон айланишининг жинсий органлардаги қон айланиши билан умумийлиги борлигига боғлиқ.

Шуни қайд қилиб ўтиш зарурки, бизнинг бемор анамнезида болалигида дизентерия билан оғриб ўтганлиги ҳақида маълумот бор. Маълумки, дизентериядан кейин, кўпинча, сигмасимон ичакда хроник яллиғланиш сақланиб қолади. Таниқли рус гинекологи Л. Л. Окинчиц (1928) қайд қилишича, сигмасимон ичак ўзининг анатомик жойлашган ўрнига кўра ва нисбатан кўпроқ ҳаракатчанлиги туфайли ички жинсий органларга инфекция туширадиган манба бўлибгина қолмай, балки уларга кўпинча механик таъсир ҳам кўрсатиб туради. Шунинг учун биз кузатаётган бемордаги чап тухумдон апоплексияси маълум даражада сигмасимон ичакдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Тухумдондан қон кетишининг клиник манзарасида, кўпинча, кўнгил айниши ва қусиш симптоми устунлик қилади. Кейинчалик оғриққа ички қон оқиши қўшилади.

Тухумдон апоплексияси клиник манзарасининг ўзига хос хусусиятлари туфайли унинг уч формасини тафовут қилиш расм бўлган: оғриқли, анемик ва аралаш формалар. Оғриқли формасида ўткир аппендицит манзарасига, анемик формасида бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорлик манзарасига ўхшаш аломатлар бўлади, аралаш формасида эса оғриқ ва анемия симптомлари қўшилиб келади.

Тухумдон апоплексиясида тана температураси кўпинча нормал бўлади, камдан-кам ҳолларда субфебрил рақамларгача кўтарилади, пульс тезлашуви мумкин. Қорнини пальпация қилиб кўрилганда деярли ҳамма вақт оғриқ сезилади, у қориннинг ҳамма ерида бир хилда бўлиши ёки бирор томонида кучлироқ бўлиши мумкин. Перитонеал симптомлар одатда суст ифодаланган. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни силжитиб кўришда оғриқ пайдо бўлади. Бачадон, одатда, зич, катталашмаган, гумбази, айниқса патологик процесс бор томонда, оғриқли бўлади. Бачадон ортиқлари бир томонда бир оз катталашган, пайпаслаб кўрилганида оғрийди, буни перитонеал симптомлар бўлганда фарқлаш қийинлашади. Баъзан жинсий йўллардан қон кела бошлайди, бу — тухумдон апоплексияси манзарасини бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорлик симптомларига яқинлаштириб қўяди.

Қонни текшириб кўрилганида лейкоцитоз ва нормал ёки бир оз ошган СОЭ қайд қилинади.

Шундай қилиб, юқорида тасвирланган тухумдон апоплексиясининг клиник манзарасини бизнинг бемор анамнези ва объектив текширишдан олинган маълумотлар билан таққослаб кўриш чап тухумдондан қон кетаётганлиги ҳақида тахмин қилишга имкон беради.

Тухумдон апоплексиясини, биринчи навбатда, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик ва ўткир аппендицитдан ажратиб олиш керак.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни тухумдон апоплексиясидан ажратиб турадиган асосий фарқ биринчи касалликда ҳомиладорлик белгиларининг бўлишидир. Мазкур беморда эса ҳомиладорликнинг ҳеч қандай белгилари йўқ.

Патологик процесснинг ўнг ёнбошда эмас, балки чап ёнбошда жойлашуви ва ўткир аппендицитга хос белгилар (кўкрак остида ёки киндик ёнида тўсатдан оғриқ туриши, кейин оғриқнинг ўнг ёнбош соҳасига кўчиши, кўнгил айниши ва қусиш, температуранинг кўтарилиши ва бошқалар) нинг бўлмаслиги ушбу ҳолда бу касалликни истисно қилишга имкон беради.

Бачадон ортиқларининг икки томонлама ўткир яллиғланиши, одатда, септик ёки сўзак этиологияли бўлади. Септик яллиғланиш процесси учун унинг асоратланган туғруқ ёки аборт билан боғлиқлиги характерлидир. Мазкур беморда ҳомиладорлик умуман бўлмаган.

Бачадон ортиқларининг сўзакдан яллиғланиши инфекциянинг кўтарилиб бориш йўли билан тарқалиши

оқибатидир. Шунинг учун бачадон ортиқларининг зарарланиши билан бир қаторда, одатда, уретрит, цервицит, баъзан, катта вестибуляр безлар чиқарув йўлларининг икки томонлама яллиғланиши симптомларини қайд қилишга муваффақ бўлинади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон ортиқларининг ҳеч бир яллиғланиш процессида ушбу ҳолда бўлганидек ички қон оқиши симптомлари кузатилмайди.

Тухумдон апоплексиясини пиосальпинкс билан дифференциал диагностика қилишга келсак, кўпчилик беморларда бачадон ортиқларининг йирингли яллиғланиши шунгача мавжуд яллиғланиш процессининг кескин зўрайиши оқибатида келиб чиқади. Бу касалликнинг клиник манзараси, биринчи навбатда, кичик чаноқда йирингли ўчоқ борлиги (тилнинг қуруқ бўлиши, температуранинг кўтарилиши, эт жунжикиши ва бошқалар) билан белгиланади.

Тухумдон апоплексиясини тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолишидан дифференциялаб олиш керак, бу ҳам ўткир қорин манзараси билан юзага чиқади. Киста топилиши, силжитиб кўрилганида ва пальпация қилинганида қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши диагноз қўйишни осонлаштиради. Ички қон оқишига хос манзара бу касалликда бўлмайди.

Тухумдон апоплексиясини камдан-кам ҳолларда ичак тутилишидан, меъда ярасининг тешилишидан, ўткир панкреатит, буйрак ва жигар санчиқларидан фарқлаб олишга тўғри келади.

Давоси қандай?

Беморга чақиртирилган акушерка, афтидан, чап тухумдон апоплексияси билан боғлиқ ички қон кетишининг типик манзарасини аниқлаган. Бундай ҳолларда беморни зудлик билан хирургик касалхонага ётқизиш ва уни касалхонага кузатиб бориш чораларини кўриш керак. Стационарда то узил-кесил клиник диагноз қўйилмагунча оғриқ қолдирувчи препаратларни юбориб бўлмайди.

Орадан 1,5 соат ўтгач бемор акушерка кузатувида яқин атрофдаги район касалхонасига олиб келинди. Қин орқа гумбазига пункция қилинганда майда-майда қон лахталари аралашган қорамтир қон олинди. Беморни меъдаси зудлик билан ювилиб операцияга ётқизилди[1].

---

[1] Техник сабабларга кўра текст қисқартирилди.

IV БОБ

СУНЪИЙ АБОРТ АСОРАТЛАРИ. БАЧАДОН ХОРИОНЭПИТЕЛИОМАСИ

СУНЪИЙ АБОРТДАН КЕЙИНГИ ГЕМАТОМЕТРА

Бемор В., 30 яшар, қорин пастида тўсатдан оғриқ турганлиги ва бу оғриқнинг пастга — сонлар ички юзаси бўйлаб тарқалишидан шикоят қилиб, 1980 йил 2 январда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ ва сувчечак билан оғриб ўтган; катта бўлганида ангина билан тез-тез огриб турган. 13 ёшидан ҳайз кўрадн, бир йил ўтгандан кейин маромига тушган, 28 кун оралатиб 5—6 кун келади, оғриқсиз, ўртача миқдорда. Охирги ҳайзи 1979 йил октябрининг дастлабки кунларида келган. 23 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган. Эри 34 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган. Дастлабки икки ҳомиладорлигида чақалоқлари ой-кунига тўлиб асоратларсиз туғилган. Болалари нормал ўсмоқда. 3-ҳомиладорлиги аёлнинг истаги билан 1979 йил 1 декабрда сунъий аборт операцияси билан узилган. 3 декабрда жинсий йўлларидан ўртача миқдорда қон кела туриб, тўсатдан қорни пастида қаттиқ тўлғоқсимон оғриқ турган ва қинидан қон лахталари ажралган ва кўп қон кета бошлаган. Бачадонни иккинчи марта қириб, қон лахталари ва ҳомила тухуми қолдиқларидан тозаланган. Абортдан кейинги даврда профилактик равишда антибиотиклар ва бачадонни қисқартирувчи дорилар олиб турган. Бачадон субинволюцияси ҳодисалари борлигидан уни 10 декабрга келиб стацпонардан уйига жавоб берилган. Оқчил безовта қилмайди. Гинекологик касалликлари бўлмаган. Қўшни органлар функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Аёл соппа-соғ юрган пайтларидан бирида 1980 йил 2 январь куни қорни пасти билан бел соҳасида қаттиқ оғриқ турган. Оғриқ тўлғоқсимон характерда бўлган, пастга тарқалган ва анальгин ичганида ҳам тўхтамаган: «Остига» босим сезгиси пайдо бўлган. Мана шу ҳодисалар туфайли медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг қомати расо, тўлалиги қониқарли. Териси ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари оч-пушти рангда. Регионал лимфа тугунлари катталашмаган. Томир уриши минутига 90 та, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм. Кўкрак қафаси органларида ҳеч қандай ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни юмалоқ шаклда, нафас актида қатнашади, қуйи бўлимлари бир қадар тарапглашган ва оғриқли. Шчеткин симптоми манфий. Ичак перистальтикаси бутун қорин бўлимлари устидан яхши эшитилади, ел мустақил келади. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганида эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи оғзи ёриқсимон шаклда, ундан ўртача миқдорда шилимшиқ ажралма чиқиб турибди. Бачадон бир қадар катталашган (5—6 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келади), вазияти тўғри, устки юзаси текис, консистенцияси одатдагидек, пальпация қилиб кўрилганида оғрийди. Қорин олдинги деворининг оғриқли ва таранглиги туфайли бачадон ортиқларини аниқ пайпаслаб бўлмади, бироқ улар катталашмаган, деган таассурот пайдо бўлди. Гумбазлари бўш, параметрийсида патологик инфильтратлар йўқ.

Беморга қандай илож қилиш лозим? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Сунъий аборт операциясидан кейин яна қандай асоратлар пайдо бўлиши мумкин? Давоси қандай?

Анамнез маълумотлари, касалликнинг ривожланиш тарихи ва объектив текширувдан олинган маълумотлар асосида сунъий аборт билан боғлиқ бирор касаллик борлиги ҳақида тахмин қилиш мумкин.

Шуни назарга олиб қўйиш керакки, касаллик вақт жиҳатидан сунъий аборт операциясидан кейин келиши керак бўлган ҳайз пайтига тўғри келган. Шунинг учун биринчи асосланган тахмин гематометрага тушади. Бу диагнознинг эҳтимоллиги ҳақида қуйидаги маълумотлар гувоҳлик бериб турибди.

Анамнездан маълумки, беморда сунъий аборт қилинган, аммо ҳомила тухумининг ҳамма қисми бутунлай тозалаб олинмаган. Шунинг натижасида аёл бачадонидан кўп қон кетган ва бачадонни иккинчи марта текшириб қон лахталари билан бирга ҳомила тухумининг қолдиқлари қириб олиб ташланган.

Бачадонни иккинчи марта қириш аёлларнинг ҳайз кўриш ва генератив функцияларига ҳамма вақт катта хавф туғдиради. Худди шунда кўпинча яллиғланиш касалликлари (эндометритлар, сальпингоофоритлар), шунингдек, ички бўғиз соҳасининг облитерацияланиб қолиши ва кейин гематометра ҳосил бўлиши кузатилади. Бачадонни такрорий қиришнинг яна хатарли томони шундаки, бунда эндометрийнинг базал қавати бирмунча кўп шикастланади, бу эса, кўпинча, гипоменструал синдромга, ҳатто, ҳайз кўриш функциясининг бутунлай йўқолиб кетишига (аменореянинг бачадон формаси) сабаб бўлади. Бачадонни иккинчи марта қирилгандан кейин, кўпинча, беморда бачадон субинволюцияси кузатилади, бу — метроэндометритнинг симптоми ҳам, мустақил ноинфекцион асорат бўлиб ҳам туюлиши мумкин.

Бинобарин, бачадон бўшлиғини кюретка билан иккинчи марта қириш бир қатор хатарли касалликлар келиб чиқиши учун шароит яратиб беради.

Касаллик тарихидан маълумки, аёлда 1976 йил 2 январь куни бутунлай соппа-соғ юрган вақтида қорни пасти билан бел соҳасида қаттиқ тўлғоқсимон оғриқ туриб, «остига» босгандай бўлиб туюлган. Шуни назарда тутиш керакки, касаллик абортдан кейин келиши керак бўлган биринчи ҳайз кутилган пайтда юз берган. Бу ҳол дастлабки диагноз қўйиш учун жуда муҳим.

Йўл-йўлакай шуни қайд қилиб ўтамизки, оғриқнинг тўлғоқсимон характерда бўлиши метроэндометритга эмас, бачадон қисқаришига хосдир, метроэндометритда оғриқ, одатда, доимий характерда узлуксиз бўлиб, бундай ўткир тусда бўлмайди. Абортдан кейинги метроэндометрит, ҳатто, яллигланиш процесси ўткир характерда бўлганида ҳам ҳар ҳолда унчалик ифодаланмаган клиник манзарага эга бўлади. Метроэндометритнинг типик симптоми — ҳайз қонининг кўпайиб чўзилиб кетиши (меноррагия) — бизнинг беморда йўқ, чунки бачадон қирилганидан кейин унда ҳали ҳайз келмаган. Диагностик жиҳатдан яна шу ҳол диққатни ўзига тортадики, беморда тўлғоқсимон оғриқ жинсий йўллардан қон келиши билан бирга юзага чиқмаган. Бинобарин, ҳайз қони йўлида қандайдир тўсиқ бўлган, бу — бачадон ички бўғизи соҳасида жойлашган бўлиши керак (битишма).

Гематометранинг ривожланиши деярли ҳамма вақт ўткир клиник манзара (қориннинг оғриқли бўлиши, қорин олд девори мускулларининг бачадон жойлашган соҳада таранглашуви, баъзан перитонеал симптомлар бўлиши) билан кечади, бу биз кузатаётган беморда ҳам қайд қилинади.

Абортдан кейинги гематометранинг дифференциал диагностикасида ички жинсий органларнинг ҳолати катта аҳамиятга эга. Қин орқали текширишни ўтказган фельдшер аниқлаганидек, бачадон ўлчамлари бир қадар катталашган (5—6 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келади), бачадоннинг ўзи эса оғриқли бўлган. Бачадон ортиқлари ва параметрал клетчаткада патологик ўзгаришлар топилмаган. Бу маълумотлар бизнинг беморда, афтидан, бачадонни иккинчи марта қирилгандан кейин бачадон ички бўғизида битишма ҳосил бўлиб қолиши оқибатида ўткир гематометра келиб чиққанлигини яна бир марта тасдиқлайди. Тобиийки, узил-кесил диагнозни гинекологик стационарда врач бачадон зонди билан

битишмани бузганидан кейингина қўйиш мумкин, бунда қорамтир қон келади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, гематометра, айниқса, бачадонни иккинчи марта қиргандан кейин келиб чиққан гематометра, кўпинча, бачадон яллиғланиши билан бирга кечади. Бизнинг беморда метроэндометрит бўлиши мумкинлигини бутунлай истисно қилиб бўлмайди. Бироқ бу ерда у асосий касаллик эмас, балки ҳамроҳ бўлиб келган касалликдир. Шу муносабат билан кўриладиган терапевтик чора-тадбирлар, биринчи навбатда, гематометрани бартараф этишга қаратилиши лозим, шундан кейингина бачадоннинг яллиғланиш процессини даволашга ўтилади.

Плацента полипи ҳам, кўпинча, сунъий абортдан кейин юзага келадиган асоратдир. Биз кузатаётган беморда бачадондан қон келмайди, бу — плацента полипи борлигини истисно қилади.

Шундай қилиб, биз масаланинг биринчи саволигагина жавоб бериб, биринчи навбатда, дифференциал диагностика ўтказилиши лозим бўлган бошқа касалликларнинг симптоматикасини кўриб чиқдик.

Беморга қандай чора кўрмоқ керак?

Борди-ю, фельдшер анамнез, касаллик тарихи ва объектив текшириш методлари маълумотлари асосида бачадон ички бўғизи соҳасида цервикал канал атрезияси оқибатида гематометра ривожланган деган тахминга борса, у ҳолда бундай касални операция қилиш учун гинекологик стационарга зудлик билан ётқизиш керак. Аёлни фельдшернинг ўзи кузатиб бориши керак. Узил-кесил диагноз стационарда қўйиладиган бўлганидан, беморни транспортда жўнатишдан олдин унга, касалликнинг клиник манзарасини ўзгартириб қўймаслик учун, оғриқсизлантирувчи ва наркотик препаратлар юбориш мумкин эмас.

Масаланинг муҳим томони асосий касалликлар ва сунъий аборт қилдириш оқибатида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар характеристикасидир. Бундай асоратларни яқин вақт ичида юз берадиган ва кеч юзага келадиган асоратлар, деб тафовут қилиш расм бўлган. Ҳозирги пайтда энг яқин асоратлар (қон кетиши, бачадон тешилиши) кечки асоратларга қараганда анча кам учрайди. Яқин вақтда юз берадиган асоратларнинг симптоматикасини биз тасвирлаб ўтирмаймиз, чунки улар ҳақида дарслик ва қўлланмалардан яхши маълум. Абортдан кейин узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келган асоратлар диққатга сазовордир. Аёлларнинг жинсий,

менструал ва генератив функциясида худди шулар ҳал қилувчи роль ўйнайди.

Аёлнинг соғлиғи учун генератив функциянинг издан чиқиши ғоят хавфлидир. Адабиётларда келтирилган маълумотларга қараганда иккиламчи бўйида бўлмасликнинг қарийб 40% сунъий абортнинг турли хил асоратлари оқибатида вужудга келади. Бунда яллигланиш процесслари етакчи аҳамиятга эга. Яллиғланиш касалликлари (метроэндометрит, сальпингоофорит) бевосита абортдан кейин ҳам, абортдан маълум вақт ўтгандан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Чунончи, С. Г. Юрьевский маълумотларига кўра (1954), улар абортдан кейин тез орада 4%, кеч муддатларда 9,5% аёлларда юзага келади. Сунъий аборт қилдиришдан олдин қиннинг тозалик даражаси катта аҳамиятга эга. Чунончи, қин тозалиги III даражада бўлганда жинсий органларнинг яллиғланиш касалликлари II даражада тоза бўлгандагига қараганда 6 баравар кўпроқ учрайди. Мана шунинг учун ҳам сунъий аборт бехатар ўтишида қин ажралмаларининг тозалик даражасини текшириш зарур шартдир.

Жинсий органларнинг бўлиб ўтган яллигланиши процессларининг ҳам роли катта. И. С. Разовский маълумотича (1957), илгари яллигланиш процессини бошидан кечирган 120 та аёлдан 58 тасида (48,5%) абортдан кейин унинг қайталаниши юз берган. Жинсий органлари етук ривожланмаган аёллар учун сунъий аборт қилдиришнинг оқибати, айниқса, ёмон. Т. Л. Калиниченко (1963) маълумотларига кўра бундай аёлларнинг 69% ида сунъий абортдан сўнг бачадон найлари ўтказувчанлигининг бузилганлиги аниқланган.

Шуни назарда тутиш лозимки, абортдан кейин бачадон найларининг яллиғланиши яширин характерда бўлиши ва бимануал текширишда аниқлаб бўлмаслиги мумкин. М. А. Петров-Маслаков кузатувлари бўйича (1954), ҳатто, найдаги сабабларга кўра бўйида бўлмаслик гастросальпингография ёрдамида аниқланган ҳолларда ҳам бимануал текшириш бачадон ортиқларида яллиғланиш процесси борлигини ҳамма вақт ҳам аниқлаш имконини беравермайди.

Сунъий абортдан кейин яллиғланиш касалликлари билан бир қаторда талайгина бошқа бузилишлар ҳам келиб чиқиши мумкин. Юқорида гематометра ривожланишини анализ қилганимизда чин ва сохта иккиламчи аменорея ҳақида гапириб ўтган эдик. Эндометрийнинг базал қатламини қириб олиб ташлаш оқибатида келиб

чиқадиган абортдан кейинги барқарор иккиламчи аменорея аёлнинг умумий аҳволига ёмон таъсир қилади. Бундай беморларнинг боши қаттиқ оғрийди, иш қобилияти пасайиб кетади, жинсий сезгиси сустлашади, вегетатив нерв системаси томонидан кўп сонли бузилишлар пайдо бўлади, баъзан барвақт климакс бошланади.

Абортнинг аёл организмига келтирадиган оқибатларини ўрганган муаллифларнинг кўпчилиги нерв системаси томонидан функционал бузилишлар кўпроқ учрашини қайд қиладилар. Операция пайтида оғриқсизлантириш етарли даражада бўлмаган ҳолларда вегетатив бузилишлар айниқса, рўй-рост юзага чиқади.

Сунъий аборт психик шикастланиш сифатида турли хил эмоционал бузилишларни ҳам келтириб чиқариши мумкин. Абортдан кейин қайд қилинадиган неврозлар орасида психастения билан кўнгилдан кетмайдиган хаёллар билан кечадиган неврозлар ҳаммадан кўп учрайди ва характерли саналади. Абортдан кейин, кўпинча, истерия қўзийди. М. А. Петров-Маслаков (1973) жинсий системада дистрофик процесслар ривожланиши, унга нерв системасининг олий бўлимлари жалб этилиши мумкинлигини кўрсатиб ўтади. Бунинг оқибатида моддалар алмашинувининг турли хил бузилишлари юзага чиқиши мумкин. Сунъий абортдан кейин кузатиладиган нейрогуморал бузилишлар эндометрийнинг тўғри регенерациясига тўсқинлик қилиши мумкин.

Тухумдонлар функциясининг издан чиқиши абортнинг жиддий асорати саналади. Бачадондан дисфункционал қон кетиши, кўпинча, бачадон ортиқларидаги яллиғланиш процесси туфайли бўлади. Дисфункционал бузилишлар патогенезида ҳайз кўриш циклини бошқариб турадиган марказий звенолар (бош мия пўстлоғи, гипоталамус, гипофиз), да юзага келган нейрогуморал бузилишларнинг аҳамияти ҳам кам эмас. Бунда тухумдонлар функциясининг издан чиқиши турли оқибатларга — бачадондан қон кетишидан то аменореягача олиб келиши мумкин. Абортдан кейин қон кетган оғир ҳолларда гипофиз некрозга учраб Шихен синдроми ривожланиши мумкин.

Сунъий аборт операциясини бошидан кечирган кўпчилик аёлларда маълум пайтгача ҳайз абортдан олдинги даврга қараганда камроқ келадиган бўлиб қолади. Одатда, бу — бачадоннинг ички юзасини кюретка билан қириб шикастлаш оқибатида эндометрийнинг регенерацияси етарли даражада бўлмаслигига боғлиқ. Бундай

беморларга эстрогенларнинг катта дозаларини бериш, одатда, яхши натижалар беради. Абортдан сўнг жинсий йўлларидан узоқ вақт қон келиб турган беморларга алоҳида эътибор билан қараш керак. Бу симптом бачадон танаси шиллиқ пардасининг суст эпителийланишидан гувоҳлик беради, бу — юқорига кўтарилиб борадиган инфекциянинг авж олиши учун қулай шароитлар яратиб беради.

Бўйида бўлмасликнинг этиологияси бачадон техник жиҳатдан қай даражада қирилганлигига боғлиқ Е. П. Майзель (1965) абортдан кейин бўйида бўлмайдиган бўлиб қолган аёлларнинг 54% ида бачадон найининг интрамурал бўлимларида най ўтказувчанлиги бузилганлигини аниқлади. Бу ўзгаришларни у кичик кюретка ёрдамида бачадон бурчакларини ортиқ даражада қириб юбориш билан боғлайди. Бу жиҳатдан вакуум-аспирация қиришга нисбатан бирмунча афзалдир.

Бу ўринда биз сунъий абортнинг кейин юзага чиқадиган энг муҳим оқибатларинигина кўриб чиқдик. Бироқ артифициал аборт операцияси, ҳатто, клиник шароитларда тажрибали мутахассис томонидан ўтказилганда ҳам аёл соғлиғи учун жуда хатарли эканини юқорида келтирилган маълумотларнинг ўзи ҳам етарли даражада тасдиқлайди.

Давоси қандай?

Цервикал канал атрезияси оқибатида келиб чиққан гематометрага шубҳа қилиниб гинекологик стационарга ётқизилган беморни тегишли текширувдан сўнг хирургик даволаш зарур. У бачадоннинг ички бўғизи соҳасида пайдо бўлган битишмани бузишдан иборат. Битишмани ўтмас асбоблар ёрдамида (бачадон зонди ёки Гегарнинг биринчи номерли кенгайтиргичи ёрдамида) бартараф этилгандан кейин ҳам бачадондан одатда қорамтир қон ажраб чиқади. Битишмани ҳайз келган пайтда бартараф этиш, касаллик қайталанишининг олдини олиш учун эса Гегар кенгайтиргичи ёрдамида цервикал канални пича кенгайтириб қўйиш тавсия қилинади. Бу тадбирлардан кейин беморларда нормал ҳайз цикли тикланади.

Бачадон ички бўғизи соҳасида узоқ вақт битишма бўлганда, ҳайз пайтида бачадон бўшлиғига қуйиладиган қон сўрилиб кетади. Бундай хроник ҳолларда цервикал канал атрезияси гематометрасиз бўлиши мумкин.

ПЛАЦЕНТА ПОЛИПИ, БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ

Бемор К. 25 яшар, жинсий йўлларидан кўп қон кетиши сабабли 1981 йил 28 декабрда фельдшер-акушерлик пунктига келтирилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Қизамиқ, ўрта қулоқнинг яллиғланиши; бронхит, ангина ва цистит касалликларини бошдан кечирган. Ҳайз кўриш функциясида ўзига хос хусусиятлар йўқ. Охирги нормал ҳайз 15 сентябрда келган. 20 ёшидан жинсий ҳаётда яшаган, биринчи никоҳи.

2 марта бўйида бўлган: биринчисини 3 йил илгари ой-кунига етказиб туққан, асоратсиз ўтган, иккинчисини 1981 йил 20 ноябрда сунъий аборт қилдирган. Оқчил келиб безовта қилмайди, гинекологик касалликлар билан қасалланмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Сунъий аборт қилдиргандан кейин (20 ноябрда) аёлда 8 кун мобайнида жинсий йўлларидан суркалувчан қон келган. Стиптицин ва кальций хлорид эритмасидан олган. Температураси кўтарилмаган. 27 декабрда аёл қинидан қон кела бошлаган, уни бемор аввалига абортдан кейинги ҳайз деб ўйлаган. Аммо бир неча соатдан кейин қон келиши кучайиб кўп кета бошлаган, бу — қорин пасти ва думғаза соҳасида тўлғоқсимон оғриқ билан ўтган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли. Тери қопламлари ва шиллиқ пардаларнинг бир қадар оқариб туриши киши диққатини тортади. Томири минутига 94 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Ички органларида патологик ўзгаришлар йўқ. Қорни нафас актида қатнашади, шакли одатдагидек, юмшоқ, пайпаслаб кўрилганида оғримайди. Сийишида ўзгаришлар йўқ, ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида алоҳида ўзгаришлар йўқ, қинида қон лахталари бор. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, ташқи бўғизи ёриқсимон шаклда. Бўғизидан оз-оздан қон лахталари аралашган қорамтир қон ажралиб турибди. Цервикал каналга бармоқ учи киради. Бачадон ўртада, озгина орқага оғиб жойлашган, консистенцияси одатдагидек, катталашмаган, ҳаракатчан, оғримайди, юзаси силлиқ. Бачадон ортиқларини ҳар иккала томонда пальпация қилиб бўлмади, улар жойлашган соҳа ҳам оғриқсиз. Гумбазлари эркин, параметрийда инфильтратлар йўқ.

Фельдшер қандай тахминий диагноз қўйиши мумкин? Ушбу патологияни қандай касалликлардан фарқ қилиш керак? Давоси қандай?

Бемор анамнезига ва гинекологик текширишдан олинган маълумотларга асосланиб фельдшер тахминан плацента полипи деб диагноз қўйган. Нима учун энг кўп маълумотлар шу касаллик фойдасига хизмат қиляпти? Бу саволга жавоб бериш учун мазкур касалликнинг патогенези ва клиникасининг асосий масалалари билан танишиб чиқишга тўғри келади.

Плацента полипи чала аборт ёки туғруқдан кейин бачадонда плацента парчаси тўхталиб қолиши оқибати ҳисобланади. Касалликнинг моҳияти шундан иборатки,

бачадонда қолган бир парча тўқима аста-секин фибрин ва қон билан ўралиб қолади. Хорион ворсиналари иккиламчи ўзгаришлар (некроз, оҳакланиш) га учрайди. Бачадонда ҳомила тухумлари қолдиқлари (абортдан кейин) ёки плацента парчалари (туғруқдан кейин) қолганлиги унинг қисқариш қобилиятини сусайтириб қўяди. Мана шунинг учун ҳам абортдан кейинги ёки туғруқдан кейинги даврда бундай аёлларда деярли ҳамма вақт бачадон бир қадар субинволюцияга учрайди ва узоқ вақтгача жинсий йўллардан қон келиб туради. Кўпинча, плацента полипи ичкарига кириб борувчи инфекция (метроэндометрит) билан бирга кечади.

Орадан бир қанча вақт ўтгач бачадон шиллиқ пардаси, плацента полипи ёпишган жойдан ташқари, тиклана бошлайди, қон келиши тўхтайди. Борди-ю, яллиғланиш ҳодисалари бўлмаса, у ҳолда кейинчалик тикланган эндометрий циклик ўзгаришларга учрай бошлайди ва бундай аёлларда нормал ҳайз кўриш цикли бошланади.

Плацента полипи тўқимасига бачадондан аста-секин янги томирлар ўсиб киради. Янгидан ҳосил бўлган бу қон томирлар кўп ҳолларда бачадоннинг ўз бўшлиғидаги полипга қарши қисқариши оқибатида травмага учраб, кучли қон кетиш манбаига айланиб қолади. Тўлғоқлар полипнинг қисман кўчишига имкон бериб, бу қон кетишини яна ҳам кучайтиради.

Одатда, плацента полипида бачадондан қон кетиши абортдан ёки туққандан кейин орадан 6—8 ҳафта ўтгач бошланади, бунда (абортдан кейин) ҳайз кўриш цикли тикланиб қолиши мумкин. Нима учун қон кетиши нисбатан кеч рўй беради? Юқорида айтиб ўтганимиздек, плацента полипида қон янгидан ҳосил бўлган қон томирлардан кетади, қон томирларнинг ҳосил бўлиши учун маълум вақт ўтиши зарур. Яна шуни эътиборга олиш керакки, айрим ҳолларда қон кетиши кеч — абортдан ёки туғруқдан бир неча ой ўтгач рўй бериши мумкин.

Плацента полипларининг катта-кичиклиги ҳар хил, аммо улар, одатда, камдан-кам ҳоллардагина йирик бўлиши ва 2—3 см га етиши мумкин. Бундан ҳам йирик плацентар полиплар асосан туғруқдан кейин ҳосил бўлади.

Биз кузатаётган беморга қандай маълумотлар плацента полипи, деган тахминий диагноз қўйиш имконини беради?

Аввал таъкидлаб ўтиш керакки, касалликнинг бош-

ланиши сунъий аборт билан боғлиқ ва абортдан кейинги давр жинсий йўллардан узоқ вақтгача қон келиши билан юзага чиққан асорат билан кечган. Бу қон ё бачадон бўшлиғидаги ҳомила тухуми қолдиқлари туфайли ёки метроэндометрит ривожланиши оқибатида келган бўлиши мумкин. Бироқ температура реакциясининг йўқлиги ва қорин пастида метроэндометритга хос оғриқнинг бўлмаслиги чала аборт ҳақидаги тахминни ҳақиқатга яқин қилиб қўяди.

Сунъий аборт операциясидан кейин 5 ҳафта ўтгач (плацента полипида қон келиши юз беришига хос муддат), аёлда қинидан қон кела бошлаган буни у тамоман асосли равишда ҳайз кела бошлади деб тушунган. Аммо тез орада келаётган қон кучайган ва қорин пастида плацента полипига хос тўлғоқсимон оғриқ билан бачадондан қон кетишига айланган. Тўлғоқ цервикал каналнинг бир қадар кенгайишига олиб келади, фельдшер қин орқали текширув ўтказганида буни аниқлаган.

Шундай қилиб, анамнез ва қин орқали текшириш маълумотлари асосида биз кузатаётган беморда плацентар полип бор, деб тахмин қилишга тўла асос бор. Табиийки, аёлни стационарга ётқизиб диагнозни ойдинлаштириб олиш керак.

Ушбу патологияни қайси касалликлар билан дифференциялаш лозим? Шунга ўхшаш клиник манзара абортдан кейинги метроэндометрит ва тухумдонлар дисфункциясида бўлиши мумкин.

Метроэндометритнинг ўткир босқичида беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, температураси кўтарилади, қорин пасти оғрийди ва ҳайз кўриш цикли менорргия типида издан чиқади. Камдан-кам ҳоллардагина кўп қон кетади, тўлғоқсимон оғриқ бўлмайди.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши ҳам асоратланган аборт оқибати бўлиши мумкин. Аммо бачадондан дисфункционал қон кетиши қорин пастида тўлғоқсимон оғриқ билан кечмайди, бу — плацентар полипидан фарқлашга имкон беради, якунловчи диагноз эндометрийдан қирма олиб гистологик текшириб кўриб қўйилади.

Қорин пастида тўлғоқсимон оғриқ билан кечадиган кўп қон кетиши бачадон миомасининг субмукоз тугуни туғилиши туфайли бўлиши ҳам мумкин. Дарҳақиқат, субмукоз миомада ҳомиладорлик камдан-кам бўлади, борди-ю, бўлганида ҳам, одатда, эрта муддатлардаёқ ўз-ўзидан тўхтайди. Шундай бўлса-да, клиник практикада бачадоннинг шиллиқ пардаси остида симптомлар-

сиз кечадиган миомага абортдан ёки туғруқдан сўнг туғундаги иккиламчи ўзгаришлар (некроз, инфекция тушиши) ёки бачадондан қон кетиши рўй бериши муносабати билан биринчи марта диагноз қўйилган кузатувлар кам эмас. Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бачадоннинг субмукоз миомаси камдан-кам ягона тугун ҳолида бўлади. Одатда, шиллиқ парда остидаги тугун билан бирга бачадонда интрамурал тугунларни ҳам топишга муваффақ бўлинади, бунда бачадон катталашади, юзаси эса гадир-будур бўлиб қолади. Биз кузатаётган беморда бачадон ўлчамлари нормал, юзаси эса текис. Бачадоннинг субмукоз миомаси диагностикасида зондлаш ва метрография ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бачадоннинг субмукоз миомаси билан плацента полипининг дифференциал диагностикаси ниҳоятда аниқ бўлиши керак, чунки рўй-рост ойдинлаштириб олинмаган субмукоз тугунда (бундай ҳолларда плацента полипи ҳақида ўйлашади) бачадонни қиришга уриниб кўриш ўсма томирлари кюретка билан тирналиб кетиши оқибатида деярли ҳамма вақт кўплаб қон кетишига олиб келади.

Ниҳоят, абортдан (туғруқдан) кейин кечикиб қон кетишида ҳамавақт бачадон хорионэпителиомаси ривожланиши мумкинлиги ҳақида ўйлаб кўриш керак. Бу ўсманинг клиник манзараси ва диагностикаси қуйидаги вазифада батафсил кўриб чиқилган.

Беморга қандай илож қилиш керак?

Плацента полипи бор ва бачадонидан қон кетаётган бемор аёлни зудлик билан касалхонанинг гинекология бўлимига ётқизиш зарур. Хирургик йўл билан полип олиб ташланмас экан, қон тўхтатувчи препаратлар юборишнинг нафи бўлмайди.

Касалхонада тегишли текширишлар ўтказиб дастлабки диагноз тасдиқлаб олингандан кейингина кюретка асбоби ёрдамида плацента полипини олиб ташлашга ўтилади. Бу операция аксарият анчагина қийинчилик туғдиради, чунки полип тўқимаси ҳамиша бачадон деворига яширинча бирикиб кетган бўлади. Асбоблар ёрдамида қўполлик билан кўчириладиган бўлса, бачадон тешилиши мумкин. Шунга кўра плацента полипини тажрибали врач яхши огриқсизлантириб олиб ташлаши керак.

Бемор кўп қон йўқотганида ва бунга у реакция кўрсатганида (оқариб кетиш, совуқ тер босиши, тахикардия, артериал босим тушиб кетиши) гемотрансфузия ва қон ўрнини босувчи суюқликлар киритиш керак. Юрак пре-

паратлари ва артериал босимни кўтарувчи моддалар қўллашдан кенг фойдаланилади.

Операциядан кейинги даврда инфекция тушиш хавфи борлиги туфайли антибиотиклар ҳамда бошқа антибактериал препаратлар буюрилади. Бачадоннинг қисқариш хусусиятини ошириш учун контрактил моддалар (метилэргометрин, окситоцин, хинин ва бошқалар) юборилади. Бачадон қирилганидан кейинги биринчи сутка мобайнида бемор қорнига муз солинган халтача қўйиб ётиши керак.

БАЧАДОН ХОРИОНЭПИТЕЛИОМАСИ, ҚОН КЕТИШИ

Бемор Б., 25 яшар, бачадонидан такрор (рецидив) қон кетишидан шикоят қилиб, 1980 йил 13 декабрда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Болалигидан нормал ўсган. Болалар касалликларидан қизамиқ, дифтерия ва скарлатинани бошдан кечирган. 15 ёшидан ҳайз кўрган, ҳайз кўриш дарҳол маромига тушган, ҳар 28 кунда 5—6 кун келади, оғриқсиз, мўл. 1980 йил 7 апрелда сўнгги марта ҳайз кўрган, ҳайзи одатдагидек келган. 19 ёшида турмуш қурган, биринчи никоҳи, эри 27 ёшда.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси сунъий аборт билан асоратларсиз тугаган, иккинчиси — ой-кунига тўлиб асоратсиз тугилган, учинчиси 1980 йили июнда ўз-ўзидан аборт билан тугаган. Кўп қон кетаётганлиги сабабли аёлни район касалхонасига олиб келинган, бу ерда асбоблар ёрдамида ҳомила тухумининг қолдиқлари олиб ташланган. Оқчил келиб безовта қилмайди, қўшни органлар функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор 1980 йил июнь ойидан бошлаб ўзини касал ҳисоблайди, яъни чала аборт туфайли бачадони қирилгандан кейин орадан 5 ҳафта ўтгач унинг жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма кела бошлаган. Олдинига буни у ҳайз келди деб ўйлаган, аммо қон аралаш ажралма вақти-вақти билан кўп келиб, 2 ҳафтага чўзилган. Шунга кўра бемор фельдшерга мурожаат қилган, фельдшер плацента полипи бўлса керак, деган шубҳа билан стационарга юборган, бу ерда у қўйган диагноз тасдиқланган ва бачадон қирилган. Аёлнинг сўзларига қараганда олинган қирма озгина бўлган, уни гистологик жиҳатдан текшириб кўрилмаган.

Қирилгандан кейин 4 кун ўтгач қон аралаш ажралма деярли бутунлай тўхтаган ва беморга касалхонадан жавоб бериб юборилган. Аммо орадан 2 ҳафта ўтди, деганда қон аралаш ажралма янгидан кўринган ва қаттиқ қон кета бошлаган. Иккинчи марта бачадон қирилган ва қирма яна гистологик жиҳатдан текшириб кўрилмаган. Бачадон қирилгандан кейин 3 кун ўтди, деганда келаётган қон аралаш ажралма тўхтаган.

Шундан кейинги ойларда беморда тўғри ҳайз кўриш цикли тикланмаган, жинсий йўлларидан эса суркалувчан қон аралаш ажралма вақти-вақти билан қайд қилиб турилган. Тинка-мадори қурий бошлаган ва бу ҳолат зўрая бориб, ранг-рўйи оқарган, вақти-вақти билан сариқнамо оқчил келган. Бемор медицина ёрдами сўраб мурожаат қилмаган. 13 декабрь куни суркалувчан қон

аралаш ажралма фонида жинсий йўлларидан яна қон кета бошлаган ва шу сабаб у фельдшерга мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тери қоплами оқарган. Температураси 37,3°, пульси бир минутда 80 марта уриб турибди, ритмик. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Нафас органлари ва юрак-томирлар системасида ҳеч қандай патологик ўзгаришлар топилмади. Қорни юмшоқ, пайпаслаб кўрилганида оғриқ беради. Жигари ва талоғини пальпация қилиб бўлмайди. Пастернацкий симптоми манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари нормал ривожланган, кўзгу солиб кўрилганида қин шиллиқ пардаси оқ рангда. Орқа гумбазида нўхат катталигида, ранги кўкимтир юмалоқ ўсма бор, тегилганда қонаб кетмайди. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, ташқи бўғизи ёриқсимон. Бўғизидан қон лахтаси аралашган ажралма келиб турибди. Бачадон тўғри вазиятда жойлашган, 6—7 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашган, консистенцияси юмшоқ, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ортиқлари иккала томонда билинмайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз.

Қайси касаллик ҳақида гап боради? Фельдшер нима қилиши керак? Стационарда текширишнинг қандай қўшимча методларини қўллаш керак? Мазкур касалликнинг давоси қандай?

Қасалликнинг тахминий диагнози ҳақидаги биринчи саволга жавоб беришдан олдин шуни қайд қилиб ўтиш керакки, гап бачадондан такрор қон кетиши билан юзага келган гинекологик касаллик ҳақида боряпти. Қасалликнинг ривожланиш сабаби ўз-ўзидан аборт билан тугаган охирги ҳомиладорлик билан боғлиқ. Шуниси характерлики, бачадон икки марта қирилган бўлса ҳам қон кетиши қайталаниб туради. Бундай анамнез бачадон хорионэпителиомаси ҳақида гувоҳлик беради. Бу тахминий диагноснинг тўғрилигига қинда ўсманинг типик метастази топилишини кўриб иқрор бўламиз.

Шуни қайд этиб ўтиш керакки, хорионэпителиома диагнозини қўйиш беморни батафсил клиник текширувдан ўтказилгандан кейин ҳам кўпинча катта қийинчилик туғдиради. Қасалликнинг анамнезига ва қин орқали текшириб олинган маълумотларга асосланиб тўғри диагноз қўйиш янада қийиндир.

Бу қийинчиликларга қарамай, мазкур беморда бачадон хорионэпителиомаси юзага келган бўлиши эҳтимолга яқин. Бачадон хорионэпителиомаси нима, унинг клиник белгилари қандай, бу хавфли ўсмага диагноз қўйишга қандай методлар ёрдам беради?

Аввало, хорионэпителиоманинг келиб чиқиши хусусида бир оз тўхталиб ўтайлик. Бу ўсма врачларга нисбатан анча илгари маълум эди. XIX аср охирига келиб,

хорионэпителиомани ўсманинг мустақил нозологик формаси сифатида тасвирлаб берилди, аммо нисбатан узоқ вақт мобайнида уни бачадоннинг децидуал пардасидан келиб чиқадиган саркома, деб хато санаб келинди. Ҳомила тухуми ривожланишининг бошланғич даврларидаги тузилиши ҳақида тўғри тасаввурга эга бўлмаслик хорионэпителиома трофобластдан ривожланадиган ўсма экани ҳақидаги муҳим фактни тушунишга ҳалал берди.

1896 йилда М. Н. Никифоров ўсмани хорионэпителиома, деб аташни таклиф қилди. У хорионэпителиоманинг фақат эмбрион (пушт) пардаси элементларидан иборатлигини, она организми ҳужайралари (децидуал парда) эса хавфли ўсманинг ўсишида иштирок этмаслигини биринчи бўлиб аниқлади. Хорионэпителиоманинг эпителиал генезини исботлашда К. П. Улезко-Строгановнинг (1897) тадқиқотлари катта роль ўйнади.

Хорионэпителиома учун одам ҳомила тухуми трофобластига оид белгилар кўпроқ хосдир (хорионэпителиома ана шу трофобластдан ривожланади). Трофобласт сингари бу ўсма қон томирларни ёриш ва бачадон деворига чуқур кириб бориш қобилиятига эга. Кўп ҳолларда у ҳомила тухуми пайвандланган илгариги жойда ҳосил бўлади, бироқ, гарчи нисбатан камдан-кам ҳолларда бўлса ҳам, у бачадондан ташқарида (бачадон найларида, тухумдонларда) ҳам пайдо бўлади. Ниҳоят, ўсма биринчи бўлиб, айрим органларда (ўпка, жигар, меъда ва бошқаларда) ҳам ривожланган ҳоллар маълум. Жинсий органлардан ташқарида ҳосил бўлган бундай хорионэпителиома эктопик хорионэпителиома, деган ном олган. Жуда камдан-кам ҳолларда учрайдиган эктопик хорионэпителиомани узоқда жойлашган органлардаги ўсма метастазлари билан аралаштириб юбормаслик керак. Метастазланишда ўсманинг асосий тугуни бачадонда топилади, патологик процесс шу жойдан тарқалиб кетади.

Хорионэпителиома нисбатан кам учрайдиган ўсма саналади. Жаҳон йиғма статистикаси бўйича у 10 000 ҳомиладорликка биттадан ҳам кам тўғри келади. Кўп ҳолларда бу ўсма елбўғоздан кейин (25—40%), камроқ абортдан сўнг ва бундан ҳам кам туққандан кейин ривожланади. Одатда, у тугун кўринишида ўсиб, бачадоннинг юқори ярмида, кўпроқ унинг бурчакларидан бири соҳасида, камроқ бачадоннинг қуйи бўлимида жойлашган бўлади. Ўсма бачадон мускуллари бағрида, унинг ички юзаси билан мутлақо боғланмаган ҳолда ривожланиши ҳам кузатилади. Бундай шароитларда касал-

ликка диагноз қўйиш яна ҳам қийинлашади, чунки эндометрийдан олинган қирмада характерли маълумотлар бўлмайди.

Ўсма тугуни, одатда, тўқ қизил рангда бўлиб, ташқи кўриниши плацента кесмасини эслатади. Ўсма консистенцияси юмшоқ, баъзан нотекис, ивиб қолган қондан иборат бўлиб, унинг нисбатан озроқ қисмини ўсма тўқимаси эгаллаб туради.

Хорионэпителиомада томирлар бўлмаслиги уни фарқлаб турадиган хусусияти саналади. Ўсма томирлар деворини емириб ўзига қуйилган қон ҳисобига озиқланади. Бироқ бу озиқланиш кифоя қилмайди, шу туфайли ўсмада парчаланиш процесси юзага келади.

Хорионэпителиома кўпроқ қон томирлар бўйлаб тарқалади. Метастазлар ўпкада, марказий нерв системасида ва қинда ҳаммадан кўп пайдо бўлади.

Ўсма гистологик жиҳатдан хориал эпителий (синцитий ва цитотрофобласт) ҳужайраларининг хавфли ўзгаришларидан иборат бўлади. Ворсинкалар стромаси ва бачадоннинг кўчиб тушаётган пардаси ўсма ўсишида қатнашмайди.

Хорионэпителиомада тухумдонларда 30—50% ҳолларда атретик фолликулларнинг лютеинизацияга учраши натижасида ривожланувчи тека-лютеин кисталар ҳосил бўлади. Ўсмалар олиб ташланганидан кейин тухумдонлар секин-аста асли ҳолатига қайтади.

Хорионэпителиоманинг клиник манзараси, аввало, патологик процесснинг хавфли кечиши билан белгиланади. Хорионэпителиома тадқиқ қилинган барча ўсмалар орасида ўзининг хавфлилиги жиҳатидан биринчи ўринлардан бирини эгаллади ва таниқли рус гинекологи А. П. Губаревнинг образли қилиб айтишича, инсон организмида учрайдиган ўсмаларнинг айтарли энг хавфлисидир. Кўп ҳолларда ўсма тез метастазлар беради, унда септик инфекция тез ривожланади ва касаллар кам қонликдан, интоксикация ва кахексиядан (чўп-устихон бўлиб озиб кетишдан) ҳалок бўладилар. Бундай беморларни даволаб юбориш ҳоллари жуда кам.

Хорионэпителиомали беморларнинг ёши 17—65 атрофида бўлиши мумкин, аммо бу ўсма бола кўриш ёшида 20 дан 35 ёшгача, энг кўп такрор ҳомиладор бўлган аёлларда бундан ҳам кўп учрайди.

Охирги бўйида бўлиш билан касалликнинг бошланиши ўртасидаги оралиқ вақтни кўп ҳолларда аниқлаб бўлмайди, чунки латент давр бир неча ойдан 20 йилгача ва ундан ҳам узоқ вақт давом этиши мумкин. Шунга

қарамай, А. Э. Мандельштам (1971) қайд қилишича, хорионэпителиомага дучор бўлган беморларнинг кўпчилигида ўсма, одатда, охирги ҳомиладорликдан кейин бир йил ичида, кўпинча, дастлабки 3 ой ичида ривожланади. Мазкур беморда касалликнинг дастлабки симптомлари охирги марта қилдирилган абортдан 5 ҳафта кейин юзага чиққан, бу ҳол мазкур патологияга жуда хосдир.

Хорионэпителиоманинг бир қадар доимий ва характерли симптоми — бачадондан узоқ ва такрорий қон кетишидир, бу, одатда, ҳомиладорлик тугагандан кейиноқ бошланиб, бачадонни қисқартирувчи воситалар қўллашга ва бачадонни диагностик қиришга қарамай тўхтамайди. Ҳомиладорлик бўлмагани ҳолда ҳайзнинг қисқа муддатга кечикишида баъзан ўсма пайдо бўлишини эслатиб ўтиш керак.

Шуни таъкидлаб ўтиш зарурки, қон кетишининг кучи ва давомлилиги ўсманинг қачондан буён мавжудлиги ва унинг катта-кичиклигига бевосита боғлиқ эмас. Адабиётларда ўсма ҳали бачадон бўшлиғи билан туташмаган пайтлардаёқ қон кета бошлаган ҳоллар тасвирланган. Одатда, у қон йўқотиш билангина эмас, балки интоксикация ривожланишига боғлиқ анемия билан кечади.

Хорионэпителиоманинг бошқа муҳим симптоми — бу оқчилдир. Қасаллик бошида оқчил, кўпинча, сероз-қон аралаш бўлади (мазкур беморда ажралма сарғиш рангда), аммо кейинчалик, ўзгарган қон аралашганлиги туфайли тўқ қўнғир ранг олади, инфекция қўшилгач эса бадбўй ҳидли бўлади.

Кўпинча, беморларда ўсмага инфекция қўзгатувчилари тушганлиги туфайли иситма чиқади, бу айниқса бачадон қирилгандан кейин кўп кузатилади (мазкур бемор касалхонага келтирилганда тепмератураси 37,3° бўлган).

Қин орқали текшириб кўрилганда, одатда, ўсма ўсаётган миометрийнинг инфильтрацияга учраши ҳисобига бачадон ўлчамларининг катталашганлиги қайд қилинади. Қамроқ ҳолларда бачадон юзасида айрим-айрим жойлашган юмшоқ тугунларни пайпаслаб топиш мумкин, бу — бачадон миомасининг шишли формаси деб нотўғри диагноз қўйишга сабаб бўлади. Қин деворларини ҳамма вақт диққат билан кўздан кечириш керак, чунки шу ерда ўсманинг дастлабки метастазлари бўлиши мумкин. Фельдшер мана шундай кўздан кечиришда мазкур беморнинг қин орқа гумбази соҳасида метастаз

борлигини аниқлаган. Қинда метастазлар ўсма ҳужайраларининг орқага қайтаётган (ретроград) қон оқими билан кириши оқибатида ҳосил бўлади, чунки қин веналарининг клапанлари йўқ ва уларда осонликча манфий босим юзага келади.

Қинда метастазларнинг топилиши мазкур беморда хорионэпителиома диагнозини қўйишни анча енгиллаштиради.

Шундай қилиб, анамнез ва объектив текшириш маълумотлари асосида қинга метастазлар берган бачадон хорионэпителиомаси, деган тахминий диагноз қўя оламиз.

Бундай беморга фельдшер қанақа илож қилиши керак?

Қинига метастазлар берган бачадон хорионэпителиомасига шубҳа қилинган ва бачадонидан қон кетаётган беморни зудлик билан стационарга ётқизиш зарур. Бундай беморларни фельдшер ўзи шахсан кузатиб бориши керак.

Стационарда қандай қўшимча текшириш методлари ўтказиш керак?

Гарчи хорионэпителиома диагнозини қўйишда биринчи навбатда анамнез ва клиник маълумотларга асосланилар экан, демак, ушбу касаллик диагностикасида эндометрий қирмасини патоморфологик жиҳатдан текшириш ва хорион гонадотропин бор-йўқлигига реакция қилиб кўриш (сичқон, қуён, бақаларга реакция қилиб кўриш, иммунологик реакция ўтказиш) ғоят муҳим роль ўйнайди.

Қон кетиши муносабати билан бачадонни қириб олинган қирмани, айниқса, иккинчи марта олинган қирмани, патогистологик жиҳатдан албатта текшириш керак. Шундай йўл билангина мазкур фавқулодда хавфли касалликка ўз вақтида диагноз қўйиш мумкин. Афсуски, ушбу ҳолда бу энг муҳим қоида бажарилмай қолган ва касалнинг диагнозини аниқлаш учун икки марта қирилган ва ҳар гал ҳам олинган материални (қирмани) патоморфологик жиҳатдан текширилмаган, бу — касалликка ва у берган метастазларга кечикиб диагноз қўйишга асосий сабаб бўлган.

Кўпинча, ўсмалар бачадон девори бағрида жойлашган бўлганида қирмада фақат ивиб қолган қон билан некрозга учраган тўқима бўлаклари топилиши мумкин. Бундай ҳолларда суюлтирилмаган ва суюлтирилган сийдик билан хориал гонадотропин бор-йўқлигига реакция қилиб кўришнинг катта диагностик қиммати бўла-

ди. Бироқ хорионэпителиомаси бор айрим касалларда бу реакция манфий бўлиши ҳам мумкинлигини назарда тутиш лозим.

Бачадон хорионэпителиомаси қинга метастаз бериш билан бирга кўп ҳолларда ўпкага ҳам метастаз беради. Шунинг учун ҳам бундай беморнинг кўкрак қафасини синчиклаб рентгенологик ва рентгенографик текшириш зарур.

Бачадон хорионэпителиомасини, кўпинча, шиллиқ парда ости миомаси, плацента полипи, елбўғоз, бачадон танаси раки, ички эндометриоз ва ановулятор қон кетишидан дифференциялаб олишга тўғри келади.

Бачадон шиллиқ пардаси ости миомасини бачадонга зонд киритиб ёки метрография маълумотларига асосланиб истисно қилиш мумкин. Плацента полипи диагнозини қўйишда бачадон қирмасида ичига бириктирувчи тўқима ўсиб кирган эски хорион ворсинкалари топилишига асосланилади. Хориал эпителийнинг хавфли ўсмага айланиб кетиш белгилари бўлмайди, хорион гонадотропинига қилинган реакция манфий бўлади. Бачадоннинг катталашуви ҳайз кечикиб қолиши муддатига тўғри келмаслиги ва бачадон диагностик қирилганда хорион ворсинкаларининг ўзига хос ўзгарганлиги елбўғоз учун характерлидир.

Бачадон танаси раки асосан кекса аёлларда учрайди. Унинг дастлабки симптомлари одатда суюқ тиниқ оқчил келиши бўлиб, кейинроқ тартибсиз қон кета бошлайди. Эндометрий қирмасини патоморфологик текширувдан ўтказиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ички эндометриознинг ривожланиши деярли ҳамиша альгоменорея симптомининг рўй-рост юзага чиқиши билан характерланади. Бачадоннинг катта-кичиклигига эътибор бериш лозим, одатда, у ҳайз келишидан олдин ва ҳайз вақтида катталашиб, ҳайз тугагандан сўнг кичраяди. Эндометрий қирмасида шиллиқ парданинг ҳайз кўриш цикли фазасига тўғри келадиган ўзгаришлари топилади. Бўйида бўлганлигини синаб кўриш учун қилинган иммунологик реакция манфий бўлади.

Бачадондан дисфункционал қон кетишида бачадон танаси шиллиқ пардаси қирмасида ҳамма вақт ановулятор циклга (полипоз, безсимон-кистоз эндометрий) хос манзара бўлади. Бўйида бўлганлигини синаб кўриш учун қилинган иммунологик реакция манфий бўлади.

Давоси қанақа?

Хорионэпителиомаси бор беморларни, асосан, операция қилиб даволанади. Шу билан бир қаторда химиоте-

рапия (метатрексат ва ўсмага қарши бошқа препаратлар) кенг тарқалди. Мазкур препаратлар таъсирида кўп беморларда метастазланиши бутунлай ёки қисман йўқолиб кетиши кузатилди.

Операция қилингандан кейин давонинг узоқ келажакдаги нафини аниқлаш учун гинеколог ва онколог врачларнинг 2—5 йил мобайнида мунтазам кузатувини жорий қилиш керак. Гинекологик кўздан кечириш ва ўпкани рентгеноскопия қилиш билан бир қаторда вақт-вақти билан хориал гонадотропинга реакция қилиб кўрилади. Биринчи йил давомида бундай текширувни ҳар ойда, иккинчи йили 2—3 ойда бир марта, кейинги йилларда, агар метастазлар топилмаган бўлса, йилда 2—3 марта, метастазлар бўлганда — ҳар 3 ойда бир марта ўтказилади.

V БОБ

БАЧАДОН МИОМАСИ

БАЧАДОН МИОМАСИ, МЕТРОРРАГИЯ

Бемор Г., 34 яшар, жинсий йўлларидан қон кетаётганидан шикоят қилиб, 1978 йил 27 декабрь куни фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар касалликларидан қизамиқ ва сувчечакни бошидан кечирган, катта бўлгач зотилжам бўлган, буйрак-тош касаллиги бор. 14 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, бир йил ўтгач маромига тушган, ҳар 30 кунда 5—6 кун, оғриқли, кўп келади. Турмушга чиққандан, туққанларидан ва аборт-лардан сўнг ҳам ҳайз кўриш функциясининг табиати ўзгармаган. Кейинги икки йил мобайнида ҳайз қони кўпроқ ва давомлироқ келадиган бўлиб қолган, икки марта бачадондан ациклик қон кетиши қайд қилинган. 1977 йилда қон кетиши туфайли бачадони диагностик қирилган аёлнинг сўзларига қараганда, полиплар топилган (медицина ҳужжатлари йўқ). Ҳайзлар даврида бачадонни қисқартирувчи воситалар тавсия қилинган, ҳайз бошланишидан 8 кун олдин 6 кун мобайнида 2 таблеткадан тил тагига прегнин тавсия қилинган. Бундай даводан кейин аҳволи бир қадар яхшиланган, аммо 1978 йилнинг август ойида бачадондан яна ациклик қон кетган.

22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Бўйида бўлишдан мунтазам сақланмайди. Эри 37 ёшда, хроник аппендицити бор. 3 марта бўйида бўлган (биттасини ой-кунига етказиб туққан, иккитаси сунъий аборт билан тугаган). Туққандан ва абортдан кейинги даврлар асоратларсиз ўтган. Оқчил келиб безовта қилмайди, қовуқ ва тўғри ичак функциялари бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи (ҳайз кўриш функциясига ҳам қаранг). Беморда 10 декабрдан 18 декабргача навбатдаги ҳайз келган, у тўхтагандан кейин орадан бир неча кун ўтгач қон кета бошлаган. Қон кетиши 3 кун давом этади, вақти-вақти билан кучли қон кетади, қон лахталари аралашган бўлади. Бачадонни қисқартирувчи воситалар (стиптицин, кальций хлорид ва бошқалар) мусбат натижа бермаган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қомати расо, тўлалиги қониқарли. Тери қопламлари, кўзга кўринib турадиган шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарлича ривожланган. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган, тана температураси 36,7°, артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм, томири минутига 76 марта уриб турибди, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Юраги ва ўпкасида патологик ўзгаришлар топилмаган. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, нафас олиш актида қатнашади, юза ва чуқур пальпация қилиб кўрилганида оғримайди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини кенгроқ, туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни бир қадар гипертрофияланган. Олдинги туғруқлардан қолган йиртилиш қолдиқлари бор. Бачадоннинг ташқи оғзидан қон лахталари аралаш қорамтир ажралмалар мўл чиқиб турибди. Бачадон бўйнида эрозия йўқ. Бачадон 8 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада катталашган, шакли шарсимон, устки юзаси нотекис, вазияти тўғри, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ўнг томондаги бачадон ортиқлари ҳам, чап томондаги бачадон ортиқлари ҳам пальпация қилинганида қўлга уннамайди. Улар жойлашган соҳа оғримайди. Қин гумбази шишиб туртиб чиқмаган.

Гап қанақа касаллик ҳақида бориши мумкин? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Беморга нима илож қилиш лозим? Ушбу касалликнинг диагностик ва даволаш методлари қанақа бўлади?

Анамнез маълумотлари, шикоятлари ва бимануал текшириш маълумотлари асосида фельдшер бачадон фибромиомаси ва метроррагия, деган тахминий диагноз қўя олади.

Бундай диагноз қўйишга гувоҳлик берадиган нима? Бу саволга жавоб беришдан олдин бачадон миомасининг патогенези ва энг муҳим клиник симитомларига қисқача тўхталиб ўтамиз.

Бачадон миомаси аёллар жинсий органларининг анча кўп учрайдиган хавфсиз ўсмаси ҳисобланади. Статистика маълумотларига қараганда бу ўсма гинекологик касал бўлган ҳар 10—14 аёлдан биттасида учрайди, айниқса, 30 ёшдан ошган аёлларда кўпроқ (касалларнинг 15—17% ида) учрайди.

Ҳозирги тасаввурларга кўра бачадон миомаси гипоталамус — гипофиз — буйрак усти безлари пўстлоғи — тухумдонлар системасидаги бузилишлар оқибатида ривожланадиган типик дисгормонал ўсма саналади. Ўсма дастлаб миометрия бағрида (интерстициал равишда) юзага келади, кейин ўсиш хусусиятига қараб субсероз ёки субмукоз тугунлар ривожланади. Кўпинча, ўсма тугунларнинг фақат интерстициал жойлашиши билангина чекланиб қолади. Фиброматоз тугун атрофида ўраб турган тўқималарнинг босишидан капсула ҳосил бўлади. Ўсманинг интерстициал тугунларида капсула мускул ва бириктирувчи тўқима элементларидан ташкил топган бўлади, субсероз тугунларда эса у шунингдек қорин пардаси (қопламаси) ҳисобидан ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Субмукоз тугунлар капсуласи мускул қатлами билан эндометрийдан ташкил топиши мумкин.

Ўсма кўпинча зич консистенцияли бўлади. Зичлик-

нинг даражаси бириктирувчи тўқиманинг нечоғли тез ривожланиши ва қон айланиш хусусиятларига боғлиқ. Йўл-йўлакай шуни қайд этиб ўтамизки, биз кузатаётган беморда қин орқали текшириб кўрилганда, шунингдек зич консистенцияли, юзаси нотекис, ғадир-будур бачадон ўсмаси топилган эди.

Юқорида қайд қилиб ўтилганидек, бачадон миомаси дисгормонал ўсма, яъни бачадонда гипофиз ва тухумдонлар ўртасидаги гормонал нисбатнинг издан чиқиши таъсирида вужудга келадиган ўсмадир. Бачадон миомасига дучор бўлган кўп касалларда ҳайз кўриш цикли овулятор (икки фазали) бўлади, бироқ айрим фазаларнинг давомлилиги ўзгариб туради. Кўпроқ циклнинг биринчи фазаси узайиб, иккинчиси қисқаради, натижада, нисбий гиперэстрогения ҳолати ривожланади, яъни бачадонга эстрогенлар узоқроқ таъсир этади. Эстроген гормонлар фақат эндометрийни эмас, балки миометрийни ҳам пролиферацияга учратиши яхши маълум.

Тахминан 20% беморларда фолликул персистенцияси, шунингдек атрезияси типи бўйича ановулятор цикл қайд қилинади. Фолликул узоқ ривожланганида (персистенциясида) эстрогенлар бачадонга узоқ ва ошган миқдорда таъсир қилади. Атретик фолликулда эстрогенлар ишланишининг абсолют кўпайиши кузатилмайди, аммо бу гормонлар бачадонга узоқ вақт таъсир кўрсатиб туради, бу эса оқибат-натижада миома ривожланишига олиб келади. Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, айрим эстроген фракцияларини анализ қилиб кўрилганда улардан энг активлари (эстрадиол) кўпроқ эканлиги қайд қилинган.

Бачадон миомасининг ривожланиш механизми қандай бўлишидан қатъи назар эстрогенларнинг миометрийга узоқ вақт таъсир қилиш оқибатлари бир хил бўлади. Бу — миометрийнинг силлиқ мускул тўқималарида айрим мускул пролифератлари пайдо бўлиб, ўсма тугунлари ҳосил бўлиши билан юзага чиқади. Бачадон фибромиомаси келиб чиқишидаги бу назария фақат клиникада эмас, балки экспериментда ҳам тўла-тўкис тасдиқланди.

Бачадон миомаси патогенезини билиш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Айтиб ўтилганлардан равшанки, ошган миқдорда эстрогенларнинг узоқ таъсир этиши камдан-кам миометрий билан чегараланиб қолади. Кўп беморларда патологик процессга эндометрий ҳам тортилади (полипоз, безсимон-кистоз гиперплазия). Эстрогенларнинг кўп ишлаб чиқарилиши эстрогенларга боғ-

лиқ бошқа тўқималар учун ҳам (булар қаторига сут безларни ҳам киритиш керак) ёмон оқибатлар келтиради. Шунинг учун ҳам бачадон фибромиомаси бор беморларда кўпинча сут безларда безсимон-фиброз пастопатия келиб чиқади.

Айтиб ўтилганлар муҳим амалий хулоса чиқаришга имкон беради: бачадон фибромиомаси бор аёлни текшираётган фельдшер ёки врач сут безларни ҳам жуда қунт билан пальпация қилиб кўриши керак.

Бачадон фибромиомасининг етакчи симптоми менструал қон кетишининг кучайиши ва чўзилиб кетиши (меноррагия) бўлиб, у бир қатор сабабларга боғлиқ. Улардан энг муҳимлари қаторига ўсма тугунлари ривожланиши натижасида миометрийнинг қисқариш қобилияти заифлашуви ва бачадон ички юзаси майдонининг (ҳайз пайтида шиллиқ парда кўчиб тушадиган майдоннинг) катталашуви киради. Биз кузатаётган беморда касаллик ривожланиши худди мана шу симптом билан бошланган. Бироқ тез кунда циклик қон кетишлар фонида унда ациклик қон кетиши (метроррагия) пайдо бўлган.

Бачадон фибромиомасида метроррагия келиб чиқишига кўра ҳар хил бўлиши мумкин. Тугунлар центрипитал ўсганда ёки улар шиллиқ парда остида жойлашганда юзага келган фибромиомада ациклик қон кетиши, айниқса, кучли бўлади. Аммо метроррагия симптоми кўпинча тухумдонлар функциясининг биргаликда бузилиши (бачадондан дисфункционал қон кетиши) га боғлиқ бўлади. Асосан ановулятор характердаги тухумдонлар дисфункцияси аксарият бачадон фибромиомаси билан бирга келади, чунки бачадон миомасининг ҳам, тухумдонлар дисфункциясининг ҳам патогенезида бир хил патологик процесс ётади.

Биз кузатаётган беморда, афтидан, худди шунга ўхшаш патологик манзара кузатилади. Дарҳақиқат, кучли ациклик қон кетиши туфайли ўтказилган диагностик қириш операциясида унда эндометрий полиплари топилди, бу — метроррагиянинг дисфункционал характерда эканлигини кўрсатади. Борди-ю, бачадон қирилганида врач бачадоннинг нотекислигини, деворларининг бўртиб турганлигини аниқлаганда эди, у ҳолда олинган маълумотлар бачадон шиллиқ ости миомаси борлигини кўпроқ тасдиқлаган бўлар эди. Бунда бемор зудлик билан операция қилиниши керак эди.

Йўл-йўлакай шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бачадон миомаси билан ациклик қон кетишида бачадонни

ниҳоятда авайлаб, ўсманинг субмукоз жойлашган тугунини кюретка билан беҳосдан шикастлаб қўймай қириш керак. Қўполлик билан қириш субмукоз тугун бутунлиги бузилишига ва профуз қон кетишига олиб келиши мумкин.

Бачадон фибромиомасининг бошқа симптомларидан, одатда, бачадон бойлами аппаратининг таранг тортиши, унинг қорин пардадан иборат устки қопламининг чўзилиши, шунингдек, ўсиб келаётган ўсманинг атроф-даги органлар ва тўқималардан босилиши туфайли юзага келадиган оғриқ синдромини кўрсатиб ўтиш керак. Бу симптомларга одатда, анча катта ўсмалар сабаб бўлади.

Қўшни органлар (қовуқ ёки тўғри ичак) нинг босилиши ўсманинг жойлашган ўрнига ва тугунларнинг қай йўналишда ўсишига боғлиқ. Биз кузатаётган беморда оғриқ синдроми ва қўшни органларни босиб қўйиш белгилари йўқ, аммо бу бачадон миомаси диагнозини истисно қилмайди.

Шундай қилиб, бачадон миомаси диагнози мазкур ҳолда ҳеч қандай шак-шубҳа туғдирмайди.

Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Бачадон миомасини, аввало, тухумдоннинг хавфсиз ёки хавфли ўсмасидан, бачадон танаси ракидан, бачадондан дисфункционал қон кетишидан, ички эндометриоз ва ҳомиладорликдан дифференциациялаб олиш керак.

Тухумдоннинг хавфсиз ўсмалари (кистомалар, фибромалар) қаттиқ (тухумдон фибромасида) ёки зичэластик консистенцияли бўлади. Ўсма бачадондан айрим ҳолда қўлга уннайди. Борди-ю, ўсманинг қаердан бошланишини аниқлаш қийин бўлса, у ҳолда бачадон бўйнини ўқсимон (пулевой) қисқич ёрдамида пастга тортиш керак. Агар бунда ўсма бачадон билан бирга сурилса, у ҳолда ўсма бачадондан келиб чиққан бўлади (субсероз миома); борди-ю, деярли сурилмай қолса, у ҳолда гап тухумдон ўсмаси ҳақида боради. Бундай ҳолларда кичик чаноқ органларини пневмоперитонеум шароитида рентгенография қилиш, шунингдек, лапароскопия ва ультратовуш ёрдамида текшириш самарали бўлиб чиқади. Табиийки, текширишнинг бу замонавий методлари фақат ихтисослаштирилган гинекологик стационардагина қўлланилиши мумкин.

Субсероз фибромиома билан тухумдонларнинг гормонал актив ўсмасини дифференциал диагностика қилишда муайян қийинчиликлар юзага келади, чунки улар

миома сингари циклик ёки ациклик қон кетиши билан кечади. Бу иккала касалликни фарқлашда юқорида миомалар билан тухумдон ўсмаларининг дифференциал диагностикасида тасвирлаб берилган белгиларни инобатга олиш керак. Шубҳа қилинган ҳолларда масала операция пайтида ҳал қилинади.

Бачадон фибромиомасида қон аралаш ажралма узоқ вақт келадиган бўлса, бачадон танаси раки билан дифференциациялаб олиш керак. Бу иккала касаллик бирга келиши мумкинлигини назарда тутиш керак. Бу касалликларнинг дифференциал диагностикасида бачадонни диагностик қириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Айтарли катта бўлмаган бачадон фибромиомаси билан бачадондан дисфункционал қон кетишини дифференциал диагностика қилишда анчагина қийинчилик пайдо бўлиши мумкин. Юқорида қайд қилиб ўтганимиздек, бу иккала касаллик жуда кўп ҳолларда биргаликда учрайди. Одатда, бачадондан дисфункционал қон кетишида бачадон эстрогенлар таъсирида бирозгина катталашади (6—7 ҳафталик ҳомиладорликка мос келади), аммо фибромиомага қарама-қарши ўлароқ, бачадон юзаси ғадир-будур эмас, балки текис бўлади. Бачадонни диагностик қирилганда эндометрий пролиферацияси (полипоз, безсимон-кистоз гиперплазия) борлиги ойдинлашади.

Бачадон фибромиомаси билан ички эндометриознинг дифференциал диагностикасида қуйидаги симптомларни назарда тутиш керак. Ички эндометриозда бачадон камдан-кам ҳолларда анча катталашган бўлади, айни пайтда фибромиомада бачадон 16 ҳафталик ҳомиладорликдаги сингари ва ҳатто ундан катта бўлиши мумкин. Аденомиозда бачадон юзаси силлиқ, фибромиомада эса ғадир-будур. Ички эндометриозда меноррагия билан альгодисменорея етакчи симптом ҳисобланади, фибромиомада эса меноррагиянинг ўзи кузатилади. Шунингдек, ҳайз олдидан ва ҳайз даврида бачадон катталашуви каби аденомиознинг муҳим белгисига ҳам эътибор бериш керак, бу — бачадон мускуллари бағрида жойлашган эндометриоид кисталарга қуйилиб тўпланиб қолган қон туфайли юзага келади.

Шуни унутмаслик керакки, ички эндометриоз, кўпинча, фибромиома билан қўшилиб келади. Шунинг учун кўп беморларда у ёҳуд бу касалликнинг айрим симптомлари бирга қўшилиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда узил-кесил диагноз олинган препаратни патогистологик текширгандан кейин қўйилади.

Бачадон фибромиомасини ҳомиладорликдан дифференциялаб олишга тўғри келади. Ҳомиладорликда бачадон юмшоқ, ўзига хос консистенцияли бўлади. Ҳомиладорликнинг ишончли ва эҳтимол тутилган белгиларига эътибор бериш керак. Зарурат бўлганда ҳомиладорликка иммунологик ёки биологик реакциялар қилиб кўрилади.

Жувонларда бачадон миомаси ҳомиладорлик билан қўшилиб келиши мумкин (туғадиган ёшдаги беморларнинг 0,1—0,7 процентида). Бачадон фибромиомаси бўлганда ҳомиладорлик диагнозини қўйиш анча қийинлашади. Бу ўринда икки хил масалани ҳал қилиш лозим. Чунончи, айрим аёлларда бачадон фибромиомаси бўлганда ҳомиладорлик диагнозини тасдиқлаш ёки инкор қилиш зарур бўлиб қолса, бошқаларида эса фибромиомами ёки ҳомиладорликми —ана шуни аниқлаш зарур бўлиб қолади. Ҳомиладорлик муддати ва ўсманинг табиатини ойдинлаштириб олиш ҳам бирмунча қийинчиликка сабаб бўлади. Ҳомиладорликни унинг илк муддатларида, бачадон фибромиомаси кўп бўлганда аниқлаш айниқса қийин бўлади, чунки бунда бачадоннинг катта-кичиклиги, шакли ва консистенцияси кўпинча тўғри диагноз қўйиш учун ишончли маълумотлар бермайди. Ҳомиладорликка қўйилган иммунологик ёки биологик реакция ёки битта мутахассиснинг аёлни қайта-қайта текшириши эртами-кеч ҳомиладорлик борлиги ҳақидаги масалани ҳал қилишга имкон беради.

Беморга қанақа илож қилиш керак?

Бачадон миомаси бор ва қон кетаётган беморни клиник текшириш ўтказиш, диагнозни ойдинлаштириш ва даволаш учун зудлик билан гинекологик стационарга ётқизиш керак. Қон кетишини камайтириш учун бемор аёлни транспортга олиб чиқишдан олдин бачадонни қисқартирадиган воситалардан инъекция қилиш зарур. Кучли таъсир этувчи метилэргометрин типидаги препаратларни юбориш маъқул кўрилмайди, чунки бачадоннинг кескин қисқариши миоматоз тугунларни некрозга олиб келиши мумкин. Бачадонидан қон кетаётган беморни фельдшер кузатиб бориши керак. Қасал олиб бориладиган транспорт силкитмайдиган, юмшоқ бўлиши керак.

Ушбу касалликнинг диагностикаси билан даволаш методи қандай? Бу саволга бир хил жавоб бериб бўлмайди, чунки бачадонида миома бор беморларни текшириш ва касалликнинг хусусиятларига қараб даволаш индивидуал олиб борилади.

Текшириш жараёнида ўсма тугунининг субмукоз жойлашганини ва эндометрий ракини биринчи навбатда истисно қилиш керак. Фибромиома тугунининг субмукоз жойлашганлигини бачадонга зонд киритиб аниқлаш мумкин, аммо бу метод етарли даражада аниқ бўлмайди. Гистеросальпингография қилиб кўриб ишончли маълумотлар олиш мумкин. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадондан қон кетаётганида гистеросальпингографияни мойдаги контраст эритмалар билан эмас (ёғ эмболияси хавфи туфайли!), балки сувдаги контраст эритмалар билан қилиш керак. Шунингдек гистерография бачадоннинг шиллиқ парда ости миомасини топишда замонавий яхши метод бўлиб хизмат қилади.

Бачадон танаси раки бачадонни диагностик қириш ёрдамида истисно қилинади, миомада эса субмукоз тугунни шикастлаб қўймаслик учун эҳтиётлик билан қириш керак.

Борди-ю, текшириш жараёнида миома бачадоннинг кўп тугунчали миомаси, деган дастлабки диагноз тасдиқланиб, миомага ўхшаш симптомлари бўлган бошқа касалликлар истисно қилинса (бачадон фибромиомасининг дифференциал диагностикасига қаранг), шундагина даволаш билан боғлиқ масалаларни ҳал қилишга киришилади.

Ўсманинг айтарли катта эмаслиги (8 ҳафталик ҳомиладорликка мос келиши) бачадонни диагностик қирилганидан сўнг нисбатан анча вақт ўтганини ҳисобга олиб, олдин бачадонни диагностик қирилади, сўнг прогестинлар билан даволаш ўтказилади (8—12 ой мобайнида). Бу — беморларда ўсма катта бўлмаганда ва эндометрий гиперплазияси бўлганда айниқса яхши кор қилади. Синтетик прогестинлар комбинация қилинган препаратлар кўринишида ҳам (буларни ҳайз кўриш циклининг 5-кунидан 25-кунлари орасида), фақат гестагенлар кўринишида ҳам берилади (уларни навбатдаги ҳайзга 8—10 кун қолганда буюрилади).

БАЧАДОННИНГ КЎП ТУГУНЧАЛИ МИОМАСИ, МЕНОРРАГИЯ

Бемор Г., 38 яшар, жинсий йўлларидан қон келиши, ҳолсизлик, бош айланишидан шикоят қилиб, 1979 йил 28 ноябрда аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ ва тепки касаллигини бошидан кечирган. Катта бўлганида шамоллаш касалликлари билан тез-тез огриб турган, мигрени бор. 13 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи дарҳол маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 5—7 кун келади, оғриқсиз, айникса, дастлабки 2 кунда кўп келади.

Охирги туғишидан кейин ҳайзи камроқ келадиган бўлиб қолган, аммо давомлилиги қисқармаган. Охирги марта 30 октябрдан 5 ноябргача ўз муддатида бўлиб ўтган. 22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 42 ёшда, ўн икки бармоқ ичак яраси касаллигига чалинган.

4 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини туққан, 2 тасини аборт қилдирган. Охирги марта 2 йил олдин бўйида бўлган ва ой-куни тўлиб асоратларсиз туққан. Оқчил келиб безовта қилмайди, қовуғи ва тўғри ичак функцияси издан чиқмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Ҳайз кўриш функцияси юзага келган бутун давр мобайнида аёл амалда ҳайзи кўп ва давомли бўлиши билан қийналиб келган, фақат охирги туғишидан кейингина ҳайзи камроқ келадиган бўлиб қолган. Бироқ кейинги 6 ой ичида ҳайзи яна анча кўп, лахталар аралаш келадиган бўлиб қолган. Қон келишининг циклиллиги бузилмаган. Врач акушер-гинекологга мурожаат қилган, у бачадоннинг 8 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада катталашганлигини топган (бачадон фибрози диагнози қўйилган). Симптоматик даво буюрилган, аммо унинг нафи бўлмаган. 27 ноябрда навбатдаги ҳайз ўз муддатида келган ва бу бачадондан қон кетишига айланган. Беморда қон кетиши сабабли беҳоллик, боши айланиши, ранг оқариб кетиши кўрилган. Шундай шикоятлар билан у медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг тана тузилиши расо, семизликка мойил. Териси ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари оқ рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашган. Томоги қизармаган. Тана температураси 36,7°. Томири минутига 90 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар йўқ. Қорни юмалоқ шаклда, нафас олиш актида актив қатнашади. Пальпация қилиб кўрилганида қов устида қаттиқ ҳаракатчан ўсма борлиги аниқланади, ўсманинг юқори қутби қов билан киндик орасидаги масофанинг ўртасида жойлашган. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қини одатдагича, туққан аёлларникига хос. Қин лахталар аралаш суюқ қон билан тўлиб турибди. Қони тозалангач, қинга кўзгу солиб бачадон бўйни кўздан кечирилди, бунда бачадон бўйнининг цилиндр шакллари, ташқи оғзи ёриқсимон, бўйнида эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи бачадон бўғизига бармоқ учи киради. Бачадон танаси 16 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган катталикдаги ўсмадан иборат, устки юзаси нотекис, ғадир-будур, консистенцияси зич. Ўсма пальпация қилинганда осон силжийди, оғримайди. Ўнг тухумдон 7х8 см келадиган размерда катталашган, чап ортиқларида ўзгаришлар йўқ. Қин гумбазлари бўш.

Диагнози қанақа? Беморга қанақа илож қилиш керак? Қандай касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Давоси қанақа?

Касалликнинг диагностикаси мазкур ҳолда айтарли мураккаб эмас.

Анамнез маълумотлари, беморнинг характерли шикоятлари, касаллик ривожланишининг тарихи ва бимануал текшириш маълумотлари асосида бачадоннинг кўп тугунчали миомаси ва меноррагия, деб диагноз қўйиш

мумкин. Тез-тез ва давомли қон кетишлар натижасида беморда, афтидан, постгеморрагик анемия ривожланган, ҳолсизлик, оқариш, тез чарчаш ва бошқа характерли симптомлар шундан далолат беради.

Ўнг тухумдондаги ўзгаришлар характерига баҳо беришда ҳар хил фикрлар туғилиши мумкин. Бу масалага биз дифференциал диагностика ўтказишда батафсил тўхталиб ўтамиз. —

Ҳозирги пайтда адабиётда бачадон миомасини типик дисгормонал ўсма деб ҳисоблаш қабул қилинган. Касаллик кўпинча дастлабки ўзгаришлар гипоталамус-гипофиз системасида пайдо бўлиши натижасида келиб чиқади, бунда кўпинча лютеинловчи гормон (ЛГ) етарли ишланиб чиқмаган ҳолда фолликулларни стимулловчи гормон (ФСГ) маҳсулотининг зўр бериб ишланиб чиқиши рўй беради. Бунинг оқибатида тухумдонларда кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида бир нечта фолликуллар етилади, булар кейин овуляциясиз тескари ривожланишга (атрезияга) учрайди.

Шундай қилиб, кўпгина ҳолларда бачадон миомасининг патогенези бачадондан дисфункционал қон кетиши патогенезига жуда яқин туради. Шу нарса характерлики, бачадон миомасида ҳам, бачадондан дисфункционал қон кетишида ҳам эстроген гормонларнинг узоқ вақт таъсири эндометрий гиперплазиясига олиб келади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон миомасининг ривожланиши ҳамма ҳолларда ҳам ановуляция билан кечмайди. Кўп беморларда ҳайз кўриш цикли овуляцияли бўлиб, биринчи ва иккинчи фазалари рўй-рост юзага чиқади. Бундай аёлларнинг, агар улар бола кўриш ёшида бўлса, бўйида бўлади, бу — нормал овулятор циклнинг энг аниқ тасдиғи саналади. Ниҳоят, бачадон миомаси бор айрим аёлларда овулятор цикл циклнинг иккинчи фазаси етишмаслиги белгиларига эга бўлади. Бундай беморлар функционал бўйида бўлмасликка йўлиқади ёки эндокрин сабабларга кўра боласини чала ташлайдиган бўлиб қолади.

Бинобарин, бачадон миомасининг дисгормонал характерини ва ўсма келиб чиқиши асосида ётувчи мускул элементлари гиперплазиясида эстрогенлар ролини тан олиш билан бирга шуни назарда тутиш керакки, бачадон миомаларининг барчасини ҳам ўсма келиб чиқишининг эндокрин назарияси нуқтаи назаридан тушунтириб бўлмайди. Шубҳасиз, бачадон миомалари патогенези ҳақидаги масала келажакда жиддий ўрганишни талаб этади.

Бачадон миомасининг келиб чиқишидаги дисгормонал назария кўпгина аёлларда мазкур касалликда кузатиладиган тухумдонлардаги характерли ўзгаришларни ҳам бизга етарли даражада тушунтириб беради. Гипофиз олд бўлаги ФСГ ни кўплаб ишлаб чиқариши ва овуляция процессининг бузилиши натижасида тухумдонларда кистоз дегенерация, деб аталувчи ҳодиса рўй беради. Бу процесс типик атретик фолликуллардан иборат бир талай майда фолликуляр кисталар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Шуниси характерлики, бу кисталар камдан-кам ҳоллардагина анча катталашади, яъни тухумдон кистаси кўп учрайдиган ҳодиса эмас. Бачадон миомасида тухумдоннинг эпителийдан келиб чиқадиган чин ўсмаси (кистома) бундан ҳам кам учрайди. Шунинг учун ўнг тухумдон размерларининг катталашуви (мазкур беморда бу нарса қайд қилинди) типик кистоз ўзгаришдан иборат бўлади. Бироқ тухумдондаги патологик процессининг ҳақиқий характери ҳақида операция вақтида қисман кесиб олинган ёки бутунлай олиб ташланган тухумдонни гистологик жиҳатдан текширгандан кейингина ҳукм чиқариш мумкин.

Биз кузатаётган беморда бачадон миомасининг клиник манзараси етарлича ўзига хосдир. Касаллик бошланғич босқичларида, кўпинча, симптомсиз кечади, кейин бачадоннинг катталашганлиги маълум бўлади, бунда кўпинча типик симптом — қон кетиши (меноррагия) пайдо бўлади. Бачадон миомасида ҳайз қонининг кучайиши ва чўзилиб кетиши асосан ўсма ривожланиши оқибатида миометрийнинг қисқариш қобилияти пасайиб кетиши, шунингдек, ҳайз пайтида шиллиқ пардаси десквамацияга учрайдиган, бачадон ички юзасининг кенгайиши билан боғлиқ бўлади. Ациклик қон кетишининг циклик қон кетишига уланиб кетиши, одатда, ё бачадоннинг шиллиқ парда ости миомаси тўғрисида, ёки бачадон миомасининг тухумдонлардаги ановулятор ўзгаришлар билан қўшилиб келганлиги тўғрисида гувоҳлик беради (25% беморларда). Биз кузатаётган беморда ҳайз циклининг ритми бузилмаган ҳолда типик гиперполименорея юзага келган. Шу сабабли беморда ўсманинг шиллиқ парда остида жойлашган тугуни йўқ ва бачадон миомаси бачадондан дисфункционал қон кетиши билан қўшилиб келмаган, деб тахмин қилиш мумкин.

Бачадон миомаси ўсиши туфайли вужудга келган такрор, давомли қон кетишлар, кўпинча, постгеморрагик анемияга сабаб бўлади. Бу асорат, афтидан, биз куза-

таётган беморда ҳам бор, чунки анемиянинг клиник белгилари шундоққина кўзга ташланиб турибди.

Бачадон миомасида қин орқали текширишдан олинган маълумотлар етарлича ўзига хосдир. Бачадон размерлари катталашади, устки юзаси талайгина ўсма тугунлари ҳосил бўлганлиги туфайли ғадир-будур бўлиб қолади. Бачадонни пайпаслаб кўрилганида, агар ўсманинг дистрофик тугунлари бўлмаса, огримайди. Биз кузатаётган беморда худди шундай манзарани кўрамиз.

Бачадон миомасининг ўсиши турли хил беморларда турлича. Баъзи бемор аёлларда ўсманинг размерлари секин катталашиб боради, бошқаларда, аксинча, нисбатан тез катталашади. Бизнинг беморда, анамнез маълумотларига қараганда, миома нисбатан тез ўсиб борган, чунки ўсма 6 ой ичида 8 ҳафталикдан 16 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада ўсган. Миоманинг тез ўсиб бориши, одатда, бачадоннинг мускул элементлари зўр бериб кўпайиши, шунингдек, тугунларнинг иккиламчи ўзгаришларга учраши (шишиши), баъзан эса, бачадон саркомаси пайдо бўлиши билан боғлиқ. Бачадоннинг миомаси ва саркомасининг дифференциал диагностикаси олиб ташланган органни (бачадонни) гистологик текширишдан сўнг ҳал қилиниши мумкин, чунки сиртдан бу иккала касаллик бир-биридан фарқ қилмайди.

Бачадон миомаси размери 16 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган ва бачадондан кўп қон кетиши билан аёллар консультациясига мурожаат қилган беморга нима илож қилиш керак? Бу масала мураккаб эмас. Бундай касалларни зудлик билан гинекологик стационарга ётқизиб, уларга зарур медицина ёрдами кўрсатиш мумкин. Бундай касални аёллар консультациясининг акушеркаси кузатиб бориши лозим. Транспортга олиб чиқиш олдидан қон тўхтатувчи воситалар, шунингдек, бачадонни қисқартирувчи препаратлар юбориш мақсадга мувофиқдир.

Мазкур ҳолда қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш зарур? Бола кўриш ёшидаги аёлда бачадон миомаси кучли қон кетиши билан оғирлашар экан, биринчи навбатда, бачадондаги узилган ҳомиладорликдан, сўнгра бачадондан дисфункционал қон кетишидан, ички эндометриоздан, бачадон танаси ракидан ва тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмасидан, камроқ ҳолларда, елбўғоз ҳамда хорион эпителиомадан дифференциялаб олиш керак. Ҳоми-

ладорликда ҳамма вақт ҳайз тўхтайди, бачадон юмшоқ консистенцияли бўлади, Горвиц — Гегар, Пискачек, Снегирев белгилари юзага чиқади. Борди-ю, бачадон ҳомиладорлиги узила бошласа (бошланаётган аборт), у ҳолда бачадон тонуси кучайиб бачадон бўйни бир оз очилади. Бошланиб келаётган абортда қон кетиши кучли бўлмайди.

Ҳомиладорлик ва бачадон миомаси қўшилиб келганда диагноз қўйиш анча қийинлашади. Бундай ҳолларда ультратовуш ёрдамида текшириш (бачадонда ҳомила тухумининг топилиши) ва хорионик гонадотропинга иммунологик реакция қилиб кўриш (мусбат реакция) катта диагностик ёрдам беради.

Бачадондан дисфункционал қон кетишида бачадон, одатда, айтарли катталашмайди (6—7 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган бўлади). Унинг юзаси гадир-будур бўлмай балки силлиқ бўлади. Ановулятор қон кетиш, одатда, ҳайз кечикиб қолгандан кейин бошланади ва ациклик характерда бўлади. Бачадон миомасида қон кетиши кўп ҳолларда циклли бўлади. Ниҳоят бачадондан дисфункционал қон кетишида беморни функционал диагностика тестлари бўйича текшириб кўрилганда ҳамма вақт ановуляция белгилари топилади, айни пайтда бачадон миомасида эса юқорида айтиб ўтилганидек, ҳайз цикли ҳамма вақт ҳам ановулятор характерга эга бўлавермайди.

Бачадон миомаси тухумдонлар дисфункцияси билан бирга келганда анчагина диагностик қийинчилик пайдо бўлади, чунки иккала касалликнинг кўпгина умумий патогенетик хусусиятларга эга.

Ички эндометриоз альгоменорея симптомлари билан кечади, бачадон миомасида эса булар бўлмайди. Жинсий йўллардан келадиган қон аралаш ажралма ҳар иккала касалликда циклли характерга эга бўлади, бу ҳол уларни дифференциал диагнозини қийинлаштиради. Бироқ бачадон миомасига қарама-қарши ўлароқ, ички эндометриозда бачадон камроқ катталашади, унинг юзаси силлиқлигича қолади, гадир-будур бўлмайди, бачадон размерлари ҳайз кўриш цикли фазаларига қараб ўзгаради; бачадон миомасида бу симптом бўлмайди, чунки бачадон размерлари ўсма тугунлари билан белгиланади, ҳайз цикли фазаларига боғлиқ равишда кам ўзгаради.

Ички эндометриоз ривожланган ҳолларда гистеросальпингография қилинганда контраст модданинг бачадон бўшлиғидан чиқиб эндометриал безлар оғизчасига

ўтишидан ҳосил бўлган бачадон контури ортида сояларни топиш мумкин. Бачадон миомасида бу ўзгаришлар бўлмайди. Ниҳоят, эндометриоз кўпинча кўп сонли бўлади, жинсий органларнинг турли қисмларини шикастлайди ва кичик чаноқдан ташқарига ҳам ёйилади. Шуни назарда тутиш керакки, тахминан 25% беморларда бачадон миомаси билан эндометриоз бирга қўшилиб келади. Бундай ҳолларда касаллик симптоматикаси аралаш характерга эга бўлади.

Бачадон танаси раки бачадон миомасига қараганда асосан кексароқ ёшда пайдо бўлади. Эндометрий ракида кучли қон кетиши камдан-кам ҳоллардагина кузатилади, бачадон секин-аста ўсиб боради ва катта размерга етмайди. Эндометрийни қириб олинган қирмани гистологик жиҳатдан текшириб қўлга киритилган маълумотлар ҳал қилувчи диагностик аҳамиятга эга.

Тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари (текома, гранулёз ҳужайрали ўсма) эстрогенларнинг кўплаб ишлаб чиқарилишига олиб келади ва бу тўғри ҳайз циклига эга бўлган бола кўриш ёшидаги аёлларда ациклик қон кетиши билан ифодаланади. Бачадон бу ўсмаларда кам катталашади, юзаси силлиқ бўлади. Тухумдонлардан бири жойлашган соҳада ҳаракатчан, консистенцияси зич, оёқчали ўсма топилади. Тухумдон ўсмаси айтарли катта бўлмаганда диагноз пневмоперитонеум қилинган шароитда рентгенологик текшириш ўтказиб (бунда нормал ёки пича катталашган бачадон фонида катталашган тухумдон сояси яққол кўриниб туради), шунингдек, лапароскопия ва ультратовуш ёрдамида текшириб ойдинлаштириб олинади.

Елбўғоз бўлганда ҳомиладорликнинг умумий белгилари бўлади, бачадон миомаси бўлган беморда бу белгилар бўлмайди. Бачадон тез катталашади, бу ҳомиладорлик муддатига мувофиқ келмайди ва характерли зич-эластик консистенцияга эга бўлади. Ҳомиладорликнинг ишончли белгилари бўлмайди, хорион гонадотропинига қилиб кўрилган реакция суюлтирилмаган сийдик билангина эмас, балки суюлтирилган сийдик билан ўтказилганда ҳам мусбат бўлади. Баъзан бачадон ортиқлари соҳасида ҳар иккала томонда тухумдонларнинг тека-лютеин кисталари топилади.

Хорионэпителиомада беморда ациклик бачадондан қон кетиш ва оқчил қайд қилинади. Бачадон оз-моз катталашади. Эндометрий қирмасида трофобластнинг хавфли ўсмага айланиб бораётганлиги топилади, хорион гонадотропинига қилиб кўрилган реакция кескин мусбат

бўлади, ўсма метастази (қинда, ўпкада ва мияда) эрта юзага келади.

Ушбу бемордаги бачадон миомасининг давоси қанақа бўлади? Миоманинг зўр бериб ўсиши, гиперполименорея ҳодисалари ва иккиламчи гипохром анемия ривожланиши операция қилиб даволашни талаб қилади.

БАЧАДОННИНГ СУБМУКОЗ МИОМАСИ ВА ТУГУН НЕКРОЗИ

Бемор В., 26 яшар, жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма келиши, қорни пастида оғриқ борлиги ва тана температураси 38° гача кўтарилганлигидан шикоят қилиб, 1980 йил 3 декабрда акушеркага мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқни бошдан кечирган, катта бўлганида шамоллаш касалликларига тез-тез чалиниб турган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 30 кунда 5—6 кун келади, охирги ҳайзи ўз муддатида (4 ноябрда) келган. Кейинги бир неча йил мобайнида ҳайз бошланишидан 2 кун олдин беморнинг жинсий йўлларидан суркаладиган даражада қорамтир қон аралашган ажралма пайдо бўладиган бўлиб қолган бу — ҳайз тугаганидан кейин ҳам бир неча кун давом этган. Шунга ўхшаш бузилишлар мазкур ҳайз циклида кузатилган. Бир неча марта ациклик қон аралаш ажралма келган, баъзан, у мўл келган. Жинсий ҳаётда яшамаган. Оқчил безовта қилмайди, гинекологик касалликлар билан оғримаган. Қовуқ ва тўғри ичак функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор кейинги йилларда ҳайз цикли бузилишини бошидан кечиради (юқорига қаранг). Врачга мурожаат қилмаган. Бир ҳафта илгари ўзини ёмон ҳис қилган, титроқ турган, тана температураси 38,2° гача кўтарилган. Касал ўзини шамоллаган санаб сульфаниламид препаратлар қабул қила бошлаган. Шу билан бир вақтда қорни пастида оғриқ турган. Эрталабга бориб температураси субфебрил даражагача тушган ва кейинги кунларгача шу даражада сақланиб турган. Қорни пастидаги оғриқ босилмаган, вақти-вақти билан тўлғоқсимон оғриган. 3 декабрь куни оғриқ зўрайган, температураси 38° гача кўтарилиб кетганлигидан ва жинсий йўлларидан қон кела бошлагач бемор медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Аёлнинг тана тузилиши расо, тўлалиги қониқарли, тери ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати ўртача. Тана температураси 37,8. Қатарал ҳодиса қайд қилинмайди. Ўпкасидан перкутор товуш эшитилади, нафас олиши везикуляр. Томири минутига 100 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артернал босими симоб устуни ҳисобида 120/75 мм. Юрак чегаралари кенгаймаган, тонлари аниқ, акцент ва шовқинлар йўқ. Тили тоза, пича караш билан қопланган, нам. Қорни нафас олиш актида қатнашиб турибди, пайпаслаб кўрилганида пастки бўлимларида хиёл оғриқ сезади. Перитонеал симптомлар манфий. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий. Ичи келган, дизурик бузилишлар қайд қилинмади.

Тўғри ичак орқали текшириш. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, бир қадар қисқарган. Бачадон 10 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада катталашган, тўғри вазиятда, зич, юзаси

нотекис, пальпация қилинганда бироз оғриқ сезади, ортиқлари пальпация қилинмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Параметрий патологик ўзгаришларсиз.

Кўздан кечириб кўрилганда қин даҳлизидаги иффат пардаси бутун, тешигига бармоқ учи киради, қинидан ҳидли пича қорамтир қон аралаш ажралма келиб турибди.

Қанақа гинекологик касаллик ҳақида гап боряпти? Беморга нима илож қилиш керак? Диагнозни узил-кесил ойдинлаштириб олишга имкон берадиган қанақа қўшимча текшириш методлари бор? Давоси қанақа?

Анамнезига, касалликнинг ривожланиш тарихига, объектив ва гинекологик текшириш маълумотларига асосланган ҳолда беморда, афтидан, тугуни субмукоз жойлашган бачадон миомаси деб тахмин қилиш мумкин.

Бундай тахминни қандай маълумотлар тасдиқлайди? Аввало, анамнези ва касалликнинг ривожланиш тарихини диққат билан таҳлил қилиш зарур, чунки уларда асосий касалликка тўғри диагноз қўйиш учун талайгина зарур маълумотлар бўлади.

Аёлнинг ёшига эътибор беринг (26 ёш). Одатда, бачадон миомаси 30 ёшдан кейин учрайди. Бироқ бу — кичикроқ ёшда бу касаллик учрамайди деган сўз эмас. Ҳар бир клиницист ҳозирги вақтда диагностик имкониятларнинг кенгайганлиги туфайли кўпгина гинекологик касалликлар, жумладан, бачадон миомаси, ёшроқ аёлларда ҳам топиладиган бўлиб қолганлигини яхши билади.

Бачадон миомаси, афтидан, унинг дастлабки клиник белгилари пайдо бўлишидан 2 йил олдин юзага келган. Касалликнинг етакчи симптоми меноррагиядир, яъни ҳайз функциясининг цикли бузилишидир. Бу симптом бачадон миомаси учун жуда характерли.

Бачадон миомасига қўшилиб келган ациклик қон кетиши кўп ҳолларда икки сабабга: ўсманинг субмукоз тугуни ҳосил бўлишига ёки ановулятор цикл бачадондан (дисфункционал қон кетиши) қўшилиб келишига боғлиқ. Ўсма тугуни субмукоз жойлашганида ациклик қон кетиши ўсманинг кенг тармоқланган, юза жойлашган, деворидаги бириктирувчи тўқима яхши ривожланмаган томирларининг енгил шикастланиши билан боғлиқ, бундан ташқари, тугун капсуласи юпқа тортиши туфайли томирларга бой ўсма яланғочланиб қолади.

Бачадонида миомаси бор беморларда тухумдонлар дисфункцияси диагнозини функционал диагностика тестлари монофазали базал температура, кариопикно-

тик индекснинг ортиши, қорачиқ симптомининг узоқ муддат бўлиши асосида қўйиш мумкин. Эндометрий қирмасини гистологик текширилганда, одатда, эндометрий гиперплазияси ёки полипози топилади. Бироқ бундай ҳолларда бачадонни диагностик қиришни ҳамма вақт бачадонга олдиндан зонд киритиб, субмукоз тугун йўқлигига ишонч ҳосил қилгач ўтказиш керак, акс ҳолда қириш пайтида ўсма тугунини шикастлаб қўйиш ва, натижада, бачадондан профуз қон кетиши юз бериши мумкин.

Биз кузатаётган беморда асосий касаллик (бачадон миомаси) асоратли кечмоқда. Циклик ва ациклик характердаги қон кетишлар билан бир қаторда қорин пастида тўлғоқсимон оғриқ бўлади, температура кўтарилади. Бу симптомлар алоҳида эътиборни талаб этади. Ҳақиқатан ҳам, бачадон миомасида тўлғоқсимон оғриқ туриши, айниқса, тугуннинг субмукоз жойлашганлигига шубҳа бўлганда диққатни ҳамиша ўсма туғилиши эҳтимолига қаратиш керак. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон ректал текширилганда у қисқарган бўлиб чиқди, бу эса туғилаётган субмикоз миома ҳақидаги дастлабки тахминимизни янада кўпроқ тасдиқлаб турибди. Албатта, бу тахминни тўла-тўкис тасдиқлаш учун бачадон бўйнининг ташқи ва ички бўғзини текшириш керак, бироқ тўғри ичак орқали (ректал) текширишда буни амалий жиҳатдан аниқлаб бўлмайди.

Иффат пардасининг бутунлиги бачадонга зонд киритиш, гистероскопик ва гистерография каби диагностик манипуляцияларни амалга оширишни янада қийинлаштириб қўяди. Бироқ жиддий зарурият бўлганида бу хилдаги диагностик амаллар қизларда ҳам қўлланилиши мумкин. Бунинг учун иффат пардаси ҳалқасини лидаза юбориб сунъий тарзда кенгайтирилади, қин ичидаги манипуляцияларни бажариш учун эса болаларнинг ингичка қин кўзгулари ишлатилади. Шуни қайд қилиб ўтиш лозимки, бундай манипуляцияларни болалар гинекологияси бўлимида ишловчи ёки махсус тайёрлов курсини ўтаган мутахассис гинеколог бажариши керак.

Ёш аёлларда бачадоннинг субмукоз миомаси шиллиқ парда ости саркомаси бўлиб чиқиши мумкин, бу — миома тугуни сингари кўпинча инфекцияга ва некрозга учрайди. Инфекциянинг экстрагенитал ўчоқлари бўлмай туриб тана температурасининг кўтарилиши, эт увиши бунинг жуда муҳим симптоми бўлиб хизмат қилади. Худди шундай ҳолат биз кузатаётган беморда ҳам мавжуд. Ўсма тугунининг некрози, шунингдек, бачадонни

пальпация қилганда безиллаб туриши билан ҳам маълум беради, аммо ўсма тугуни шиллиқ парда остида жойлашганида у безиллаб турмаслиги мумкин.

Шундай қилиб, мазкур беморда, афтидан, шиллиқ остида жойлашган бачадон миомаси некрозга учраган. Уни текшириш ва операция қилиб даволаш мақсадида дарҳол гинекологик стационарга ётқизиш керак.

Ички эндометриоз билан бачадон миомаси дифференциал диагностика қилиш борасида, шуни таъкидлаб ўтиш керакки, мазкур ҳолда касалликнинг эндометриозга хос барча белгилари кўрилмайди. Аммо эндометриоз ўчоқлари бачадон миомасида ҳам учраш эҳтимоли ҳамиша мавжуддир. Бундай беморларда касалликнинг аралаш клиник манзараси кузатилади.

Демак, тугуни некрозга учраган бачадон субмукоз миомаси деган тахминий диагноз бемор аёлни зудлик билан стационарга ётқизиш учун асос бўлади. Шунинг учун ҳам зудлик билан касалхонага ётқизиш керакки, бундай беморда бачадондан кучли қон кетиши ёки инфекциянинг бачадондан ичкарига ҳам тарқалиб кетиши ва перитонит, ё бўлмаса, сепсис ривожланиши мумкин.

Стационарда беморда умумий клиник текшириш ўтказилгандан кейин диагнозни ойдинлаштириб олиш учун миома тугунининг шиллиқ парда остида жойлашганлигини аниқлашга имкон берадиган, юқорида кўрсатиб ўтилган муолажалардан (гистерография, гистероскопия, ультратовуш ёрдамида текшириш) бири бажарилади.

Бачадоннинг субмукоз миомаси некрози диагнози тасдиқланганда ўша заҳоти зудлик билан операция қилиш керак.

МИОМАНИНГ СУБМИКОЗ ТУГУНИ ТУҒИЛИШИ

Бемор К., 38 яшар, 1980 йил 10 октябрда бошланган жинсий йўлларидан қон кетишидан шикоят қилиб фельдшерга мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, кўкйўтал, тепки касалликларини бошидан кечирган. Катта бўлганида ўткир бўғим ревматизми билан оғриган. 12 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, тез маромга тушган, ҳар 21—23 кунда 3—4 кун келади, оғриқсиз, ўртача миқдорда, кейинги 2 йил ичида мўл келадиган бўлиб қолган (лахталар билан) ва ҳар гал 6—7 кун давом этган. 2 ой илгари ҳайзлар оралиғида 5 кунгача қон аралаш ажралма келишини қайд қилган. Охирги ҳайзи 29 сентябрдан 3 октябргача бўлиб ўтган.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси ой-куни тўлиб асоратларсиз тугилган, иккинчиси сунъий аборт билан узилган, учинчиси (6 ой муқаддам) ўз-ўзидан тушган. Ҳомила тухуми қолдиқларини асбоб-

лар ёрдамида тозалаганда врач бачадоннинг олд девори текис эмаслигини қайд қилган. Кейинги 3 ой мобайнида беморда ҳайз келиш олдидан кучайиб турадиган оғриқ пайдо бўлган. Қовуқ билан тўғри ичак функциялари издан чиқмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Навбатдаги ҳайз келгандан кейин орадан 6 кун ўтгандан сўнг жинсий органларидан қон аралаш ажралма кела бошлаган, қорни пастида сал оғриқ турган, 1980 йил 9 октябрдан 10 октябрга ўтар кечаси касалланган. 10 октябрь куни эртал.б келаётган қон аралаш ажралма кучайган, оғриқ эса тўлғоқсимон бўлган.

Умумий ва махсус текшириқдан олинган маълумотлар. Бемор аёл касалхонага келиб тушганида унинг умумий аҳволи қониқарли бўлган. Териси ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардаларининг ранги одатдаги тусда. Тана температураси 37°. Томири минутига 84 марта уриб турибди, ритмик. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Ички органларида патологик ўзгаришлар йўқ.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинда ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни катталашган, бочкасимон шаклга эга. Ташқи бўғизига бир бармоқ бемалол киради. Ташқи бўғизидан ичкарироқда цервикал каналда юзаси текис, зич юмалоқ тузилма қайд қилинади. Бу тузилма атрофини текшираётган бармоқ билан ҳар томонлама бемалол айланиб чиқса бўлади. Бачадон бўйнини кўзгу солиб кўздан кечирилганда катталашмаган, ташқи бўғизи бир оз очиқлиги кўринади. Цервикал каналда қорамтир-қизил рангли қандайдир тузилманинг пастки қутби кўзга ташланади. Бўғизидан лахталар аралашган қорамтир қон ажралиб турибди. Бачадон пича катталашган, консистенцияси зич, юзаси нотекис, вазияти тўғри, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ортиқлари ҳар иккала томонда аниқланмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Гумбазлари бўш.

Қон анализи: Hb — 10,9 г% (109 г/л.).

Диагнози қанақа? Ушбу патологияни қанақа касалликлардан дифференциаллаш лозим? Фельдшер нима илож қилиши керак? Давоси қанақа?

Бачадоннинг туғилаётган субмукоз миомаси деб тўғри диагноз қўйиш мазкур ҳолда нисбатан осон. Бунинг учун анамнез ва айниқса гинекологик текширишнинг ҳамма маълумотлари бор.

Маълумки, бачадон миомалари силлиқ мускуллардан таркиб топган ўсмалардир. Бачадон миомаси миометрий бағрида юмалоқ тузилма сифатида пайдо бўлади, бинобарин, ривожлана бошлаган дастлабки пайтда девор ичида ётади. Ўсма тугуни ўзининг кейинги ривожида ё девор орасида қолади, ёки қорин пардаси томонга ўсиб, субсероз ўсмага айланиб кетади. Борди-ю, тугун бачадон бўшлиғи томонга ўсиб борса, у ҳолда бора-бора шиллиқ парда ости ўсмасига (субмукоз ўсмага) айланиб қолади.

Патологик анатомияси билан клиникаси нуқтаи назардан ўсманинг катта қисми бачадон деворидан бачадон бўшлиғига туртиб чиқиб қолгандагина субмукоз миома ҳақида гапириш мумкин.

Субмукоз миома ўсган сари, унинг устидаги шиллиқ парда юпқалашади. Кейинчалик ўсма кенгайган бачадон бўшлиғида қоларкан, муайян йўғонликдаги оёқчаси ёрдамида бачадон мускулларига бирикиб туради. Бачадон қисқаришлари таъсирида бачадон бўйни, абортдагига ўхшаш аста-секин очила бошлайди, цервикал канал кенгаяди ва унда ўсманинг пастки қутби пайдо бўлади.

Бачадоннинг бундан кейинги қисқаришлари оқибатида бачадон бўйни шу даражада очиладики, ўсма оёқчалари узайиб ингичка тортиб қолади, ўсманинг ўзи эса полип сингари туғилиб қин ичига чиқади. Операция қилиб ўсма олиб ташлангач, бачадон тезда кичраяди ва ўзининг нормал ҳолатига қайтади.

Бачадон миомасининг етакчи симптоми менорраги типида қон кетишидир (ҳайзнинг кучайиши ва давомлилигининг ошиши). Бироқ субмукоз миома учун, шунингдек, ўсма тугунининг юза яраланишига боғлиқ ациклик қон кетишлар (метроррагиялар) хосдир.

Шиллиқ парда ва ўсма капсуласининг юпқалашиб бориш процесси, шунингдек, миома тугунларининг қон билан таъминланиш хусусиятлари субмукоз миомаларда ациклик қон кетишларига сабаб бўлади. Субмукоз тугунларда, одатда, кенг ривожланган томирлар тўри бўлади. Томирларнинг девори юпқа ва бириктирувчи тўқима пардасидан деярли маҳрум. Аксарият кўп учрайдиган бошқа асорат — ўсма некрози ҳам субмукоз тугунларнинг қон билан таъминланиш хусусиятлари билан изоҳланади. Гап шундаки, одатда, ўсма тугунига бачадон туби томонидан бир ёки иккита нисбатан йирик қон томир тармоқлари келади. Мана шу томирларнинг босилиб қолиши некротик ўзгаришларнинг бевосита сабабчиси саналади. Субмукоз тугун томирларининг тромбози, кўпинча, уларнинг некрозига сабаб бўлади.

Некротик тўқималар инфекцияга нисбатан осон дучор бўлади. Бу, айниқса, цервикал канал ёки қиндаги туғилаётган шиллиқ парда ости миомаларида осон юз беради. Некротик процесслар ва инфекция ривожланиши натижасида беморда ириган ҳидли оқчил пайдо бўлади. Баъзан миома тугунида бошланган инфекцион процесс бачадондан ташқарига тарқалади ва перитонит ёки сепсис билан тугаши мумкин.

Мазкур бемордаги субмукоз миоманинг диагностикасида анамнезнинг катта аҳамияти бор. Аввало, беморнинг ёшига (38 ёш) эътибор беринг. Адабиётлардан маълумки, бачадон миомасига учраган беморларнинг ёши аксарият (85% га яқини) 30 дан 50 ёшгача. Ҳайз-

нинг нисбатан барвақт (12 ёшдан) келиши ҳам характерли. Кенг кўламдаги клиник-статистик текширишлар асосида маълум бўлдики, бачадон миомаси бор аёлларда ҳайзнинг барвақт бошланиши соғлом кишилар ёки бошқа гинекологик касалликлари бўлган аёллардагига қараганда бирмунча кўпроқ кузатилади. Афтидан, буни маълум даражада организмнинг пировард натижада миома пайдо бўлишига олиб келадиган гормонал ўзгаришлари билан боглаш мумкин.

Яна шунга эътибор бериш керакки, мазкур беморда кейинги йилларда ҳайз узоққа чўзиладиган ва кўп келадиган бўлиб қолган, аёлнинг фельдшерга мурожаат қилишидан деярли бевосита олдин эса ҳайзлар орасида қонли ажралма келганлиги қайд қилинган, бу — аксарият субмукоз тугун пайдо бўлганда кузатилади.

3-ҳомиладорлиги натижасини, яъни ўз-ўзидан аборт билан тугаганини ҳам назарда тутиш керак, ҳомила тухумлари қолдиқлари асбоблар билан тозаланганда эса бачадон олдинги деворининг нотекислиги қайд қилинган. Адабиётлардаги маълумотлардан аёнки, бачадон миомасида, айниқса, ўсма тугуни шиллиқ парда остида жойлашганда ҳомиладорлик, кўпинча, ўз-ўзидан бола тушиши ёки ой-куни тўлмай туғиб қўйиш билан тугалланади.

Демак, анамнез маълумотлари бизнинг беморда бачадоннинг субмукоз миомаси бор, деб диагноз қўйишга етарлича асос бўлади. Узил-кесил диагноз қин орқали ўтказилган текшириш маълумотларини инобатга олган ҳолда қўйилади.

Бачадоннинг субмукоз миомаси туғилишини қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак? Бачадон бўйни миомаси, «ҳаракатдаги аборт», бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик, бачадон бўйни полипи ва раки билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим.

Бачадон бўйнининг қиндаги миомалари ҳамма миомаларнинг тахминан 1% ҳолларида учрайди. Улар ўсганда, одатда, бачадон бўйни шиллиқ пардаси олд томонга бўртиб чиқади, бунда бачадон ташқи бўғизи кўндаланг йўналишда чўзилади, бачадон бўйнининг қарама-қарши турган лаби ўсма тазйиқида сурилиб ярим ой шаклини олади.

Субмукоз тугун туғилиши ва «ҳаракатдаги аборт» диагностикасида, аввало, ҳомиладорлик белгилари борйўқлигига эътибор бериш керак. Ҳайзнинг кечикиб қолиши ва нисбатан кучли қон кетиши «ҳаракатдаги аборт» учун характерлидир. Қин орқали текширилган-

да бачадон бўйни юмшаб қолганлиги, кўкимтир рангдалиги қайд қилинади. 2—3 см га очилган цервикал каналда юмшоқ булутсимон тўқима (ҳомила тухуми) аниқланади. Бачадон, одатда, юмшоқ тортган ва текширишга қисқаришлар билан дарҳол жавоб қайтаради.

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик ҳомила тухумининг бачадон бўйни каналига пайвандланиб қолиши ва шу ерда ривожланиши — нисбатан кам учрайдиган, аммо жуда хавфли патологиядир. Цервикал каналда децидуал тўқима етарлича ривожланмагани сабабли хорион ворсинкалари бачадон бўйнининг мускул қаватига тез ўсиб киради ва бачадон бўйни колбасимон, шишган кўриниш касб этади. Бундай асимметрия бачадон бўйнининг ҳомила тухуми пайвандланган томонида анча очиқ-ойдин билинади. Бачадон бўйни деворининг бир текисда кенгаймаслиги натижасида каналининг тешиги сурилиб кетади ва бачадон ташқи бўгизи эксцентрик жойлашиб қолади. Ташқи бўғиз четларининг ўта юпқалашиб кетиши ва пича очилиши характерлидир.

Бу иккала касалликни дифференциал диагностика қилишда шуни назарда тутиш керакки, бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда ҳомиладорлик белгилари мавжуд бўлади, аммо бачадон катталиги бўйича ҳомиладорлик муддатига мос келмайди ва бўйнидан кўра анчагина кичик бўлади. Бачадон бўйни каналига бармоқни суқиш қийин бўлади, баъзан эса бунга сира илож бўлмайди. Борди-ю, текшираётган бармоқни киритишга эришилса, унда, одатда, бачадон бўйни билан ҳомила тухуми оралиғига бармоқ киритиб бўлмайди. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда ички бачадон бўғизи ҳамиша берк бўлади.

Бачадон бўйни полиплари цервикал каналнинг шиллиқ пардасидан бунёдга келади ва шакли юмалоқ, бодомсимон ёки паллали бўлади, баъзан хўроз тожисига ўхшаб кетади. Кўп ҳолларда, агар полип безсимон тузилишида бўлса, унинг консистенцияси юмшоқ бўлади. Бачадон бўйнидаги бу тузилмалар қон томирларга бой, шу муносабат билан улар, кўпинча, қонаб туради ва некротик ўзгаришларга учрайди. Полип консистенцияси нисбатан юмшоқлиги туфайли унинг туғилиши қорин пастида тўлғоқсимон оғриқ туриши ва цервикал каналнинг очилиши билан бирга кечмайди.

Бачадон бўйнидаги хавфли ўсманинг ташқи кўриниши ниҳоятда хилма-хил. Экзофит формада у гулкарамни эслатувчи йирик ёки майда бўлакчалардан иборат ўсимталар шаклида бўлади. Зонд ёки ҳатто пахта шар-

ча билан хиёл тегиб кетилса қонаб кетади. Эндофит формасида бачадон бўйни кўпчиган, консистенцияси зичроқ бўлиши характерлидир. Ўсма емирилиб, некротик массаларнинг кўчиб тушиши бачадон бўйнида четлари нотекис, туби ғадир-будур яралар ҳосил қилади. Борди-ю, рак бачадон бўйнида цервикал канал томонидан ривожланса, у ҳолда бачадон бўйни рўй-рост бочкасимон кўринишни олади, ўзининг қайишқоқлигини йўқотади, қўл билан текшириш ўтказилаётганида бармоқлар орасига олиб уни букмоқчи бўлинса, одатда, қон чиқади, (Сиредей белгиси).

Бачадон бўйни ракига узил-кесил диагнозни кольпоскопия ва ўсмадан кесиб олинган тўқима бўлакчасини патоморфологик текширишдан кейингина қўйиш мумкин.

Фельдшер нима илож қилиши керак ва давоси қанақа бўлади? Туғилаётган субмукоз миома бор беморни дарҳол стационарга ётқизиш керак. Транспортда олиб кетишда, албатта, фельдшер кузатиб бориши лозим.

Бачадоннинг туғилаётган субмукоз миомасининг бирдан-бир давоси операциядир.

БАЧАДОН МИОМАСИ СУБСЕРОЗ ТУГУНИ ОЁҚЧАСИНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Бемор Х., 36 яшар, қорнининг пастида қаттиқ оғриқ туриши, кўнгил айниши, дизурик бузилишлардан шикоят қилиб, 1980 йил 31 декабрда гинекологик стационарга келиб тушган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида шамоллаш касалликлари билан тез-тез огриб турган, қизамиқ ва тепкини бошидан кечирган. 15 ёшида юракнинг митрал клапани етишмаслиги, деган диагноз қўйилган ва шу сабабли икки марта касалхонага текширтириб даволатишга ётган. Кейинги йилларда юрагидан айтарли шикоятлар қилмайди. 14 ёшидан ҳайз кўрган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 26—28 кун келади, оғриқсиз, ўртача миқдорда. Охирги 3 йил ичида ҳайзи узоқроқ чўзиладиган ва кўп келадиган бўлиб қолган. Сўнгги марта 15 октябрда, ўз муддатида келган, лекин деярли 8 кунга чўзилган. Жинсий ҳаётни 21 ёшидан бошлаган, иккинчи никоҳи.

4 марта бўйида бўлган, шулардан 2 тасини асоратсиз туққан, 2 тасини аборт қилдирган (биттаси сунъий аборт, биттаси ўз-ўзидан тушган), асоратсиз ўтган. Оқчил келиб безовта қилмайди, тез-тез сийишини қайд қилади. Бир кун олдин ичи келган.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги 3 йил мобайнида ҳайз цикли характери ўзгариб қолганидан бери ўзини касал ҳисоблайди (ҳайз кўриш функциясига қаранг). Гинеколог кўздан кечирганда бачадон размерлари 7 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашганлиги маълум бўлди. Врач назоратида мунтазам равишда турмаган. Гинеколог охирги марта кўрганда (5 ой илгари) бачадоннинг 10 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада катталашганлиги, бачадонда кўп сонли миома тугунлари борли-

ги қайд қилинган. Ўсма тугунларидан бири бачадондан ўнг томонда ва бир оз олдинда жойлашган ва мустақил силжийдиган бўлган. Бемор аёл операция йўли билан даволаш таклифидан воз кечган. Гинеколог-врачнинг мунтазам кузатиб бориши тавсия қилинган, аммо бемор бу кўрсатмани бажармаган.

31 декабрь куни эрталаб аёл кескин ўгирилмоқчи бўлганида қорни пастида ва бел соҳасида қаттиқ огриқ турган, кўнгли айниб қусган. Шундай ҳолатда уни стационарга келтиришган.

Умумий ва махсус текшириштан олинган маълумотлар. Беморнинг тана тузилиши расо, тўлалиги қониқарли. Терисн тоза. Регионар лимфа безлари катталашмаган. Тана температураси 37,4. Томири минутига 100 марта уриб турибди, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/80 мм. Тилини пича караш боғлаган. Ўпкасида патологик ўзгаришлар топилмади. Перкуссия йўли билан аниқланган юрак чегараси нормада. Юрагини аускультация қилиб кўрилганида юрак учида сусайган биринчи тон ва систолик шовқин эшитилади. Қорни одатдаги шаклда, нафас олиш актида қатнашади. Пальпация қилиб кўрилганида қорни пастида, кўпроқ ўнг томонда қаттиқ оғриқ борлиги аниқланади. Худди шу ерда айтарли мускул ҳимояси белгилари ва кучсиз мусбат Шчёткин симптоми бор. Пастернацкий симптоми иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органларида ўзгаришлар йўқ. Қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни бир қадар юқорига кўтарилган, цилиндрсимон шаклда, ташқи бўғизи ёриқсимон. Бачадон бўйнини кўзгу солиб кўрилганда унда эрозия йўқлиги, ажралманинг шилимшиқли, ўртача миқдордалиги маълум бўлди. Бачадон 10—11 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашган, юзаси нотекис, ғадир-будур, вазияти тўғри. Бачадоннинг ўнг ва олдинги томонида размери 8×8 см келадиган ўсмасимон тузилма қўлга уннайди, пайпаслаб кўрилганида қаттиқ оғриқ беради. У бачадон билан боғланган, уни бачадон билан бирга силжитиш мумкин. Ортиқларини ҳар иккала томондан пальпация қилиб бўлмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Қин орқали текшириб кўриш ўсмасимон тузилманинг қаттиқ безиллаб туриши ва қорин олдинги деворининг бир оз таранглиги туфайли қийин бўлади.

Қанақа диагноз қўйиш мумкин? Қаттиқ оғриқ синдромининг сабаби нимада? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Давоси қанақа?

Демак, бизнинг олдимизда бачадон миомасининг субсероз тугуни оёқчалари буралиб қолиши оқибатида ўткир қорин оғриғи типик манзарасига учраган бемор турибди. Бунда касалликнинг тўсатдан бошланганлиги, ўткир оғриқ синдроми пайдо бўлганлиги, кўнгил айниши, қусиш, қорин олдинги девори мускулларининг безиллаб турганлиги ва таранг тортганлиги, мусбат Шчёткин симптомини эслатиб ўтиш керак. Буларнинг ҳаммаси «ўткир қорин оғриғи» деган йиғма ном остида тасвирланадиган симптомлар комплекси учун гоят типикдир. Бундай ҳодисалар бачадоннинг субсероз миомаси оёқчасининг буралиб қолишидан ташқари бошқа

талайгина ургент гинекологик ва экстрагенитал касалликлар: тухумдон кистаси оёқчасининг бураліб қолиши, бачадондан ташқаридаги узилган ҳомиладорлик, тухумдон аноплексияси, ўткир аппендицит, буйрак санчиғи ва бошқа айрим касалликларда бўлиши ҳам мумкин. Бироқ бу касалликларни дифференциал диагностика нуқтаи назаридан кўриб чиқишга ўтишдан олдин бачадоннинг субсероз миомаси оёқчаси бураліб қолган, деган диагнозни асослашга тўхталиб ўтамиз.

Бу жиҳатдан анамнез катта аҳамиятга эга. Дарҳақиқат, бемордан сўраб суриштиришнинг ўзидаёқ бачадон миомаси ҳақида тахмин қилиш мумкин. Бемор ҳайз циклининг меноррагия типида бузилганлиги юзасидан қилган шикоятлари характери ҳам шу диагноздан гувоҳлик бериб турибди. Бачадоннинг қисқариш қобилияти пасайганлиги туфайли келиб чиққан меноррагия, аксарият, бачадон миомаси ёки метроэндометрит билан боғлиқ. Аммо мазкур ҳолда бачадонда яллиғланиш процессини кўрсатиб турадиган маълумотларга амалда эга эмасмиз, чунки абортдан ва туғруқдан кейинги давр биз кузатаётган беморда асоратларсиз ўтган. Анамнезда, шунингдек, ўткир ва хроник метроэндометритга, кўпинча, сабаб бўлиб келадиган сўзак касаллиги билан оғриб ўтганлик ҳақида ҳам маълумотлар йўқ.

Бемор аёлда бачадон миомаси бор, деган тахминимиз шу билан тасдиқланадики, икки марта гинекологик жиҳатдан кўздан кечирилганда объектив равишда ўсма борлиги қайд қилинган эди. Бачадон миомасининг ўсишга мойиллиги яхшигина ифодаланган эди, натижада, у 5 ой ичида 7 ҳафталикдан 10 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашиб кетди. Яна шу муҳим ҳолга эътибор бериш керакки, беморни охирги марта гинеколог кўрганда у бачадоннинг ўнг ва олд томонида ўсманинг ҳаракатчан зич тугунини топган, афтидан, бу — дизурик бузилишларни келтириб чиқарган.

Ўсманинг ўсиши ва субсероз жойлашган оёқчали тугуннинг борлиги сабабли, табиийки, врач беморга операция ёрдамини таклиф қилган, лекин бемор бундан воз кечган. Афсуски, аёл бошқа маслаҳатга ҳам кирмаган, яъни мунтазам равишда мутахассис кузатувида бўлмаган, гавда вазиятини тўсатдан ўзгартириш натижасида касалликнинг ўткир бошланганлигини ҳам эътиборга олиш керак. Бундай анамнез қорин бўшлиғидаги ҳаракатчан тузилмалар оёқчасининг бураліб қолиши шу жумладан субсероз миома тугуни оёқчасининг ҳам

буралиб қолиши учун характерлидир. Ниҳоят, бемор стационарга келиб тушганида қин орқали ўтказилган текшириш ҳам олдин қўйилган диагнозни узил-кесил тасдиқлайди. Оёқчаси буралиб қолган ўсма тугунининг бачадон билан боғланганлиги рўй-рост аниқланган. Мазкур белги миоманинг оёқчали субсероз тугунини тухумдон кистасидан фарқлашга имкон беради.

Қин орқали текширишда миома тугунининг безиллаб оғриб турганлиги диққатни ўзига тортади, ваҳоланки, одатда оғриқ бўлмайди. Ўсма тугунида муайян қонуниятга эга бўлган қон айланишининг бузилиши ва яллиғланиш процесси бўлгандагина бемор оғриқ сезади, пайпаслаб кўрилганда безиллаб туради. Ўсма оёқчасининг буралиб қолиши, аввало, веналарни босиб қўяди ва қоннинг ўсмадан оқиб кетишини қийинлаштиради, оёқчадаги артериялар эса қайишқоқ деворли бўлганидан бирданига қисилмайди. Миома тугунидаги қон димланиши шундай юзага келади, у тугун ўлчамларининг катталашуви, консистенцияси ўзгариши (юмшоқроқ бўлиб қолади), тугун капсуласи ва уни қоплаб турган қорин пардасининг чўзилиши, шунингдек, қон қуйилишлар билан бирга кечади. Капсуланинг таранглашуви ва субперитонеал қон қуйилишлар пайпаслаб кўрилганда оғриқ бериб, безиллаб туради.

Оёқчаси буралиб қолганда миома тугунида гемодинамика издан чиқиши устига нисбатан жуда тез дистрофик ва некротик процесслар бошланади. Кўпинча инфекция қўшилиши процессни аввал чегараланган — чаноқда, кейин диффуз перитонит ривожланиши билан септик процессга айлантиради. Шунинг учун ҳам, кўпинча, бемор ҳаётига хавф солувчи бундай асоратларнинг олдини олиш учун миома субсероз тугуни оёқчаси буралиб қолган ҳамма ҳолларда зудлик билан хирургик операция қилиш керак.

Шундай қилиб, биз олдимизга қўйилган вазифадан дастлабки икки масала устида тўхталиб ўтдик. Кейинги масала субсероз миоматоз тугун оёқчаси буралиб қолишини бошқа шунга ўхшаш симптомлар билан юзага чиқа оладиган гинекологик ва экстрагенитал касалликлар билан дифференциал диагноз қилишга оиддир.

Миоманинг субсероз тугуни оёқчаси буралиб қолишини биринчи навбатда тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши, найдаги бузилган ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси, гидросальпинкс буралиб қолиши, бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланиши, тухумдоннинг эндометриоид кистаси ёрилиши, ўткир аппендицит,

буйрак санчиги ва ўткир ичак тутилиши билан дифференциал диагностика ўтказиш керак.

Тухумдон кистаси бачадон ортиқлари соҳасида жойлашган бўлиб, бачадоннинг ўзи билан бевосита боғланмаган. У зич эмас, балки қаттиқ-эластик консистенцияга эга. Тухумдон кистаси оёқчаси бураліб қолишининг қолган бошқа клиник симптомлари миоманинг субсероз тугуни оёқчаси бураліб қолишининг тегишли симптомларидан фарқ қилмайди.

Бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорликнинг клиник манзарасини биз батафсил кўриб чиқдик, энди фақат дифференциал диагностика учун энг муҳимларинигина кўрсатиб ўтамиз: қон кетишининг кучайиб бориш симптомлари (гемоглобин концентрацияси, эритроцитлар сонининг камайиб бориши, томир уришининг тезлашуви, артериал босимнинг пасайиши, френикус-симптом, икки қўл билан текширишда «Дуглас қичқириғи»), қинга кўзгу солиб кўрилганда қин орқа гумбазининг осилиб туриши, уни пункция қилишда ивимайдиган қон олиш, ҳайзнинг кечикиши шулар жумласидандир.

Тухумдон апоплексияси, кўпинча, ёш жувонларда ҳайз цикли ўрталарида (овуляция моментида) ёки сариқ тананинг ривожланиш даври бошланиши олдидан кузатилади. Мазкур патологиянинг клиник манзараси бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик симптомларидан кам фарқ қилади ва кучайиб борувчи ички қон кетиши билан кечади.

Гидросальпинкс бураліб қолишининг клиник манзараси миоманинг субсероз тугуни оёқчаси бураліб қолишининг клиник манзараси билан деярли бир хил. Бундай ҳолларда анамнездаги илгари бачадон ортиқларининг яллиғланиш процессига учраганлиги, унинг тез-тез зўрайиб турганлиги катта диагностик аҳамиятга эга.

Бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланиши, одатда, жинсий органларга (бачадон ва ортиқларига) септик инфекция қўзғатувчилари ёки гонококкларнинг тушиши билан боғлиқ. Ички жинсий органларга септик микроб флораси тугруқ пайтида, абортда, бачадонни диагностик мақсадларда қиришда ва бачадон ичига асбоблар киритиш билан бажариладиган бошқа амалларда тушади. Ушбу бемор анамнезида бундай маълумотлар йўқ. Жинсий органларнинг юқори бўлимларига гонококклар тушганлиги (юқорига кўтарилувчи сўзак) ҳамиша жинсий органларнинг қуйи бўлимида пайдо бўладиган муайян симптомлар билан кечади. Қин орқали текшириб кўрилганида бачадон ортиқлари яллигланишдан

ўзгариб, миома тугунида кузатиладиган юмалоқ шаклга эмас, балки чўзиқ контурларга ва юмшоқроқ консистенцияга эга бўлади.

Бачадон ортиқларида (пиосальпинкс ва пиоварийда) йиринг тўпланиши ўткир қорин огриги манзарасини бериши мумкин. Бироқ йирингли яллиғланиш процессидан аввал деярли ҳамиша такрорланиб турувчи узоқ давом қиладиган яллиғланиш даври кузатилади. Бизнинг бемор анамнезида яллигланиш процессини бошидан кечирганлиги ҳақида ҳеч қандай маълумотлар йўқ. Пиосальпинкс ва пиоварий ретортасимон шаклни олади, юзаси нотекис, консистенцияси зич бўлади.

Тухумдоннинг эндометриоид кистаси капсуласининг ёрилиши — эндометриознинг тухумдонда жойлашувининг нисбатан кўп учрайдиган асоратидир. Касаллик тўсатдан бошланади ва деярли ҳамавақт ўткир қорин оғриғи симптомлари билан кечади. Аммо тухумдонлар эндометриозида зўрайиб борувчи альгоменореяга хос шикоятлар жуда характерлидир, булар мазкур беморда йўқ. Бундан ташқари, миоманинг оёқчали субсероз тугупи билан тухумдоннинг эндометриоид кистаси ўртасидаги муҳим фарқларни қин орқали текшириб аниқлаш мумкин. Тухумдон эндометриоид кистаси, кўпинча, бачадон орқасида ва ён томонида жойлашган бўлиб, бачадоннинг орқа юзаси ва қорин пардасининг тўғри ичак-бачадон чуқурчаси билан жипс битишиб кетган бўлади. Эндометриознинг ўзига хос белгиси — зич капсуласи бўлиши ва тузилманинг тамомила ҳаракатсизлигидир. Тухумдон эндометриози система касаллик сифатида, кўпинча, бошқа соҳада жойлашган эндометриоз билан, кўпроқ ички эндометриоз билан бирга қўшилиб келади. Бу — диагностикани анчагина енгиллаштиради.

Бачадоннинг ўнг томонида жойлашган миома субсероз тугуни оёқчасининг буралиб қолиши ва ўткир аппендицит ўртасидаги дифференциал диагностика анчагина қийин бўлиши мумкин. Ўткир аппендицитда, одатда, оғриқ эпигастрал соҳадан ёки киндик соҳасидан бошланишини ва шундан кейингина ўнг биқинга ўтиб қолишини эътиборга олиш керак. Аппендикуляр симптомлар (Ровзинг, Ситковский симптомлари ва бошқалар) мусбат бўлади. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадонда патологик ўзгаришлар топилмайди.

Ўткир ичак тутилиши ва буйрак санчиғини диагностика қилиш одатда қийин эмас. Ўткир ичак тутилишида қоринда тўлғоқсимон огриқ туради, қусиш, метеоризм, ич ва ел тўхтаб қолиши кузатилади. Беморни рентгено-

логик текширишдан ўтказиб (дамланиб шишган ичак қовузлоқларидаги суюқлик сатҳлари) клиник диагноз тасдиқлаб олинади. Буйрак санчиғида, одатда, оғриқ пастга тарқалади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлади ва сийдикда ўзгаришлар топилади.

Дивоси қанақа?

Бачадоннинг субсероз миомаси оёқчаси буралиб қолган беморни зудлик билан операция қилиш керак. Операция ҳажми (консерватив миомэктомия, бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси) операция вақтида ҳал қилинади.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БАЧАДОН МИОМАТОЗ ТУГУНИ НЕКРОЗИ

Г. исмли туққан аёл, 27 яшар, қорни пастида қаттиқ оғриқ туриши, тана температурасининг 38° гача кўтарилиши ва эт жунжикиши туфайли уйига фельдшер чақиртирилган.

Анамнези. Бемор аёлнинг онаси сут бези ракидан ўлган, отаси соғлом. Қизамиқ, ўпка яллигланиши, буйрак тоши касаллиги ва дизентерияни бошидан кечирганлигини айтади. Абортдан кейин бачадон ортиқлари яллиғланган. Ҳайз кўриш функциясида ўзгаришлар йўқ. Ҳозирги пайтда ҳайз келаётганн йўқ (аёлда туғруқдан кейинги даврнинг 9-куни). 20 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 30 ёшда, соғлом.

4 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини ой-куни тўлганда туққан. 2 тасини сунъий аборт қилдирган. Охирги ҳомиладорлигининг биринчи ярмида қин орқали текшириш ўтказилганида бачадонида бир нечта миоматоз тугунлар топилган. Ҳомиладорлиги асоратларсиз ўтаётган эди, аммо ой-кунига тўлмай — 38-ҳафтасида туққан. Туғруқ пайтида туғиш фаолияти суст бўлган шунда веназига туғруқни қувватловчи окситоцин томчи усулида юборилган. Вазни 3100 г, бўйи 50 см келадиган ўғил бола туғилган. Қон кета бошлагани учун йўлдоши қўл билан кўчириб туширилган. Туғруқдан кейинги давр асоратларсиз ўтган, анемия бўлмаган, бачадоннинг қисқариши қониқарли эди (у бачадонни қисқартирувчи препаратлар олган). Туғруқдан кейин 8-куни қониқарли аҳволда соғлом чақалоғи билан уйига жавоб берилган ва аёллар консультацияси кузатуви остида бўлиши тайинланган.

Ушбу касаллик тарихи. Туғруқхонадан аёлга жавоб берилганидан кейин эртасига тўсатдан тоби қочган, дармонсизланган, қорни пастида ва белида оғриқ турган, эти увишган, иситмаси кўтарилган (37,8°). Жинсий йўлларидан қорамтир қон аралаш ажралма келиши кучайган. Касал аёл фельдшернинг кузатуви остида машинада фельдшер-акушерлик пунктига олиб келинган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг тана тузилиши расо, ориқлаган. Юз териси қизарган. Сут безлари бир текисда катталашган, сиқиб кўрилганида учидан сут чиқади. Сут безларининг тери юзасида қизариш ва инфильтратлар топилмади. Тана температураси 38,2°, томири минутига 110 марта

уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/75 мм. Томоғи қизармаган, бодомча безлари катталашмаган. Ўпкаси ва юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, ўнг чов соҳасида қорин олдинги девори мускулларининг пича таранглиги қайд қилинади. Шчёткин симптоми манфий. Қовдан 3 бармоқ юқорида бачадон туби қўлга уннайди. Бачадон пайпаслаб кўрилганда, силжитилганда безиллаб туради. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий. Дизурик бузилишлар йўқ, яқиндагина ичи келган. Оёқларидаги томир тутамларини пальпация қилиб кўрилганида зичлашиб қолган ва безиллаб турган соҳалар топилмади.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, цервикал каналга бир бармоқ бемалол сигади. Кўзгу солиб кўрилганида бачадон бўйнида эрозия йўқ, ташқи бўғизидан пича қорамтир қон келиб турибди. Бачадон 12—13 ҳафталик ҳомиладорликка мос келадиган даражада катталашган, юзаси нотекис, ғадир-будур, пайпаслаганда безиллаб туради, айниқса, ўнг найча бурчаги соҳаси кўпроқ безиллайди, ҳаракатчан, вазияти тўғри. Ортиқлари ҳар иккала томонда қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳада оғриқ бўлмайди. Гумбазларида инфильтрация йўқ.

Қон анализи: Hb —12,3 г % (123 г/л), лейкоцитлар — 12 300 ($1{,}23\ 10^{10}$/л).

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Қанақа касаллик билан дифференциал диагноз ўтказиш мумкин? Беморга нима илож қилиш керак Давоси қанақа?

Анамнези, умумий ва махсус текширишлардан олинган маълумотларга асосланиб, илк чилла давридаги бачадон миомаси тугуни некрози, деган тахминий диагноз қўйиш мумкин.

Биз кузатаётган беморда бачадон миомасининг диагностика қилиш унчалик қийин эмас. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида бачадонда ғадир-будур ўсма топилиши, ой-куни тўлмай тугиб қўйиш, тугруқ фаолиятининг сустлиги, туққандан кейинги даврда гипотоник қон кета бошлаши мазкур касаллик фойдасига гувоҳлик беради. Илк чилла даврида бачадоннинг қониқарли қисқариши, афтидан, ўсманинг нисбатан катта бўлмаслиги ва бачадонни қисқартирувчи воситалар қўлланганлигига боғлиқ.

Бинобарин, биз қайд қилган барча анамнестик маълумотлар биргина процесс, яъни миома ривожланганлиги сабабли бачадоннинг қисқариш фаолияти издан чиққанлиги ҳақида гувоҳлик беради. Буни қин орқали текшириш ўтказган фельдшер ҳам пайқаган эди. Шундай қилиб, миома диагнози етарли даражада равшан.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадонида миомаси бўлган беморларда илк чилла даврида ўзига хос хавф-хатарлар бўлади. Туғруқдан кейин қўшимча тарз-

да кучли қисқартирувчи дориларни юбориш туфайли бачадоннинг янада кескинроқ қисқариши ўсмада қон айланиши бузилишига мойиллик туғдиради. Бу — қон димланиб қолишига, тромбозга, тўқималар шишишига, геморрагик инфаркт ва некрозга олиб келади. Тўпланган статистик маълумотларга қараганда бачадон миомаси некрози қарийб 7% ни ташкил қилади.

Бачадон миомасининг некрози қуруқ бўлиши ҳам, ҳўл бўлиши ҳам мумкин. Бундан ташқари, миоманинг қизил некрози тафовут қилинади. Қуруқ некрозда некрозга учраган тўқима қисмлари бирин-кетин бурушиб боради, бунда ичида ўлган тўқима қолдиқлари бўлган ўзига хос ғорсимон бўшлиқлар ҳосил бўлади. Ҳўл некрозда тўқималарнинг юмшаши ва ҳўл бўлиб ўлиши, кейин кистасимон бўшлиқлар ҳосил бўлиши кузатилади. Интрамурал, яъни девор ичида жойлашган миомалар кўпроқ қизил некрозга учрайди. Одатда, некрознинг бу формаси ҳомиладорликда ва чилла даврида кузатилади. Ўсма тугунлари макроскопик жиҳатдан қизил ёки жигарранг-қизил тусда ва юмшоқ консистенцияли бўлади, микроскопик жиҳатдан эса веналарнинг аниқ ифодаланган кенгайиши ва уларнинг тромбози аниқланади. Қизил некроз пайдо бўлишининг сабабини айрим тадқиқотчилар тугунни ўраб турган миометрий тонусининг ошиши ва кейинчалик ўсма капсуласида ва унинг атрофида қон айланишининг бузилишидан деб тушунтирадилар.

Некроз натижасида инфекция ва йирингланиш (абсцесс) осонгина ривожланиши мумкин. Инфекция, кўпинча, бачадон бўшлиғининг қинга туташганлиги оқибатида шиллиқ парда остидаги ўсма тугунларига микроблар тушиши сабабли пайдо бўлади. Бироқ инфекция девор ичида жойлашган миома тугунларига ҳам тушади. Инфекция қўзгатувчилари, одатда, микробларнинг септик группасига мансубдир (стафилококк, ичак таёқчаси, стрептококк). Бачадон миомасининг некротик ўзгарган тугунларига инфекция тушиши беморнинг соғлиғига ва ҳатто ҳаётига таҳдид солади, чунки тарқалган перитонит ва генерализациялашган инфекция (сепсис) ривожланишига реал хавф-хатар вужудга келади.

Бачадон миомаси тугуни некрози ва унга инфекция тушишининг клиник манзараси етарлича ўзига хос. Беморнинг умумий аҳволи тўсатдан оғирлашиб қолади, боши оғрийди, иштаҳаси йўқолади, уйқуси бузилади. Кўп ҳолларда эт увишади. Қориннинг пастки қисми тортишиб ёки тўлғоқсимон оғрийди, тана температураси

38° гача чиқади ва бундан ҳам ошади. Қин орқали текширилганда бачадоннинг айрим қисмлари ёки бутун ҳаммаси безиллаб турганлиги қайд қилинади. Периферик қонда — лейкоцитлар формуласи чапга сурилган ҳолда лейкоцитоз бўлади. Бир оз кейинроқ СОЭ кўтарилади.

Бизнинг бемордаги симптомлар билан юқорида тасвирлаб ўтилган клиник манзарани қиёслаш бачадон миомаси тугуни некрози ҳақида, унга инфекция тушганлиги ҳақида қилинган дастлабки тахминни тасдиқлашга имкон беради. Касалликнинг узил-кесил диагностикасини беморни стационарда қунт билан клиник текшириб кўрилгандан кейингина ҳал этиш мумкин.

Шундай қилиб, биз бачадон миомаси тугуни некрозига врачга қадар диагноз қўйиш билан боғлиқ энг муҳим масалаларни таҳлил қилиб чиқдик. Иккинчи масала миоматоз тугун некрозини клиник манзараси унга ўхшаш бўлган бошқа гинекологик ва экстрагенитал касалликлар билан дифференциал диагностика қилишга тааллуқли эди.

Мазкур касалликни чилла давридаги метроэндометрит, метрофлебит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ўткир аппендицит ва тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши билан дифференциал диагностика қилиб кўриш керак. Бу касалликлар орасида бачадоннинг миоматоз тугуни некрозини метроэндометрит билан дифференциал диагностика қилиб кўриш кўпроқ аҳамиятга эга, чунки бу иккала касаллик анча ўхшаш симптомларга эга. Яна шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, йўлдошни қўл билан ажратиб олиш пайтида инфекция қўзғатувчилари кириши натижасида метроэндометрит ривожланишининг реал имконияти бор эди.

Сўз юритилаётган бу иккала касалликни бир-биридан фарқлашда қуйидагиларга эътибор бериш керак. Туғруқдан кейинги метроэндометрит кўпгина беморларда туғруқдан сўнг 3—4-куни бошланади. ваҳоланки, бизнинг беморда бачадон миомасининг тугуни некрози чилла даврининг 9-куни пайдо бўлган. Метроэндометритда безиллаш, одатда, энг йирик томирлар тутами ва лимфатик томирлар жойлашган бачадон қирралари бўйлаб қайд қилинади. Бизнинг беморда эса бачадон туби безиллаб турибди. Бу касаллик ҳамма вақт лохия характери ўзгариши билан кечади, у йиринг аралашишидан лойқа тус олади ва бадбўй ҳидли бўлади (биз кузатаётган беморнинг жинсий органларидан ҳидсиз ва

йирингсиз қорамтир қон ажралиб турибди). Бачадоннинг юзаси нисбатан силлиқ, ғадир-будур эмас.

Аммо метроэндометрит билинмай бошқача тарзда кечаётганда миома тугунига инфекция тушгундай бўлса, диагностикаси анча қийинлашади. Бундай ҳолларда касаллик ривожланишини қунт билан таҳлил қилишга ва метроэндометрит билан бачадон миомаси тугуни некрозига хос энг муҳим симптомлар динамикасини назарда тутишга тўғри келади.

Метрофлебит, одатда, метроэндометритнинг асорати саналади. Муайян жой билан чегараланган метрофлебитни ойдинлаштириб олиш анча қийин бўлади, унинг симптомлари метроэндометритнинг клиник белгиларидан кам фарқ қилади. Қин орқали текширилгандагина тажрибали акушер, баъзан бачадоннинг кенгайган ва тромбланган веналари туфайли юзага келган бачадон юзасидаги ўзига хос нотекислик борлигини қайд қилиши мумкин.

Параметрит, кўпинча, туғруқдан кейин 10—12-кундан бошланади, амалда бу бизнинг беморда касаллик бошланган вақтга тўғри келади. Параметрит, одатда, метроэндометритдан кейин юзага келади. Параметритда беморларнинг умумий аҳволи нисбатан кам ўзгаради, чунки яллиғланиш инфильтрати қорин бўшлиғидан ташқарида (бачадон сербар бойламлари варақлари орасида) жойлашган бўлади. Қин орқали текширишдан олинган маълумотлар яллиғланиш процессининг босқичига, унинг жойлашган ўрнига ва қанчалик тарқалганлигига боғлиқ. Касаллик энди бошланганда маҳаллий симптомлар кучсиз юзага чиққан бўлади, фақат қиннинг ён гумбазларидан бирида тўқималарнинг пастоз бўлиб қолганлиги қайд қилинади. Орадан 2—3 кун ўтгач, шу соҳада инфильтрат шакллана бошлайди, у олдин хамирсимон, кейинроқ анчагина зич бўлиб қолади. У бачадоннинг ён юзаси билан кичик чаноқ девори оралиғида жойлашади ва бачадонни қарама-қарши томонга суриб, унинг кенг асоси чаноқнинг ён деворигача етиб боради. Қиннинг ён гумбази зичлашади, қин деворининг яллиғланиб инфильтрацияланиши оқибатида унинг шиллиқ пардаси ўз ҳаракатчанлигини йўқотади.

Септик инфекция туфайли юзага келган туғруқдан кейинги сальпингоофорит кўпинча бир томонлама бўлади. Одатда, у, кўпинча чилла даврининг 6—8-куни, ундан аввал юзага келувчи метроэндометрит фонида ўткир ривожланади ва рўйирост юзага чиққан умумий ҳамда маҳаллий белгилар билан кечади. Диагностикасида қин

орқали текшириш ўтказилганда бачадон ортиқларининг катталашганлиги ва пальпация қилиб кўрилганда қаттиқ безиллаб туришини аниқлаш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Мазкур ҳолда сальпингоофорит билан дифференциал диагностика ўтказиш алоҳида аҳамият касб этади, чунки биз кузатаётган беморнинг анамнезида бачадон ортиқларининг абортдан кейин яллигланганлиги ҳақида маълумот бор. Баъзан бундай беморларда яллиғланиш процесси жинсий йўлларга туғруқ жараёнида ёки илк чилла даврида инфекция киритилишидан эмас, балки илгари бўлган инфекциянинг ўткирлашувидан келиб чиқади.

Туғруқдан кейинги пельвиоперитонит туғруқдан кейин 14—20-куни, камдан-кам ҳолларда олдинроқ бошланади. Касаллик жадал бошланади: тана температураси анчагина юқори кўтарилади, эт увишади, томир уриши тезлашади, беморнинг кўнгли айниб қусади, қорнида қаттиқ огриқ туради, периотонеал симптомлар мусбат бўлади. Қин орқали текшириш ўтказиб тўғри ичак-бачадон чуқурчасида сел борлигини қайд қилиш мумкин. Тўпланган сел қин орқа гумбазини маълум даражада дўппайтириб қўяди ва бу — беморни ректал-вагинал текшириб кўрилганда яхши сезилади.

Чилла даврида аппендицит, аксарият, ҳомиладорликдан олдинги касалликнинг рецидиви сифатида учрайди. Яллигланиш процессининг зўрайиши, одатда, тўш ости соҳасида ёки киндик атрофидаги оғриқ билан бошланади. Оғриқ кўнгил айниши, баъзан қусиш билан кечади. Қорин олдинги деворининг таранглашуви ва аппендицитга хос симптомлар нисбатан барвақт юзага чиқади. Периферик қон таркибида лейкоцитоз ва лейкоцитлар формуласининг чапга сурилиши топилади. Аммо шуни эътиборга олиш керакки, кўп ҳолларда ҳомиладорлик даврида ва чилла даврида аппендицит билинмайдиган клиник манзара билан атипик тарзда кечиши мумкин. Бу — ҳомиладор аёл билан туққан (чилла давридаги) аёл организми реактивлигининг ўзига хослиги, шунингдек, бачадон вазияти ўзгариши туфайли чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши билан боғлиқ. Буларнинг ҳаммаси, кўпинча, кеч диагноз қўйилишига ва жиддий диагностик хатоликларга олиб келади.

Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши чилла даврида кам кузатиладиган ҳодиса эмас. Бунга кистанинг ҳаракатчанлиги ва туғруқдан кейин бачадон

топографиясининг кескин ўзгариши сабаб бўлади. Касаллик ўткир бошланади (анчагина буралиб қолганда), ўткир қорин оғриғи симптомлари билан кечади. Анамнезида ҳомиладорлик даврига қадар тухумдонида кистаси бўлгани ҳақида маълумотлар борлиги, шунингдек, бачадон ортиқлари соҳасида кистасимон тузилманинг безиллаб турганлигини аниқлаш диагноз қўйишни енгиллаштиради.

Буйрак тоши касаллиги ўткирлашуви эҳтимоли ҳақида ҳам ўйлаб кўриш керак, чунки бизнинг бемор шу касаллик билан оғриган эди.

Мазкур беморда Пастернацкий симптомининг манфийлиги ва дизурик бузилишларнинг йўқлиги бачадон миоматоз тугуни некрози деган диагноз ҳақида гувоҳлик беради.

Шундай қилиб, биз кузатаётган бемордаги клиник манзарани тасвирлаб ўтилган барча касалликлар симптоматикаси билан қиёслаш бизнинг беморда мазкур касалликлар бўлиши эҳтимолини асосли равишда инкор қилиш ва бизнинг дастлаб қўйган бачадон миоматоз тугуни некрози, деган диагнозни тасдиқлаш имконини беради.

Беморга нима илож қилиш керак?

Бачадон миомаси тугуни некрозга учрагани ва унга инфекция тушганлигига шубҳа қилинганда фельдшер беморни зудлик билан стационарга — касалликнинг узил-кесил диагнозини аниқлаш учун ётқизишга ва тегишли даво тадбирларини ўтказишга мажбур. Диагноз узил-кесил ойдинлашмаганлиги ва қорин бўшлиғида нотинч манзаранинг бўлиши туфайли оғриқни тўхтатувчи воситаларни қўлламаслик керак. Фельдшер беморни кузатиб боришга мажбур ва уни «тез ёрдам» машинасидагина олиб бориши лозим.

Давоси қанақа?

Борди-ю, стационарда дастлабки диагноз тасдиқланса, у ҳолда беморни зудлик билан операцияга ётқизиш керак. Инфекциянинг янада тарқалиб кетиши ва диффуз перитонит ёки сепсис келиб чиқиши эҳтимоли борлиги туфайли операциянинг кечиктирилиши ниҳоятда хатарлидир. Операция бачадонни, кўпинча, найлари билан бирга экстирпация қилишдан иборат. Операциядан кейинги даврда кўплаб антибиотиклар билан даволаш буюрилади. Глюкоза, полиглюкин, десенсибилизацияловчи препаратларни венага юбориш кенг қўлланилади.

VI БОБ

ЭНДОМЕТРИОЗ

БАЧАДОН ЭНДОМЕТРИОЗИ

Бемор В., 27 яшар, қорни пасти билан белида қаттиқ оғриқ турганлигидан шикоят қилиб, 1981 йил 30 декабрь куни, соат 11 дан 50 минут ўтганда фельдшер-акушерлик пунктига келиб тушган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, сувчечак ва қизилчани бошидан кечирган, катта бўлганида тез-тез ангина бўлиб турган. 13 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи бир йилдан кейингина маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 4—5 кун келади, оғриқсиз, миқдори ўртача. Турмуш қургандан кейин ҳайз цикли ўзгармаган. Кейинги бир йил ичида ҳайз қони кўплаб келадиган, узоқроқ чўзиладиган ва оғриқ билан ўтадиган бўлиб қолган. Бемор бу ерга келиб тушганида ҳайзнинг иккинчи куни эди. 20 ёшдан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 33 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган: улардан бири ой-кунига етиб туғилган, асоратларсиз, 2 марта сунъий аборт қилдирган, улар ҳам асоратларсиз. Охирги ҳомиладорлиги (1980 йилда) сунъий аборт билан тугаган, бачадон бўйнида эрозия бор degon диагноз қўйилган (диатермокоагуляция ўтказилган). Оқчил безовта қилмайди, қўшни органлар функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор охирги йил мобайнида ҳайз қони кўплаб келиши ва узоқроқ чўзилиши билан намоён бўладиган ҳайз цикли ўзгарганлигини қайд қилади. Борган сари ҳайз оғриқ билан ўтган, бу оғриқ одатда навбатдаги ҳайз келишига 2—3 кун қолганда пайдо бўлиб, у тугагунча давом этаверган. Баъзида оғриқни камайтириш учун аёл анальгин ичиб турган, бироқ у деярли таъсир қилмаган. Врачга мурожаат қилмаган. 29 декабрь куни навбатдаги ҳайзи ўз муддатида келган, қаттиқ оғриқ билан ўтган. Кечаси оғриқ зўридан деярли ухламай чиққан. 30 декабрь куни эрталаб оғриқ кескин кучайган ва бемор медицина ёрдамига мурожаат қилишга мажбур бўлган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Аёлнинг қадди-қомати расо, тўлалиги қониқарли. Тери қопламлари ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарли ривожланган. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Томоғи бир оз қизарган. Тана температураси 37,0°. Томири минутига 88 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб уступи ҳисобида 110/70 мм. Ўпкаси ва юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили тоза, нам. Қорни одатдаги шаклда, нафас олиш актида қатнашади, пальпация қилиб кўрилганида юмшоқ, пастки бўлимлари бир оз оғриқ сезади. Перитониал симптомлар йўқ. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органларида алоҳида

ўзгаришлар йўқ, қини туққан аёлникига хос. Жинсий йўлларидан қорамтир қон келиб турибди (ҳайзнинг иккинчи куни). Бачадон бўйнига кўзгу солиб кўрилганда унинг орқа лабида тўқ қизил рангли бир неча нуқталар топилди, улардан қорамтир қон чиқиб турибди, ташқи бачадон бўғизидан эса бир оз шиллиқ аралашган қорамтир қон чиқмоқда. Бачадон сал катталашган, вазияти тўғри, юмалоқ, зич, юзаси текис, пайпаслаб кўрилганида безиллайди. Ортиқлари ҳар иккала томонида пальпация қилинмайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз.

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Диагнозни ойдинлаштириб олиш учун қанақа қўшимча текшириш методлари бор? Давоси қанақа?

Шундай қилиб, гап альгодисменорея дардига чалинган бемор аёл устида бораяпти. Анамнези ва объектив маълумотларига асосланиб бемордаги бу симптом бачадон эндометриози туфайли юзага келган, деб ҳисоблаш мумкин.

Мазкур касалликнинг ўзи қанақа, унинг патогенези билан клиник манзараси-чи?

Эндометриоз аёллар жинсий органларининг ҳали етарлича ўрганилмаган мураккаб касаллигидир. Унинг моҳияти бачадон шиллиқ пардасидан тапқарида эндометрий ҳосил бўлиши ва ривожланишидан иборат. Эндометрийнинг қалинлашувини (пролиферация) бачадон мускуллари бағрида жойлашган кистоз тузилмалар кўринишида кузатиш мумкин. Бундан ташқари, аксарият, бачадон бўйни орқасидаги клетчаткадан ва бошқа жойларда ўсмалар кўринишидаги эндометриоид тузилмалар учраб туради. Бундай ҳолларда эндометриомалар ҳақида гапириш расм бўлган.

Эндометриоид тузилмалар пролиферацияси тухумдонларнинг гормонлари таъсирида юзага келади. Ҳайз цикли икки фазали бўлганида эндометриоз ўчоқларида худди эндометрийдаги сингари характерли циклик процесслар кузатилади.

Эндометриознинг келиб чиқиш сабаблари ҳалигача аниқланмаган. Энг тарқалгани ва ҳақиқатга яқини дисгормонал назария бўлиб, бу назарияга кўра эстрогенлар ортиқча ишлаб чиқарилиб, прогестерон камроқ ишлаб чиқарилиши муҳим роль ўйнайди. Эндометриоз билан гормонларга боғлиқлиги ёркин ифодаланган ўсма — бачадон миомасининг эндометриоз билан кўпинча бирга келиши бу назарияни тасдиқлайди.

Дисгормонал назария билан бир қаторда эндометриознинг келиб чиқиши хусусида бошқа мулоҳазалар ҳам бор; адабиётда ҳайз қонининг бачадон найи орқали

ичкарига ўтиши ва кейин тухумдонларда, чаноқ, қорин пардасида ва бошқаларда эндометрийнинг пайвандланиб (имплантация) қолишининг аҳамияти кенг муҳокама қилинмоқда. Эмбриогенезда юзага келувчи бузилишларга ҳам кўп эътибор берилмоқда. Эндометриозга типик ўсма сифатида қарайдиган гипотеза ҳам мавжуд.

Эндометриоз, аксарият, илгари ҳомиладор бўлиб ўтган аёлларда учрайди. Сунъий аборт операцияларидан кейин ушбу касаллик кўпроқ учрайди, бунга афтидан, эндометрий бўлакчаларининг қон оқими билан бачадон мускуллари бағрига ва бошқа орган ҳамда тўқималарга бориб қолиши сабаб бўлади. Биз кузатаётган беморнинг 3 марта ҳомиладор бўлганлигини, улардан 2 таси сунъий аборт операцияси билан тугаганлигини эслатиб ўтамиз.

Бачадон бўйни эндометриози бир қадар бошқача пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда эндометриознинг бу локализацияси кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди, буни ҳозирги пайтда бачадон бўйнидаги сохта эрозияни биопсия ва диатермокоагуляция қилишнинг кўп қўлланилиши (айниқса бу операциялар ҳайз циклининг биринчи фазасида ўтказилганида) билан изоҳлаш мумкин. Бунинг сабаби шундаки, навбатдаги ҳайз бошланиши олдидан боладан бўйнидаги коагуляция қилинган жойда ҳосил бўлган чақа қўтири қисман кўчиб туша бошлайди ва очилиб, яланғочланиб қолган яра юзага ҳайз қони билан эндометрий бўлакчалари илиниб қолиб, кейинчалик шу ерга пайвандланади. Шунинг учун ҳозирги вақтда бачадон бўйни сохта эрозиясининг диатермокоагуляциясини ҳайз тугаганидан кейиноқ бажармасдан, балки ҳайз бошланишига 3—4 кун қолди деганда бажарилади, чунки бу пайтда чақа қўтири ҳали кўчиб улгурмаган бўлади ва ҳайз эсон-омон ўтиб кетади.

Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, биз кузатаётган беморнинг анамнезида илгари бачадон бўйни эрозиясини диатермокоагуляция қилинганлиги ҳақида маълумотлар бор. Эндометриознинг ушбу локализациясига диагноз қўйишда бу жуда муҳим ҳол ҳисобланади.

Эндометриозни классификация қилишни билиш уни ойдинлаштириб олиш учун ғоят катта амалий аҳамиятга эга. Дарҳақиқат, классификация медицина ходимларига мазкур патологиянинг қанчалик кўп учраши ва локализацияси ҳақида фикр юритишга имкон беради. Бу эса, ўз навбатида, диагностикани ҳам енгиллаштиради. Шунинг учун биз ушбу классификациянинг асосий қоидаларига қисқача бўлса-да, таъриф бериб ўтишни зарур, деб ҳисоблаймиз.

Ҳозирги тасаввурларга кўра локализацияси бўйича генитал ва экстрагенитал эндометриозлар тафовут қилинади. Генитал эндометриоз кўпроқ учрайди. Уни, ўз навбатида, ички (70% беморларда) — эндометрий бачадоннинг мускул қаватига ўсиб киради ва ташқи (25% беморларда) — бачадондан ташқаридаги (аммо жинсий органлардан четга чиқмаган) генитал эндометриозга бўлинади. Ташқи эндометриоз қорин пардаси ичида (бачадон ортиқларида, бачадон сиртқи пардасида) ва қорин пардасидан ташқарида (ретроцервикал, ретровагинал, қин деворида, чотда) бўлиши мумкин.

Эндометриознинг экстрагенитал локализациясига (5%) меъда-ичак йўллари, қовуқ, ўпка, киндик соҳаси, операциядан қолган чандиқ ва бошқаларда жойлашуви киради. Айрим аёлларда эндометриозни турли органларда кўриш мумкин.

Ички эндометриоз, тухумдонлар, бачадон найлари, қин ва ретроцервикал бўшлиқ эндометриозига чалинган беморлар, асосан, ҳайзнинг қаттиқ оғриқ билан келиши ва меноррагия типида ҳайз циклининг издан чиққанлигидан шикоят қиладилар. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон бўйнининг қин қисмидаги якка эндометриозда одатда ҳайз огриқсиз кечади. Аммо эндометриознинг бу локализацияси учун жинсий йўллардан навбатдаги ҳайзга бир неча кун қолганда пайдо бўлиб, ҳайз тўхтагандан кейин бир неча кундан сўнг тўхтайдиган суркалувчан қон аралаш ажралма келиши характерлидир.

Биз кузатаётган беморда ҳам альгоменорея ва меноррагия қайд қилинади. Биринчиси, афтидан, ички эндометриоз туфайли, иккинчиси, бачадондаги (танаси ва бўйнидаги) ўзгаришлар туфайли келиб чиққан.

Эндометриоз диагностикасида касалликнинг анамнези ва клиник манзараси билан бир қаторда беморни гинекологик текшириш маълумотлари ҳам катта аҳамиятга эга. Мазкур ҳолда кўзгу солиб бачадон бўйни кўздан кечирилган пайтдаёқ бачадон бўйни эндометриозига шубҳа қилиш мумкин. Кольпоскопияда ҳам анчагина қўшимча маълумотлар олиш мумкин. Одатда, бачадон бўйнидаги шикастланган тўқима қисмлари шаклн ва ўлчамлари ҳар хил қирмизи қизил рангли чизиқлар ёки нуқтачалар кўринишида бўлади. Ҳайз циклининг лютеин фазасида ўтказилган кольпоскопияда шикастланган тўқима қисмлари кўкимтир-қизил рангга киради ва ярим сферик шаклни олади. Юпқалашган кўп қаватли ясси эпителий гумбазида тешик ҳосил бўлиб, шу тешикдан қорамтир қон ажралиб туради.

Ички эндометриоз, одатда, бачадон ўлчамларининг бир қадар катталашуви ва бачадоннинг шарсимон шаклга кириши билан характерланади. Бачадон ўлчамлари ҳайз цикли қайси босқичдалигига қараб ўзгаради: ҳайз бошланиши олдидан ва ҳайз даврида бачадон ўлчамлари катталашади ва юмшоқ тортиб қолади, ҳайз тугагандан кейин ҳажми тезда кичраяди ва бир қадар зичлашади. Биз кузатаётган беморда ҳайз қони кела бошлаган иккинчи куни гинекологик кўздан кечирув ўтказилган ва бу пайтда бачадон катталашган бўлган, бу эса шу органнинг ҳайз пайтидаги ўлчамлари учун хосдир. Шунинг учун фақат шу белгига асосланиб мазкур беморда ички эндометриоз борлигини тасдиқлаб бўлмайди. Унга диагноз қўйиш учун динамик кузатиш ва қўшимча текшириш методларини (метрография, гистероскопия) қўллаш керак.

Ички эндометриозга чалинган айрим беморларнинг периферик қон таркиби текшириб кўрилганида динамикасида ҳайз циклига боғлиқ ишлар ўзгариши қайд қилинади. Бундай ўзгаришларнинг моҳияти шундан иборатки, ҳайз пайтида қондаги гемоглобин миқдори пича камаяди ва шунга яраша эритроцитлар сони озаяди, айни вақтда лейкоцитлар миқдори бир оз ортади, СОЭ тезлашади (соатига 25—30 мм гача). Ҳайзлараро давр мобайнида қондаги бу ўзгаришлар нормага қайтади.

Бачадон эндометриозининг юқорида тасвир этилган манзарасини бизнинг беморда аниқланган маълумотлар билан қиёслаш шу касаллик ривожланганлиги ҳақидаги дастлабки тахминимизнинг тўғрилигини тасдиқлайди.

Шундай қилиб, бачадон бўйни эндометриози, деган диагноз айтарли шубҳа туғдирмайди. Ички эндометриоз ривожланган бўлиши мумкинлиги ҳақидаги тахминга келсак, юқорида айтиб ўтганимиздек, бунинг учун касални яна қўшимча текшириб кўриш керак.

Беморга нима илож қилиш керак?

Бачадон эндометриозига дучор бўлган беморни текширишни давом эттириш ва даволаш учун гинекологик стационарга ётқизиш керак. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, росмана қаттиқ оғриқ синдроми бор аёлга ҳали узил-кесил клиник диагноз қўймай туриб, оғриқ қолдирувчи препаратлар юбориш тўғри келмайди. Фельдшер бундай беморни ўзи кузатиб бориши лозим.

Диагнозни ойдинлаштириб олиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методлари қўлланади? Эндометриознинг клиникаси ва диагностикасини кўриб чиқишда

бу масалага қисман тўхталиб ўтган эдик. Бачадон бўйни эндометриозини, кўп ҳолларда бачадон бўйнидаги ўзгаришлардан фарқлаб олиш кераклигини ҳозир айтиб ўтиш ўринли бўлади. Бундай ўзгаришлар диатермокоагуляция етарли даражада яхши бажарилмаганида, бачадон бўйнида қизил рангли жойлар, яъни илгариги сохта эрозия қолдиқлари қолганда аниқланади. Шунингдек, кам учрайдиган рак олди процесси — қирмизи қизил рангли эритроплакия бўлиши мумкинлиги ҳақида ҳам фикр юритиш лозим. Ниҳоят, ҳамма вақт бачадон бўйни ракини истисно қилиб олиш керак. Бу касалликлар диагностикасида кольпоскопия ва аниқ мўлжаллаб қилинган биопсия ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ички эндометриозни, кўпинча, бачадон миомасидан дифференциациялаб олишга тўғри келади. Бу ерда шунга эътибор бериш керакки, ички эндометриозга чалинган беморлар альгоменореядан шикоят қиладилар, одатда, тортишиб азоб берувчи оғриқ безовта қилади. Ҳайз пайтидаги тўлғоққа ўхшаган оғриқ эса субмукоз миома борлигидан дарак беради. Бу иккала касалликни бир-биридан фарқлаб олишда бачадонга зонд солиш, гистерография ва гистероскопия каби текшириш методлари қўшимча катта ёрдам беради. Ички эндометриоз пайдо бўлган тақдирда бачадонга зонд киритиб одатдаги, ўзгармаган бачадон бўшлиғи контурлари қайд қилинади, метрографияда эса ўзгармаган бачадон бўшлиги контурлари қайд қилинади, метрографияда эса ўзгармаган бачадон бўшлиғи контури фонида қўшимча контур ортида соялар қайд қилинади, бу соялар контраст модданинг эндометриал йўлларга ўтиб кетишидан юзага келади. Бачадон бўшлиғининг контраст модда кирмай қолган юмалоқ шаклли жойи (тўлишув нуқсони), кўпинча, субмукоз миомада топилади.

Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, шунга ўхшаш рентгенологик манзара баъзан эндометрий полипозида кузатилади. Бундай ҳолларда ўсма табиати ҳақидаги масалани ҳал этишда эндометрийни қириб гистологик текширишдан олинган маълумотларни ҳисобга олиб иш юритилади (миоманинг субмукоз тугунига шубҳа туғилганида профуз қон кетиш хавфи аниқ бўлгани туфайли бачадонни диагностика мақсадида қириш сўзсиз ман этилади).

Айниқса, ички эндометриози бор беморларда диагностик қириш ҳақида алоҳида тўхталиб ўтиш лозим. Шуни унутмаслик лозимки, текширишнинг бу методи

ёрдамида ички эндометриоз диагнозини тасдиқлаб ҳам, инкор этиб ҳам бўлмайди. Аммо меноррагия муносабати билан бажарилган диагностик қиришда, кўпинча, эндометрийдаги бошқа бирга келган патологик ўзгаришлар (эндометрий гиперплазияси, аденоматоз полиплар, рак ва бошқалар) аниқланади. Мана шунинг учун ҳам ички эндометриозли беморларда ҳайз цикли издан чиқиши билан кечадиган бошқа касалликларни истисно қилиб олиш учун, аксарият ҳолларда, бачадонни диагностик қиришга тўғри келади.

Давоси қанақа?

Борди-ю, клиник текширишлар натижасида генитал эндометриоз деган тахминий диагноз тасдиқланадиган бўлса, у ҳолда беморга синтетик прогестин (бисекурин ва бошқалар) буюриш керак. Таркибида эстроген ва гестаген компонентлари бор препаратларни ҳайз циклининг 5-кунидан 25-кунигача ҳар куни бир таблеткадан буюрилади. Даво муддати 6—8 ойдан 1—1,5 йилгача чўзилади.

Синтетик прогестинлар, ҳатто узоқ вақт қўлланилганда ҳам эндометриозни тузатиб юбора олмайди, аммо бу препаратлар патологик процесснинг тўхташига олиб келади ва альгоменорея ҳамда меноррагияни анча камайтиради. Бу хилдаги даво тадбирлари наф бермаганда операция қилишга тўғри келади.

Синтетик прогестинларни даволашнинг бу турига бўлган барча монеликларни қатъий ҳисобга олган ҳолда (жигар касалликлари, қон ивишининг ошиши ва ҳоказо) ҳамиша врач тайинлайди.

БЎЙИН ОРТИ ЭНДОМЕТРИОЗИ

Бемор Н., 38 яшар, ҳайз келиш пайтида қорни пастида қаттиқ оғриқ туришидан шикоят қилиб, 1979 йил 20 сентябрда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Беморнинг отаси ўпка ракига чалиниб вафот қилган, онаси соғлом. Болалигида сувчечак, қизилча, бўғмани бошидан кечирган, катта бўлганида тез-тез юқори нафас йўллари катари билан оғриб турган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 29 кунда 3 кун келади, оғриқсиз, мўл эмас. Охирги ҳайзи 19 сентябрда ўз муддатида келган. 21 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи, эри 42 ёшда, соғлом. 5 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини ой-куни тўлиб туққан, тугруқлар асоратларсиз ўтган, учтасини сунъий аборт қилдирган. Оқчил келиб безовта қилмайди. Гинекологик касалликлардан бачадон ортиқларининг яллигланишини (биринчи абортдан кейин) қайд қилади.

Ушбу касаллик тарихи. Ҳайзининг оғриқли бўлишини биринчи марта 1978 йилнинг августида қайд қилган. Ҳайз келиш пайтидаги оғриқ секин-аста зўрая борган, шу муносабат билан аёл папаверин билан белладоннали оғриқ қолдирувчи шамча қўйишга мажбур

бўлган. У қисқа муддатли наф берган. Сўнгги вақтларда оғриқ ҳайз келишига 3—4 кун қолганида пайдо бўла бошлаган ва ҳайз тугаши билан босиладиган бўлган. Баъзида оғриқ чидаб бўлмайдиган даражада кучайган ва кўнгил айниш ҳамда қусиш билан кечган.

Умумий ва махсус текшириш олинган маълумотлари. Бемор стационарга келиб тушганида аҳволи қониқарли бўлган. Қаддибасти расо, териси ва кўзга кўринган турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарли даражада ривожланган, регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Тана температураси 37,2, томири минутига 94 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб уступи ҳисобида 120/75 мм га тенг. Ўпкаси ва юрагида патологик ўзгаришлар топилмади. Қорни нафас актида қатнашиб турибди, пальпация қилиб кўрилганида юмшоқ, пастки бўлимлари пича безиллайди. Перитонеал симптомлари манфий. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида ҳам манфий. Дизурик ҳолатлар йўқ, яқиндагина ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, эрозияси йўқ. Ташқи бачадон бўғзидан қорамтир қон чиқиб турибди (ҳайзнинг 2-куни). Бачадон катталашмаган, вазияти тўғри, юзаси текис, консистенцияси одатдагича ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон ортиқлари ҳар иккала томонда битишмалар ҳосил қилган. Бачадон ортида ўнг думгаза-бачадон бойлами соҳасида пайпаслаб кўрилганда қаттиқ безиллайдиган, ўлчами 3х4 см келадиган ўсма қўлга уннайди, консистенцияси зич, юзаси нотекис ғадир-будур.

Тўғри ичаги орқали текшириб кўрилганида ҳам шундай маълумотлар олинди.

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Давоси қанақа?

Рўй-рост юзага чиққан альгоменорея синдроми ва думгаза-бачадон бойлами соҳасидаги росмана безиллаб турган ўсма борлигини эътиборга олиб фельдшер бўйин орти эндометриози деган тахминий диагноз қўйиши мумкин.

Эндометриоз, деганда одатдаги ўрнидан бошқа жойда ўсиб кетган эндометрий тушунилади. Эндометриоз ўзига хос касаллик бўлиб, унинг на клиник, на функционал ва на морфологик хусусиятларига қараб ҳақиқий ўсмалар қаторига киритиб бўлмайди. Эндометриоид тузилмаларнинг хавфли ўсмаларга айланиб кетиши жуда камдан-кам ҳолларда кузатилган.

Юқорида айтиб ўтилганидек, эндометриоз патогенезида гормонал факторларга (эстрогенларнинг ортиқча ишланиб чиқиши ва сариқ тана гормонининг етарлича ҳосил бўлмаслиги), жинсий органлардаги яллигланиш реакциясига ва бачадонда операция қилишга катта ўрин берилади. Барча бу факторлар бачадон шиллиқ пардасининг кўчиб тушиши ва мускуллари бағрига (ички

эндометриоз), бўйин орти клетчаткасига (ретроцервикал эндометриоз), тухумдонларга (тухумдонлар эндометриози) ва аёл организмининг бошқа орган ҳамда тўқималарига пайвандланиб қолишига имкон беради. Биз кузатаётган бемор анамнезида жинсий органларнинг яллиғланиш касалликларини бошидан кечирганлиги, шунингдек, бир неча марта туққан ва аборт қилдирганлиги ҳақида маълумотлар бор, бу — эндометрий ҳужайраларининг бўйин орти клетчаткаси соҳасига тушиб қолишига шароит яратиб берган бўлиши мумкин.

Ретроцервикал эндометриозни ойдинлаштириб олиш учун анамнезда ҳайзнинг кучли оғриқ билан келиши (альгоменорея) ҳақидаги маълумотлар катта аҳамиятга эга.

Эндометриоз ривожланишидаги альгоменорея ҳайз циклининг айрим фазаларига тўғри келувчи яққол ифодаланган даврий характерга эга. Эндометриозга чалинган кўпчилик беморларда оғриқ ё ҳайздан олдин, ёки ҳайз бошланиши билан зўраяди. Ҳайз тугаши билан оғриқ синдроми йўқолади. Бундай манзара циклдан циклгача такрорланади. Биз кузатаётган беморда ҳам альгоменорея циклик юзага келган. Ҳайз циклидаги ўзгаришларни бемор аёл биринчи марта 1978 йили қайд қилган, шу йили ҳайз ҳеч қандай сабабсиз оғриқли бўлиб қолган. Оғриқ қолдирувчи препаратлар доимий терапевтик наф бермаган, бу ҳам эндометриоз учун ниҳоятда характерлидир. Кейинги вақтларда патологик процесс, шубҳасиз, кучайиб бориши оқибатида оғриқ навбатдаги ҳайз келишига 3—4 кун қолгандаёқ бошланадиган бўлиб қолган ва у батамом тўхтаганидан кейингина йўқоладиган бўлган. Оғриқ баъзан чидаб бўлмайдиган даражада бўлган ва вегетатив бузилишлар (кўнгил айниши, қусиш) билан кечган.

Ретроцервикал эндометриоз учун характерли бўлган бундай типик симптомни таҳлил қилганда ҳайз кўриш функцияси издан чиқишининг циклик табиатигагина эмас, балки ушбу касаллик учун муҳим белги бўлиб ҳисобланган унинг кучайиб боришига ҳам аҳамият бериш керак. Шундай қилиб, анамнезни таҳлил қилиш унга тўғри диагноз қўйиш учун нисбатан анчагина қимматли маълумотлар беради.

Бўйин орти эндометриози кўп учраши жиҳатидан бачадон ва тухумдонлар эндометриозидан кейин 3-ўринда туради. Бундай беморларда, номидан ҳам кўриниб турганидек, эндометриоз ўчоқлари бачадон бўйни ортида думгаза-бачадон бойламлари бўйинга бириккан

сатхда жойлашган бўлади. Эндометриоз шу жойдан кўп ҳолларда тўғри ичак-қин тўсиғига, қиннинг орқа гумбазига ва тўғри ичакка тарқалади. Бу касаллик ёлғиз — якка ҳолда ҳам, жинсий органларнинг бошқа бўлимлари баравар касалланиши ҳолида ҳам кузатилиши мумкин.

Бўйин орти эндометриозига чалинган беморлар қорни пастидаги, бели ва думғазасидаги оғриқдан шикоят қиладилар, бу оғриқлар одатда навбатдаги ҳайз келишига 2—3 кун қолганда пайдо бўлади. Оғриқ синдроми берк бўшлиққа (эндометриоид кисталар) ҳайз қони тўпланиб қолишидан келиб чиқади. Периферик иннервацияга бой бўлган бу кисталарнинг чўзилиши қаттиқ оғриқ беради ва пайпаслаб кўрилганда безиллаб туради. Ҳайз тугаганидан кейин оғриқлар секин-аста йўқола боради, чунки қон бу пайтда қисман сўрилиб кетади.

Одатда, оғриқ синдроми росмана кучайиб борувчи характерга эга бўлади. Объектив текшириш ўтказилганда (қин ва тўғри ичак орқали) беморнинг бачадон бўйини орқа юзасида, аксарият, бўйин усти соҳасида, консистенцияси зич, юзаси нотекис, ғадир-будур, сал тегилганда қаттиқ безиллайдиган ўсмасимон инфильтрат топплади. Инфильтрат ўлчамлари ниҳоятда ҳар хил — нўхатдан то товуқ тухумигача катталикда бўлади. Бўйин орти инфильтратининг тасвир этилган хусусиятлари мазкур беморда ҳам бор.

Шундай қилиб, анамнез ва объектив маълумотларга асосланиб фельдшер асосли равишда ушбу беморда бўйин орти эндометриози бор, деган тахминга кела олади.

Бўйин орти эндометриозини, биринчи навбатда, жинсий органларнинг ўсма ва яллигланиш касалликларидан ажратиб олиш керак, чунки буларда ҳам шунга ўхшаш клиник манзара кузатилиши мумкин.

Бўйин орти эндометриози ва тухумдонлар ракининг дифференциал диагностикаси маълум даражада қийинчилик туғдириши мумкин, чунки тухумдонлар ракида ҳам пайпаслаб кўрилганда безиллаган оғриқ, тўғри ичак-бачадон бўшлиғида чуқур жойлашган ғадир-будур ўсма бўлиши характерлидир. Бу иккала касалликни бир-биридан фарқлашда ҳамиша альгомонореяни эътиборга олиш керак, бу доимо эндометриозда кузатилиб, тухумдонлар ракида бўлмайди. Тухумдонлар ракида нисбатан барвақт асцит пайдо бўлади, бу эса эндометриозда бўлмайди. Эндометриоз диагностикаси учун эндометриознинг бошқа соҳада жойлашган ўчоқларининг топилиши катта аҳамиятга эга. Беморларнинг ёши ҳам

маълум даражада аҳамиятга эга: эндометриоз, аксарият, бола кўриш ёшидаги аёлларда ривожланади, тухумдонлар раки эса 45—50 ёшдан кейин учрайди. Диагноз қўйишга қийинчилик бўлган ҳолларда лапароскопия, кульдоскопия ва биопсия катта аҳамиятга эга.

Бачадон ортиқларининг яллиғли ўзгаришлари билан бўйин орти эндометриози ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш бирмунча осон. Яллиғланиш процесси учун жинсий ҳаёт бошлагандан кейин, туғруқ ва аборт-лардан сўнг касаллик келиб чиқиши характерлидир. Яллиғланишга қарши олиб борилган даво, одатда, яхши наф беради, эндометриозда эса даволашнинг нафи бўлмайди ва ҳатто асосий касалликнинг кечиши огирлашади (оғриқ синдроми кучаяди).

Беморга нима илож қилиш керак?

Ретроцервикал эндометриози бор беморни клиник текшириш ўтказиш ва тегишлича даволаш учун стационарга жўнатиш керак, ҳатто, росмана альгоменореяда ҳам фельдшер беморга кучли таъсир этувчи оғриқ қолдирувчи воситалар юбормаслиги керак, чунки диагноз ҳали тахминий характерга эга бўлади ва бошқа касалликлар (аппендицит ва бошқалар) ни истисно қилиб бўлмайди, уларнинг клиник манзарасини ўзгартириб қўйиш нотўғри диагноз қўйишга олиб келиши мумкин. Альгоменорея кучли ифодаланган эндометриозда беморларни енгил транспортда авайлаб олиб бориши ва уларни фельдшер кузатиб бориши керак.

Давоси қанақа?

Ретроцервикал эндометриозни даволашнинг замонавий етакчи методи — синтетик прогестинлар буюришдан иборат. Консерватив даво тадбирлари наф бермаганда операция қилинади.

ТУХУМДОН ЭНДОМЕТРИОИД КИСТАСИ ЁРИЛГАНЛИГИГА ШУБҲА ҚИЛИШ

Бемор Ж., 37 яшар, қорни пастида қаттиқ оғриқ туриши ва жинсий органларидан қон кетиши сабабли 1980 йил 25 октябрь куни фельдшер-акушерлик пунктига олиб келинган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, сувчечак, зотилжамни бошидан кечирган, катта бўлганида ангина ва грипп билан оғриган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 25—28 кунда 4—5 кун келади, огриқсиз, миқдори ўртача. Турмушга чиққанидан кейин ҳам ҳайз табиати ўзгармаган. Кейинги 3 йилдан бери ҳайзи оғриқли, чўзилиб кетадиган (10—12 кундан), кўплаб келадиган бўлиб қолган. Айниқса, кейинги пайтларда оғриқ кучайган, шу муносабат билан касал оғриқ қолдирувчи дорилар ича бошлаган. Сўнгги ҳайзи 23 октябрда бошланиб, 25 октябрь куни қон кета бошлаган. 21 ёшидан

жинсий ҳаётга кирган, биринчи никоҳи. Кейинги 4 йилдан бери бўйида бўлиб қолишдан сақланмайди. Эри 40 ёшда.

4 марта бўйида бўлган, улардан иккитасини ой-кунига етказиб туққан, иккитасини сунъий аборт қилдирган, абортлар асоратсиз ўтган. Оқчил келиб безовта қилмайди, қўшни органлар функцияси издан чиқмаган. Гинекологик касалликлардан 2 йил илгари ўнг бачадон ортиғи яллигланиб касалланганлигини қайд қилади. Унинг зўрайиб кетиши сабабли икки марта район касалхонасининг гинекология бўлимида ётиб чиққан, бу ерда унга яллиғланишга қарши даво қилишган (антибиотиклар, аутогемотерапия, алоэ, кальций хлорид), аммо аҳволи сезиларли яхшиланмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги 3 йил мобайнида ҳайз қони мўл, узоққа чўзиладиган ва оғриқ билан келадиган бўлиб қолган. Оғриқлар, одатда, навбатдаги ҳайз келишига 3—4 кун қолганда бошланиб, айниқса, биринчи куни кучайган. Охирги йилда оғриқлар чидаб бўлмайдиган даражада кучайган, шунга кўра аёл кўрпатўшакда анальгетиклар ичиб ётишга мажбур бўлган. 23 октябрь куни ўз муддатида ҳайз келган ва бу ҳам, одатдагидек, қаттиқ оғриқ билан кечган. 25 октябрда қон кетиши кучайган, унда қон лахталари пайдо бўлган. Бундан 2 соат муқаддам ўнг чот соҳасида қаттиқ оғриқ хуруж қилган, икки марта қусган. Эри кузатувида аёл фельдшер-акушерлик пунктига олиб келинган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг қадди-басти расо, тўлалиги қониқарли. Териси ва кўзга кўринган турган шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Тана температураси 37,1°. Томири минутига 90 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм га тенг. Нафас органлари ва қон айланиш системасида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни бир қадар таранглашган, пальпация қилиб кўрилганда ўнг чов соҳасида оғриқ борлиги қайд қилинади. Шчёткин симптоми кучсиз мусбат. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Дизурик ҳодисалар йўқ.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ҳеч қандай ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганида эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи бўғизидан кўплаб қон аралаш ажралма келиб турибди. Бўғизи ёпиқ. Бачадон орқага силжиган, 7—8 ҳафталик ҳомиладорликка тўғри келадиган даражада катталашган, шакли шарсимон, консистенцияси зичроқ, пайпаслаганда оғриқ сезади. Чап ортиқлар қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳа безиллаб турибди. Бачадоннинг ўнг ва орқа томонларида размери 8×7 см келадиган тухумсимон шаклдаги ўсма қўлга уннайди, ўсманинг контури нотекис, деярли қимирламайди, консистенцияси зич-эластик, пайпаслаб кўрилганда оғриқ беради, безиллаб туриши ва қорин олд девори мускулларининг таранг тортилиб туриши туфайли уни пайпаслаб кўриш қийин бўлди.

Қон анализи: Hb — 10 г % (100 г/л), лейкоцитлар — 10 000 ($1{,}0 \cdot 10^{10}$/л).

Қанақа касаллик ҳақида гап бориши мумкин? Ушбу патологияни қандай касалликлар билан дифференциал диагностика қилиб кўриш керак? Фельдшер нима иложи қилиши лозим? Давоси қанақа?

Биз кузатаётган беморнинг касалига диагноз қўйиш-

да қуйидагиларга эътибор бериш зарур. Аввало, бу аёлда асосан циклик бузилишлар билан ифодаланган (қон кетишининг кучайиши) ҳайз циклининг издан чиқиши бор. Ҳайз қон кетиши кучайиб борувчи альгоменорея билан кечади, бу — бачадон эндометриози учун жуда характерлидир. Бу диагноз бачадон ўлчамларининг катталашиши, шунингдек, ичида қон тутган эндометриоид кисталар билан миометрий инфильтрацияланганлиги оқибатида характерли шарсимон шакл ҳосил бўлганлигида ҳам тасдиқланиб турибди. Аммо бизнинг беморда эндометриоз кўп сонли характерда ва улар билан фақат бачадонда эмас, балки, афтидан, ўнг бачадон ортиқларида ҳам бор. Бунинг устига росмана оғриқ синдроми пайдо бўлганлиги ва шикастланган бачадон ортиқларининг пайпаслаб кўрилганда қаттиқ безиллаб туришидан ўнг тухумдоннинг эндометриоид кистасининг ёрилиб кетиши эҳтимолга яқин бўлиб қолади.

Бу масалаларга муфассалроқ тўхталиб ўтамиз ва касаллик тарихини анамнезидан бошлаб таҳлил қилишга киришамиз.

Бемор аёл кейинги йилларда ҳайзнинг оғриқли ва кўп келишидан азобланиб юради, бунда альгоменореянинг борган сари зўрайиб бориши — эндометриознинг етакчи симптоми қайд қилинади. Оғриқ билан келадиган ҳайз ички эндометриозда ҳам, бачадон ортиқлари эндометриозида ҳам бир хилда кўп кузатилади. Биринчи ҳолда оғриқ синдроми эндометриоид ўчоқлар ва талайгина томирларнинг нерв рецепторлари таъсирланиши, шунингдек, бачадон бўйни спазми билан боғлиқ. Бу процессда эстрогенларнинг ортиқча ишланиб чиқиши ва прогестерон камроқ бўлишининг бир қадар роли бор.

Тухумдонлар эндометриозида «шоколадсимон» кисталар ичидаги қон улар капсуласидан «сизиб» чиқиб қорин бўшлиғига тушиши каби ўзига хос манзара кузатилади. Кисталар ичидаги қон қорин бўшлиғига қанча кўп тушса, оғриқ шунча кучли бўлади. Кучайиб борувчи характердаги альгоменорея ҳар гал навбатдаги ҳайз келганда кисталар бўшлиғига янгидан қон қуйилиши, улар ўлчамининг катталашиши, бу эса ўз навбатида нерв рецепторларининг янада кучлироқ таъсирланишига олиб келишига боғлиқдир.

Ички эндометриоз ҳайз келишининг кучайиши ва чўзилиб кетиши билан ажралиб туриши (менорragия) юқорида қайд қилиб ўтилган эди. Бу симптом бачадоннинг қисқариш қобилиятининг пасайиши, унинг шиллиқ

пардасининг ўзгариши (гиперплазия, полипоз), айрим эндометриоид кисталарнинг бачадон бўшлиғига бўшалиши кабиларга боғлиқ. Бизнинг беморда меноррагия симптоми биринчи марта бундан 3 йил илгари юзага келган ва аста-секин кучая борган, бу ҳол, ниҳоят, ҳайз чиқишига қон кетишига айланиб кетмагунча давом этган. Шуниси характерлики, кейинги бир неча йил давомида унинг бўйида бўлмаган. Адабиёт маълумотларининг кўрсатишича, генитал эндометриозга чалинган беморлар орасида 40 % дан 80 % гача аёллар бирламчи ёки иккиламчи бўйида бўлмасликка йўлиқади. Бўйида бўлмаслик даврининг касалликнинг дастлабки белгилари пайдо бўлиш вақтига тўғри келишини қайд қилиб ўтиш зарур.

Тухумдонлар эндометриозининг характерли симптоми — унинг нисбатан тез-тез зўрайиб туришидир, бунга аксари ҳолларда бактериал этиологияли яллиғланиш процессининг зўрайиши сифатида хато баҳо берилади. Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, яллиғланишга қарши кўрилган даво тадбирларининг ижобий натижа бермаганлиги ҳам мазкур ҳолда тухумдонлар эндометриози, деб асослироқ тахмин қилишга имкон беради.

Ҳайз циклининг фазаларига қараб бачадон каттагининг ўзгаришини ички эндометриознинг муҳим диагностик белгиси, деб ҳисобламоқ керак (ҳайз келиш олдидан ва ҳайз вақтида бачадон ўлчамлари сезиларли даражада катталашади ва юмшоқроқ бўлиб қолади, ҳайз тугаши билан кичраяди ва қаттиқроқ бўлиб қолади). Афсуски, беморни динамик тарзда кузатилмаганлиги мазкур ҳолда ички эндометриознинг бу типик белгисини аниқлашга имкон бермади.

Ўнг бачадон ортиқларининг ўзгаришлари эндометриоз учун жуда характерлидир. Эндометриоз кисталар, аксарият, овал шаклини олади; юзаси текис, зич-эластик, камдан-кам қаттиқроқ консистенцияли бўлади. Бундай консистенция яхшигина тараққий этган ва зич капсула ҳосил бўлишига боғлиқ. Эндометриоид кисталарга деярли ҳамма вақт яллиғланиш процесси қўшилиб келади, шунинг учун улар кўпгина битишмалар билан ўралган бўлади ва натижада бачадон билан бирга ягона конгломерат ҳосил қилади. Бундай конгломератнинг ҳаракатчанлиги кескин чегараланган бўлади ёки мутлақо силжитиб бўлмайди.

Шундай қилиб, анамнези ва қин орқали текшириш маълумотларига асосланиб бизнинг беморда бачадон ва ўнг ортиқларининг эндометриози бор деган хулосага

келдик. Аммо нима учун перитонеал симптомлар юзага келади, деган савол туғилади. Қисталар ёрилган, деган тахмин энг тўғри тахминдир. Нима учун? Гап шундаки, эндометриоид кисталар оёқчасининг буралиб қолиши камдан-кам учрайди, чунки юқорида қайд қилиб ўтилганидек, бундай кисталар деярли ҳамма вақт битишмалар билан зич тутиб турилади ва ҳаракатланмайдиган тузилмадан иборат. Қисталар аксари ҳайз пайтида ёрилади (мазкур беморда бу ҳайзнинг 2-куни юз берган) ва перитонеал ҳодисалар билан кечади, баъзан шок манзарасини ҳам беради.

Ички ва ташқи эндометриозни қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак?

Бачадон эндометриозини кўпинча бачадон миомасидан, айниқса, тугун шиллиқ парда остида жойлашганда фарқлаб олишга тўғри келади. Бачадон миомаси бор 40—50 % беморларда эндометриоз қўшилиб келади, шунинг учун бу касалликларга узил-кесил диагнозни беморни стационарда клиник жиҳатдан синчиклаб текшириб кўрилгандан (бачадонга зонд киритиб текшириш, гистерографиядан) кейингина қўйиш мумкин. Камдан-кам ҳолларда бачадон эндометриозини эндометрит билан дифференциялаб олишга тўғри келади. Бунда эндометрит қирмасини патоморфологик текшириб кўриш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Тухумдонлар эндометриозини бачадон ортиқларининг яллиғланишидан (сўзак, септик ва туберкулёз этиологияли), тухумдонлар ракидан, эндометриоид кистанинг ёрилишини эса бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик бузилишидан, тухумдон кистаси (кистомаси) оёқчасининг буралиб қолишидан ёки миоманинг субсероз тугуни билан аппендицитдан дифференциялаб олиш керак.

Мазкур патологияни этиологияси сўзакли ва септик бачадон ортиқлари яллиғланишидан ажратиб олиш учун анамнезнинг ўзига хос томонларига, сўзакда жинсий органларнинг характерли жойлари зарарланишига ва бактериоскопик ҳамда бактериологик текшириш натижаларигагина эмас, балки яллиғланишга қарши олиб борилган давонинг наф бермаганлигига ҳам эътибор бериш керак. Эндометриоз учун иссиқ муолажалар қилинганда оғриқнинг кучайиши айниқса характерлидир. Бачадон ортиқлари туберкулёзи учун бирламчи, камдан-кам иккиламчи бўйида бўлмаслик, анамнезида бошқа органларнинг туберкулёзга учраганлиги ҳақида маълумотлар бўлиши, гистеросальпингография, туберкулёз синамасининг характерли натижалари, шунинг-

дек, туберкулёзга қарши давонинг наф бериши хосдир.

Эндометриоз ва тухумдонлар ракининг дифференциал диагностикаси катта қийинчилик тугдириши мумкин. Шуни эътиборга олиш керакки, эндометриоз, аксарият, ёшроқ аёлларда кузатилади, деярли ҳамма вақт альгоменорея билан кечади ва асцит қилмайди.

Тухумдон кистаси оёқчаси ёки миома субсероз тугунининг буралиб қолишнинг диагностикаси беморни бундан олдинги текширув натижаларини таҳлил қилиш билан осонлашади. Миоманинг субсероз тугуни камданкам ҳоллардагина якка бўлади, одатда, субсероз ёки интрамурал жойлашган бошқа тугунлар борлиги аниқланади. Тухумдонлар кистаси, одатда, ҳаракатчан бўлади. Фақат киста оёқчаси буралиб қолганидан кейин маълум вақт ўтгач ва кистага чарви ва ичак қовузлоқлари пайвандланиб киста ҳаракатчанлиги чекланади.

Тухумдоннинг эндометриоид кистаси ёрилиши бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг узилиши билан шу қадар ўхшаш бўладики, аксари узил-кесил диагнозни фақат операция пайтидагина қўйиш мумкин. Шунга қарамасдан, бемордан қунт билан сўраб-суриштириш ва мавжуд ҳомиладорликнинг белгиларини аниқлашга ҳаракат қилиш керак.

Эндометриоид кистанинг ёрилганлигига шубҳа қилинганда фельдшер зудлик билан беморни хирургик ёки гинекологик стационарга ётқизиш чорасини кўришга ва бундай беморни ўзи кузатиб боришга мажбур. Борди-ю, шок ҳодисалари бўлмаса, пантопон ёки морфин препаратлари юбориш керак эмас, чунки бу узил-кесил клиник диагноз қўйишни бир қадар қийинлаштириб юбориши мумкин. Бачадонни қисқартирувчи воситалар билан қон кетишини вақтинча камайтирилади.

Борди-ю, стационарда эндометриоид киста ёрилган, деган диагноз тасдиқлангундай бўлса, у ҳолда зудлик билан операция қилишга киришиш керак. Хирургик операция ҳажми, одатда, операция пайтида ҳал қилинади. Операциядан кейинги даврда эндометриозда патологик процеснинг кўп сонли характерда бўлишини назарга олиб, 8—12 ой мобайнида синтетик прогестин билан даволанади. Борди-ю, бачадон ортиқлари эндометриозига чалинган беморни операция қилиш процессида хирург иккала тухумдонни олиб ташлашга мажбур бўлса, у ҳолда кейинчалик гормонал даво буюрилмайди, чунки тухумдонларнинг жинсий гормонлари ишланиб чиқмаслиги қолган эндометриоз ўчоқларининг тезда қайта ривожланишига олиб келади.

VII БОБ

БАЧАДОННИНГ РАК ОЛДИ ВА РАК КАСАЛЛИГИ

БАЧАДОН БЎЙНИНИНГ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИГИ

Бемор В., 28 яшар, жинсий алоқадан кейин жинсий йўлларидан оқчил ва қон аралаш ажралма кела бошлаганидан, қорни пастида оғриқ турганидан шикоят қилиб, 1979 йил 29 ноябрь куни фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида бир қанча касалликларни бошидан кечирган, катта бўлганида грипп ва зотилжам бўлган. 12 ёшидан ҳайз кўрган, ҳайзи орадан 8 ой ўтгач, маромига тушиб кетган, ҳар 30 кунда 5—6 кун келади, оғриқсиз, миқдори ўртача, Жинсий ҳаёт бошлаганидан кейин ҳам, туғруқ ва абортлардан сўнг ҳам ҳайз циклининг табиати ўзгармаган. Охирги марта 18 ноябрдан 22 ноябргача, ўз муддатида ҳайз кўрган. 21 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 30 ёшда, бемор аёлнинг сўзига қараганда у соғлом.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси ой-кунига тўлиб йирик ҳомила (4500 г) туғилган, кейинги иккитаси абортлар билан (сунъий ва ўз-ўзидан тушиб) тугаган. Туғруқ пайтида бачадон бўйни ва чот оралиғи йиртилган. Гинекологик касалликлардан бачадон бўйни эрозияси қайд қилинади. Аҳён-аҳёнда оғриқ туради. Қўшни органлар функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги бир неча ой мобайнида жинсий йўлларидан ҳайзлар оралиғида қон аралаш ажралма келаётганидан бошлаб ўзини касал санаб келади. Баъзан бундай ажралмаларни бевосита жинсий алоқадан кейин қайд қилган. Вақти-вақти билан шилимшиқ-йирингли оқчил келиб безовта қилган. Бемор аёлни гинеколог кўриб, унда бачадон бўйнининг эски йиртиғи ва эрозия борлигини аниқлаган. Бачадон бўйнини биопсия қилиш таклиф қилинганда у бунга кўнмаган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Аёлнинг қадди-басти расо, тўлалиги қониқарли. Тери қопламлари ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Томоғи қизармаган. Тили тоза, нам. Томири минутига 84 та уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/75 мм га тенг. Ўпкаси ва юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Қорни юмшоқ, пальпация қилиб кўрилганда оғримайди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари расо, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни анчагина қизарган, илгариги туғруқларидан қолган икки томонлама чуқур йиртиқлар бор. Кўзгу солиб кўрилганда цервикал канал шиллиқ пардасининг анчагина агдарилиб чиққани қайд қилинади. Бачадон бўйнининг олдинги ва орқа лабини кўзгу солиб яқинлаштирилганда шиллиқ

пардаларининг бўртиб туриши йўқолади. Бўйнининг олдинги лабида цервикал каналнинг шиллиқ пардаси агдарилиб чиққан соҳада ўлчами 3×4 см келадиган эрозияланган юза бўлиб, зонд билан босиб кўрилганда қонаб кетади. Цервикал каналдан келаётган аралма шиллиқ-йирингли. Бачадон ўлчамлари катталашмаган, вазияти тўғри, юзаси текис, ҳаракатчан, оғриқсиз. Олдинга силжитиб кўрилганда оғриқ беради. Ортиқлар пальпация қилинмайди, улар жойлашган соҳа безиллайди. Гумбазларида инфильтратлар йўқ.

Тўғри ичак-қин орқали текшириш ўтказилганида ўнг думғаза-бачадон бойламлари безиллаб туриши ва йўғоилашганлиги қайд қилинади.

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Диагнозни ойдинлаштириб олиш учун қанақа қўшимча текшириш методлари қўллаш керак? Ушбу касаллик группасига кирадиган патологиянинг яна бошқа қандай формалари бор? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Давоси қанақа?

Олдимиздаги бемор асосан оқчил келиши ва бачадон бўйнининг жинсий алоқа пайтида шикастланиши натижасида қон кетишидан (контакт қон кетиши) шикоят қилади. Бу симптомлар бачадон бўйнининг жиддий патологияси учун жуда характерлидир. Кўзгу солиб бачадон бўйни кўздан кечирилганидан кейин бачадон бўйни рак олди ҳолатда — эрозияланган эктропион ва хроник цервицит деган тахминий диагноз қўйиш мумкин. Ушбу беморда касаллик қандай ривожланиб борганлигини қисқача кўриб чиқамиз.

Анамнезидан маълумки, унинг туққан ҳомиласи йирик бўлган (ҳозирги вақтда йирик ҳомила туғилиши тез-тез учраб туради), йирик ҳомилада ва туғруқ тез кечганда ҳам, аксарият, бачадон бўйни шикастланади ва шу билан бир вақтда чот оралиғи йиртилади. Афтидан, бачадон бўйнининг ёрилган соҳаси туғруқдан кейин етарли даражада яхши тикилмаган ёки ёриқ четлари бир-бирига аниқ мослаб тикилмаган, оқибат-натижада, ёриқ яхши битиб кетмаган.

Туғруқдан кейинги даврда бачадон қаттиқ қисқаради, бунинг натижасида бир қадар юза жойлашган ва бачадондан унинг бўйнига ўтувчи бачадон танасининг бўйлама мускуллари бачадоннинг йиртилган ва етарли даражада яхши тикилмаган четларини ҳар томонга тортиб чўзиб юборган. Шу тариқа эктропион, яъни цервикал каналнинг шиллиқ пардаси агдарилиб чиққан, бу — анча кўнгилсиз оқибатларга олиб келган. Бачадон бўйни бутунлигининг бузилиши, аввало, росмана бактерицид хусусиятга бўлган шиллиқ тиқин (пробка) нинг тўла ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Бунинг оқибатида

патоген ва шартли патоген микроб флораси қиндан цервикал каналнинг шиллиқ пардасига, ундан безларга нисбатан тезда тарқалиб, дастлаб ўткир, кейин хроник яллиғланиш (цервицит) келтириб чиқарган.

Хроник цервицит цервикал безларнинг зўр бериб секрет ишлаб чиқариши билан кечади, бу — типик шилимшиқ-йирингли оқчил ажралиши билан юзага чиқади. Оқчил эса цервикал каналнинг шиллиқ пардасига доимий таъсир этиши натижасида унинг айрим қисмларида эпителий десквамацияга учраб (кўчиб тушиб) эрозия ҳосил қилади. Қиннинг нордон муҳити цервикал канал шиллиқ пардасининг қўшимча таъсирловчиси бўлиб хизмат қилади, чунки канални тўлдириб турувчи шилимшиқ тиқин йўқлигида ва ташқи бўғиз берк бўлмаганда бачадон бўйни каналининг ташқарига ағдарилиб чиққан шиллиқ пардаси қинга бевосита туташиб туради.

Эрозияли юза қисман эпителийланиши мумкин, бироқ оқчил ва қин ажралмаси нордон муҳитнинг мацерацияловчи таъсири остида эпителийланган жойда янги яра юзаси пайдо бўлади. Бачадон бўйнининг патологик процесси бир неча йиллар мобайнида шу аҳволда туриши мумкин, бунда инфекция бачадон бўйнидан ташқарига ўтиши мумкин, мазкур ҳолда худди шундай бўлган. Дарҳақиқат, қин орқали текширишда бачадонни олдинга силжитиб кўрилганда безиллаш қайд қилинган. Бу думғаза-бачадон бойламларининг хроник яллиғланганлигидан юзага келади, бойламлардан бири йўғонлашган бўлиб чиқди. Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бу бойламларнинг хроник лимфангоити хроник цервицит ва эктропионда кўп учрайдиган асорат саналади.

Бачадон бўйни эрозиясини эрозияланган эктропиондан тафовут қилишни билиш керак. Бу иккала патологик ҳолатнинг дифференциал диагностикаси жуда содда амал билан бажарилади, мазкур беморда ҳам худди шу усул қўлланилган. Борди-ю, эктропион ёки эрозияланган эктропион бўлса, у ҳолда бачадон бўйни йиртилиши оқибатида бачадон бўйнининг олдинги ва орқа лабини қиннинг икки тавақали кўзгуси ёрдамида бир-бирига яқинлаштирилганда цервикал канал шиллиқ пардасининг қирмизи қизил юзаси канал ичига кириб кўринмай қолади. Борди-ю, бундай юза йўқолмай кўриниб тураверса, у ҳолда ушбу касалликни эрозия деб қараш мумкин. У бачадон бўйнининг қин қисмида кўп қаватли ясси эпителийнинг десквамацияланиши ва кейинчалик цилиндрик эпителий ўсишидан ҳосил бўлади.

А. И. Серебров (1964) ва бошқа онкогинекологларнинг маълумотларига кўра, эрозияланган эктропион рак олди касалликларига киритилади, улар учун касалликнинг узоқ ва хроник кечиши, симптомларининг барқарорлиги, касаллик рецидив бериши, консерватив давонинг кам наф бериши характерлидир. Хроник, рецидив бериб турадиган псевдоэрозия, айниқса, папилляр эрозиялар, лейко- ва эритроплакиялар ҳамда рецидив бериб турувчи, қонаб турувчи бачадон бўйни полиплари эрозияланган эктропион билан бир қаторда бачадон бўйнининг рак олди касалликлари ҳисобланади.

Папилляр эрозия юзаси бахмалсимон, қизил рангли доғ кўринишида бўлиб, бачадон ташқи бўғизининг атрофида жойлашади. Зонд тегизилганида улар салга қонаб кетади. Кольпоскопия қилиб, эрозия юзасидан олинган хужайра элементларини цитологик текшириб, шунингдек, бачадон бўйнини биопсия қилиб диагноз тасдиқланади. Лейкоплакия, аксари, эрозия четларида жойлашган якка-якка ёки бир-бирига қўшилиб кетган оқиш доғлардан иборат бўлиб, патоморфологик нуқтаи назардан қалинлашган шиллиқ пардадан иборат ва унинг эпителийси ўта мугузланган (гипер- ва паракератоз) бўлади.

Лейкоплакияга қарама-қарши ўлароқ, эритроплакия бачадон бўйни қин қисмининг кўп қаватли ясси эпителийсининг атрофияланиши ва юпқаланиши оқибатида ҳосил бўлади. Атрофияга учраган жойларда эпителий остидаги бириктирувчи тўқима томирлари кўрина бошлайди ва юпқаланиб қолган жойларга қирмизи қизил ранг беради.

Бачадон бўйни полиплари бачадон бўйни каналининг эпителийси ўсиб қалинлашуви натижасида келиб чиқади. Аввалига полип айтарли катта бўлмайди ва у бачадон бўйнига кўзгу солиб кўрилганда кўзга кўринмайди. Аста-секин полип оёқчаси узая боради ва бачадон ташқи бўғизи соҳасида кўринади, қисман ундан ташқарига ҳам чиқиб қолади. Полипларнинг осонгина қонаб туриши ва некрозга мойил бўлиши рак олди процесси учун характерлидир.

Шундай қилиб, биз бачадон бўйнининг рак олди касалликларининг асосий турлари билан танишиб чиқиб, шу билан учинчи саволга ҳам жавоб бердик.

Эрозияланган эктропионни қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак? Биринчи навбатда, бачадон бўйни ракидан дифференциялаб олиш лозим.

Қинга кўзгулар солиб бачадон бўйни кўздан кечи-

рилганда бу иккала касалликни бир-биридан ажратиш, аксарият ҳолларда, қийин бўлади. Биз кузатаётган беморда зонд билан бажарилган мусбат синамани фақат рак ёки контакт қон кетишига хос деб бўлмайди. Шунинг учун рак олди касаллиги ҳисобланган эрозияланган эктропион ва бачадон бўйнининг раки ўртасида дифференциал диагноз ўтказишда қўшимча текшириш методларини (кольпоскопия, цитологик текшириш ва аниқ мўлжал билан қилинган биопсия) қўлланиш керак. Бу методларни қўлланиш учун фельдшер касални аёллар консультациясига ёки онкологик диспансерга юбориши лозим, бу ерда ушбу манипуляцияларни амалга оширишга мўлжалланган ҳамма нарсалар мавжуддир.

Бачадон бўйни ракидан ташқари, эрозияланган эктропионни четлари эластик, туби типик мойсимон захм ярасидан ажратиб олиш керак. Захм яраси деярли қонамайди. Вассерман мусбат реакцияси катта аҳамиятга эга.

Бачадон бўйнининг туберкулёзи генитал туберкулёзнинг камдан-кам учрайдиган локализацияси ҳисобланади. Туберкулёз яраси нотўғри контурли бўлиб, четлари ўйдим-чуқур бўлади. Баъзан унинг четларида жуда майда, бир-бири билан қўшилиб кетган специфик туберкулёз гранулемаларидан иборат тариқсимон дўмбоқчалар бўлади. Бачадон ортиқлари ва бачадоннинг туберкулёзга чалинганлик белгилари ҳамма вақт қайд қилинади. Бачадон бўйнининг захм ва туберкулезга чалинганлик диагнозини бачадон бўйнидан олинган биопсия материалини патоморфологик текшириб кўриб ойдинлаштириб олинади.

Шундай қилиб, эрозияланган эктропионни дифференциал диагноз қилиш зарур бўлган асосий касалликларни кўриб чиқиш, визуал кўздан кечириб олинган маълумотлар асосида бу патология формаларини истисно қилишга имкон беради. Юқорида тилга олинган қўшимча текшириш методларини қўллаб узил-кесил диагноз қўйилади.

Давоси қанақа?

Биз кузатаётган беморни даволаш ҳар томонлама текшириб кўрилгандан кейин қўйиладиган узил-кесил диагнозга боғлиқ.

Борди-ю, дастлабки эрозияланган эктропион диагнози тасдиқланадиган бўлса ва шу билан рак процесси эҳтимоли борлиги инкор этилса, у ҳолда хирургик асбоблар ёки электр токи (электроконизация) ёрдамида

беморнинг бачадон бўйнини олиб ташлаш керак. Эктропионни қолдирган ҳолда эрозияни диатермокоагуляция қилиш, одатда, ижобий натижалар бермайди, чунки эрозиянинг қайталаниш манбаи бартараф қилинмайди.

II БОСҚИЧДАГИ БАЧАДОН БЎЙНИ РАКИ, ҚОН КЕТИШИ

Бемор В., 46 яшар, жинсий йўлларидан қон аралаш кўплаб ажралма келаётганидан шикоят қилиб, 1930 йил 9 декабрда фельдшерга мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ билан оғриб ўтган, катта бўлганида грипп ва ангина билан оғриган. 12 ёшидан бошлаб ҳайз кўради, ҳайзи орадан 1 йил ўтди деганда маромига тушган, ҳар 23—30 кунда 5—6 кун келади, мўл, пича оғриқли. Жинсий ҳаёт бошланганидан, туғруқ ва абортлардан кейин ҳам ҳайз кўриш функциясининг табиати айтарли ўзгармаган. Охирги ҳайзи 1 декабрдан 6 декабргача ўз муддатида келган. 25 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 51 ёшда, соғлом.

4 марта бўйида бўлган, улардан 2 таси ой-кунига тўлиб туғилган ва 2 таси сунъий аборт билан узилган. Туғруқлар пайтида бачадон бўйни йиртилган ва уни тикиб қўйишган. Орадан ярим йил ўтганда бачадон бўйнида эрозия пайдо бўлган, буни аёллар консультациясида кўздан кечириш пайтида пайқаб қолинган. Бемор аёл 2 йил мобайнида (танаффуслар билан) қинга тампон қўйиб даволаниб юрган, аммо нафи яхши бўлмаган. Эрозияни бундан 3 йил илгари диатермокоагуляция қилинган. Сўнгги йил давомида вақти-вақти билан суюқ оқчил келиб безовта қилади. Қўшни органлар функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор жинсий йўлларидан рангсиз суюқ ажралмалар биринчи марта кела бошлаган кундан йил давомида ўзини касал ҳисоблаб келади. Аёл буни трихомонада инфекцияси, деб ўйлаб медицина ёрдамига мурожаат қилмаган. Кейинги вақтларда бир неча марта жинсий алоқадан кейин қинидан пича қон аралаш ажралма келган. 8 декабрь куни, навбатдаги ҳайздан кейин 2-кун ўтгач, бемор огир юк кўтарганидан сўнг жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма кела бошлаган, бу — 9 декабрь куни кучайган ва ҳатто пича қон лахталари келган. Шу хилда шикоятлар билан касал аёл медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли. Аёлнинг қомати расо, тўлалиги қониқарли. Тери қопламлари ва кўзга кўринниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарли даражада ривожланган. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Томири минутига 72 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм га тенг. Ўпкаси ва юрагида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий. Эрталаб ичи келган. Дизурик бузилишлар йўқ.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни гипертрофияланган, кўзгу солиб кўрилганда орқа лабида катталиги 4×3 см бўлган яра қайд қилинади, яранинг четлари нотекис, пахта тампон билан хиёл тегилса, қонаб кетади. Эрозия яқинида шиллиқ парда юзасидан кўтарилиб турувчи бир нечта оқиш пилакчалар бор. Ташқи бўғиз ёриқсимон,

шилимшиқ, рангсиз ажралма келиб турибди. Бачадон ўлчамлари бир қадар катталашган, вазияти тўғри, консистенцияси зичроқ, юзаси текис, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ортиқлар ҳар иккала томонда қўлга уннамайди, улар соҳаси оғриқсиз. Уинг параметрийда бачадондан кичик чаноқнинг ён деворига йўналган тўқималар бир қадар зичлашган. Қин гумбазининг инфильтрат устидаги шиллиқ пардаси ҳаракатчан.

Ректовагинал текширишда ҳам шундай маълумотлар олинди.

Қанақа тахминий диагноз қўйиш мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Диагнозни ойдинлаштириб олиш учун қанақа қўшимча текшириш методлари зарур? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Давоси қанақа?

Шундай қилиб, гап илгариги контактли қон аралаш ажралма қон кетишга айланиб кетган 46 яшар бемор аёл ҳақида бораяпти. Гинекологик жиҳатдан кўздан кечирилганда ракка жуда хос бўлган бачадон бўйнининг патологик ўзгаришлари қайд қилинди. Бу тахмин ўнг параметрийда специфик инфильтрат топилиши билан яна тасдиқланди.

Шундай қилиб, анамнези, объектив текшириш ўтказиб олинган маълумотлар ва касалликнинг клиник симптомларига асосланиб беморда II босқичдаги бачадон бўйни раки диагнозини қўйиш мумкин (параметрал вариант).

Шуни ҳисобга олиш керакки, II босқичдаги бачадон бўйни раки диагнози кечикиб қўйилган ва бу — аёлнинг **ўз** соғлиғига эътиборсизлиги ҳақидагина эмас, балки у яшайдиган районда гинекологик ва онкологик ёрдам ёмон ташкил қилинганлигидан гувоҳлик беради. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, I босқичдаги бачадон бўйни ракига учраган касалларни даволаганда тахминан 70% беморлар тузалиб кетади (5 йил мобайнидаги кузатувлар), касалликнинг II босқичида эса бу кўрсаткич 47% гача камаяди. Шунинг учун онкологлар билан гинекологларнинг эътибори, биринчи навбатда, бачадон бўйнининг рак олди касалликлари ва ўсма процессининг бошланғич формасини (0 ва I босқичдаги рак) иложи борича эрта аниқлашга қаратилиши керак.

Ушбу ҳолда бачадон бўйни ракига бундан олдинги босқичда диагноз қўйиш мумкинмиди?

Бачадон бўйни ракига эрта диагноз қўйишда тўғри тўпланган анамнез катта ёрдам кўрсатади. Йирик совет онкогинекологи А. И. Серебров (1971) қунт ва маҳорат билан тўпланган анамнезгина ракка шубҳа қилиш учун етарли асос бера олишини қайд қилади.

А. Н. Серебров бемор анамнезидан қуйидаги муҳим

масалаларни ойдинлаштириб олиш керак дейди: 1) ҳомиладорлик, туғруқ ва абортлар сони, туғруқни қаерда ва ким қабул қилган, чилла даври қандай кечган, туғруқдан кейин бемор аёллар консультацияси назоратида бўлганми; 2) бошдан кечирилган гинекологик касалликлар ва уларни даволаш методлари (бу масалалар, айниқса, эрозия хусусида аниқ-равшан ойдинлаштириб олиниши керак); 3) бемор медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган касалликнинг бошланиши ва кечиши. Касалликнинг қанча вақт чўзилганлиги, симптомларининг табиати (ҳайз циклининг ўзгариб қолиши, ажралмаларнинг табиати), уларнинг доимийлиги, беморнинг хатти-ҳаракатига (узоқ юрганда, огир юк кўтарганда, қорин пресси таранглашганда) боглиқ равишда ўзгарадими-йўқми, оғриқ сезгиларининг табиатини синчиклаб муфассал сўраб-суриштириб олиш зарур.

А. И. Серебровнинг мана шу кўрсатмалари асосида биз кузатаётган беморнинг анамнез маълумотларини таҳлил қилиб кўрамиз. Аёлнинг 4 марта бўйида бўлган, улардан 2 таси ой-кунига тўлиб тугилган ва 2 таси сунъий аборт билан узилган. Биринчи туғишида бачадон бўйни йиртилган, бу — цервицит ва қайталаниб турувчи эрозия ривожланишига олиб келган. Бачадон бўйнини қин тампонлари билан узоқ вақт (2 йил мобайнида) асоссиз даволаш ва кечикиб диатермокоагуляция қилиш диққатни ўзига тортади.

Бачадон бўйни раки, аксарият, туққан аёлларда, айниқса, кўп туққанларда қайд қилинади. Қайта-қайта туғиш ва тез-тез аборт қилдириш кўп ҳолларда бачадон бўйни жароҳатланишига, кейин эса цервицит ривожланишига олиб келади. Бачадон бўйнидаги хроник кечувчи яллиғланиш процесслари чандиқли ўзгаришлар билан бир қаторда — бачадон бўйни раки келиб чиқишида ҳал қилувчи аҳамияти бўлган қўшимча таъсирловчи фактор пайдо бўлишига шароит яратади. Аммо туғруқ травмасининг таъсири фақат шундан иборат эмас. Бачадон бўйни йиртилганда, айниқса, у чуқур бўлса ва етарлича яхши тикилмаган бўлса, бачадон бўйни шикастланган қисмларининг иннервацияси бузилади, бу — тўқималар трофикасига салбий таъсир кўрсатади. Трофик бузилишлар ўз навбатида, шубҳасиз, бачадон бўйнида патологик процесслар, жумладан, ўсма ривожланишига ҳам имкон яратади.

Бачадон бўйнидан чиққан оқчил таъсирида бачадон бўйни қин қисмининг кўп қаватли ясси эпителийси мацерацияланади ва кўчиб тушади, бу — айниқса ташқи

бачадон бўғизи атрофида кўпроқ қайд қилинади. Оддий эрозия — хроник цервицитларнинг кўп учрайдиган йўлдоши шу тариқа келиб чиқади.

Одатда, орадан 7—10 кун ўтганда, баъзан бундан ҳам кечроқ кўп қаватли ясси эпителийнинг юза нуқсони бўлган чин (оддий) эрозия — цилиндрик эпителий билан қоплана бошлайди ва эрозия безлари деб аталувчи безларни (сохта эрозия) ҳосил қилади. Янгидан ҳосил бўлган бу безлар секрет ажрата бошлайди, эпителийни кўчириб туширади ва шу билан эрозиянинг қайталанишига олиб келади. Эрозия безларининг бўлиши, ҳатто, кўп қаватли ясси эпителий эрозиянинг бутун юзасидан цилиндрик эпителийни суриб чиқарганда ҳам касалликнинг тез-тез қайталаниб туришига шароит яратиб беради. Худди мана шундай узоқ вақтга чўзилган, қайталаниб турадиган эрозия фонида аксарият рак келиб чиқади.

Мазкур беморда сохта эрозияни даволашда номунтазам ва у узоқ вақт суртмали тампонлар қўйиб даволаш билан қўпол хатога йўл қўйилган. Антибиотиклар қўшилган ёғли эмульсиялар таъсирида, асосан, чин эрозияда, ҳали унинг устки юзаси цилиндрсимон эпителий билан қопланиб улгурмаган вақтдагина эрозияни йўқотиб юбориш мумкинлигини назарда тутиш керак. Бундай ҳолларда антибиотиклар инфекцион процесс (цервицит) нинг йўқолиб кетишига имкон беради, эмульсиянинг ёғли асоси эса эрозияланган юзани оқчилнинг мацерацияловчи таъсиридан ҳимоя қилади ва шу билан эпителизация процессининг тўғри кечишига шароит яратиб беради. Цилиндрик эпителий билан қопланган сохта эрозияни ёғли тампонлар билан даволаш фойдасизгина эмас, балки зарарлидир, чунки у врач ҳамда беморда тузалгандек сохта тасаввур ҳосил қилади. Шу муносабат билан ҳозирги пайтда эрозияни (кольпоскоп ёрдамида текширишдан кейин) даволаш 4 ҳафтадан ортиққа чўзилиб кетмаслиги керак, деган қоидага амал қилиш керак.

Шундай қилиб, бачадон бўйнининг қин қисмидан цилиндрсимон эпителий ва эрозия безларини бартараф этиш сохта эрозияни даволашнинг радикал методи ҳисобланади. Бунга эса, асосан, диатермокоагуляция ёрдамидагина эришиш мумкин. Биз кузатаётган беморда бачадон бўйни раки эрозия фонидагина эмас, балки қинга кўзгу солиб кўрилганда аниқланган лейкоплакия ривожланганлиги оқибатида ҳам келиб чиққан бўлиши мумкин.

Бачадон бўйни раки учун қанақа симптомлар характерли?

Беморнинг анамнезидан маълум бўлганидек, 1—2 йил мобайнида рангсиз суюқ оқчил келиб турган, буни кўпгина мутахассислар бачадон бўйнидаги хавфли ўсманинг энг эрта белгиси деб ҳисоблашади. Оқчил ҳосил бўлишини лимфорея, яъни тегишли ҳужайралар орасидаги ёриқлардан лимфанинг оқиб чиқиши билан тушунтирилади, ракнинг инфильтрацияланиб ўсиши ҳужайраларо ёриқларнинг очилиб қолишига сабаб бўлади. Тез орада оқчил ўсма томонидан бузилган капиллярлардан чиқаётган қон аралаш сарғиш тусга киради. Аксарият ҳолларда «гўшт ювиндиси»га ўхшаш характерли тусга киради.

Бачадон бўйни ракига контактли қон кетиши (жинсий алоқа, оғир юк кўтариш кабиларда) ҳам хос. Контактли қон кетиши рак ўсмаси томирларининг ўта мўрт бўлиб қолиши туфайли юз беради. Беморни оқчил эмас, балки контактли қон кетиши медицина ёрдами сўраб мурожаат этишга мажбур қилганлигини таъкидлаб ўтиш керак.

Бачадон бўйни ракининг диагностикаси учун қимматли бўлган маълумотларни беморнинг анамнези билан бир қаторда уни кўзгу билан қин ва тўғри ичак-қин орқали текширишда ҳам олиш мумкин. Биз кузатаётган беморда рак процесси бачадон бўйнининг орқа лабида четлари нотекис, сал текканда қонаб кетадиган типик рак эрозияси пайдо бўлганлиги билан характерланади. Эрозия атрофида лейкоплакия бўлган жойлар бор. Ректовагинал текшириш ўтказилганда фельдшер ўнг параметрийда кичик чаноқ деворигача етмай қолган специфик рак инфильтрати борлигини пайқаган (II босқич).

Шундай қилиб, анамнез ва махсус текшириш методларидан олинган маълумотлар беморда II босқичдаги бачадон бўйни раки бор, деб тахмин қилишга ҳамма асосларни беради.

Беморга нима илож қилиш керак?

Беморда бачадон бўйни ракига шубҳа бўлганда ва қон кетганда махсус текшириш ва даволаш учун уни дарҳол гинекологик ёки онкологик стационарга ётқизиш керак. Қон тўхтатувчи воситаларни буюриш, одатда, наф бермайди. Фақат кучли метроррагия юз бергандагина қон тўхтатишнинг вақтинча чораси сифатида қинни қаттиқ (беморни транспортда олиб бориш пайтида) тампонада қилиш лозим. Бундай беморни фельдшер уни стационарга жойлаштиргунча кузатиб боришга мажбур.

Беморни енгил автомобилда олиб бориш зарур.

Диагнозни ойдинлаштириб олиш учун стационарда қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Бачадон бўйни ракига шубҳа қилинган беморни текширишда комплекс клиник ва қўшимча текшириш методларини қўллаш лозим. Кўзгу солиб бачадон бўйнини кўздан кечириш, қин ва тўғри ичак-қин орқали текширишлар билан бир қаторда кольпоскопия ва аниқ мўлжал билан биопсия қилинади. Суртма нусхаларини цитологик текшириш бошқа хил диагностик текшириш методларини қўллашнинг иложи йўқ ёки қийин бўлган ҳолларда мақсадга мувофиқ. Ҳозирги пайтда бу метод бачадон бўйни ракини диагностика қилиш мақсадида оммавий суратда профилактик гинекологик текширишлар ўтказишда кенг тарқалган; у ракнинг бошланғич формалари бўлган ёки рак симптомларсиз кечаётган беморларни аниқлашга имкон беради.

Люголь эритмаси билан синама ўтказиш рак процессидагина эмас, балки бачадон бўйни кўп қаватли ясси эпителийси ўрнига бошқа типдаги эпителий ўсиб қоплаши билан боғлиқ бачадон бўйнининг ҳар қандай патологик ҳолатида ҳам мусбат натижа беради. Шунга кўра А. И. Серебров Люголь эритмаси билан ўтказилган синама мусбат натижа берганда эмас, балки манфий натижа берганда диагностик аҳамиятга эга бўлишини (манфий натижада рак бўлмайди) таъкидлаб ўтади. Ҳозирги пайтда бачадон бўйни ракининг диагностикаси учун зонд киритиб синама ўтказиш амалда қўлланилмайди, чунки бунда бачадон бўйни соғлом тўқималарининг рак ҳужайралари билан инфильтрацияланиб қолиш хавфи туғилади.

Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Бачадон бўйнидаги рак эрозиясини қаттиқ шанкр, туберкулёз яраси, бачадон бўйни эндометриози, псевдоэрозия, эрозияланган эктропион ва бачадон бўйни саркомасидан дифференциация қилиш керак.

Бачадон бўйнидаги қаттиқ шанкр бачадон бўйни ракининг бошланғич формасига жуда ўхшаб кетади, аммо нисбатан кам учрайди. Бачадон бўйни захмга учраганининг характерли белгиси — туби типик «мойсимон» юмалоқ, шакли тўғри ярадир. Яранинг четлари эластик бўлади, унинг атрофида, аксарият, иккиламчи захмнинг белгилари кузатилади. Ярадан оқ спирохеталарнинг топилиши ва Вассерман реакциясининг мусбат бўлиши диагнозни тасдиқлайди. Шубҳали ҳолларда биопсия қилиб кўриш лозим.

Бачадон бўйни туберкулёзи кам учрайди (генитал туберкулёз барча турларининг 3% ини ташкил қилади) ва асосан, аёллар жинсий органлари бошқа бўлимлари (эндометрий, бачадон найлари) нинг специфик яллиғланиш процесслари билан бирга кечади. У четлари ўйилган, туби нотекис яра кўринишига эга; яранинг периферияси да ва тубида туберкулёз дўмбоқчалари бўлган кулранг намо тугунчалар кўринади.

Бачадон бўйни эндометриози, аксарият, эрозиянинг диатермокоагуляцияси оқибатида келиб чиқади. Эндометриоз бачадон бўйнидаги қизил рангли чизиқлар ёки нуқталар кўринишида юзага чиқади, булардан ҳайз пайтида ёки у тугаганидан кейин қорамтир қон ажралади. Шуниси характерлики, бачадон бўйнининг якка ҳолдаги эндометриози альгоменорея билан кечмайдиган бирдан-бир касаллик формасидир.

Бачадон бўйнининг сохта эрозияси ва эрозияланган эктропион тўқималарнинг ракка хос мўртлашуви ва салга қонаш хусусиятига эга бўлмайди. Кольпоскопия ва биопсия қилиб кўрилганда диагноз қўйиш осон бўлади.

Бачадон бўйни саркомаси камдан-кам учрайди ва шунинг учун ҳам рак эрозияси билан дифференциал диагностика қилишнинг аҳамияти катта эмас.

Давоси қанақа?

Борди-ю, клиник-лабораторияда текшириш ўтказиб олинган натижа II босқичдаги бачадон бўйни раки деган диагнозни тасдиқлайдиган бўлса (параметрал вариант), у ҳолда нур билан даволаш олиб борилади.

БАЧАДОН ТАНАСИ РАКИ, ҚОН КЕТИШИ

Бемор Х., 50 яшар, жинсий йўлларидан қон кетишидан шикоят қилиб 1981 йил 15 январда медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида кўп касалликларни бошидан кечирган. Кейинги 3 йил мобайнида анча семириб кетган, гипертония касаллигига йўлиққан. Терапевтда мунтазам даволаниб юради, парҳезга риоя қилади, гипотензив препаратлар қабул қилади. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, тез маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 4—5 кун келади, оғриқсиз, миқдори ўртача. Кейинги 2 йил мобайнида ҳайз цикли издан чиққан; ҳайз қони 7—10 кунгача чўзилиб кетадиган, ҳайзлар орасида қон аралаш ажралмалар келадиган бўлиб қолган. Охирги ҳайзи 5 январдан 13 январгача келган, 14 январь куни жинсий йўлларидан келаётган қон аралаш ажралма тўхтаган, 15 январда эса яна қайта кела бошлаган.

3 марта бўйида бўлган, шулардан иккитаси ой-кунига етиб асоратларсиз тугилган, битта ҳомиласи ўз-ўзидан тушган, бу ҳам асоратсиз ўтган. Секретор функцияси издан чиққанлиги қайд қи-

линган: кейинги бир йил давомида қиниддан вақти-вақти билан пича қон аралашган оқчил келади. Қовуғи ва тўғри ичак функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор ўзини икки йилдан бери, ҳайз цикли издан чиққандан буён касал ҳисоблаб келади (ҳайз кўриш функциясига қаранг). Бир йил илгари бачадони диагностик мақсадда қисм-бақисм қирилган. Гистологик жиҳатдан: эндометрийнинг айрим жойлари аденоматоз ўзгарган без-кистозли гиперплазия, цервикал каналнинг майда полиплари аниқланган. Стационардан жавоб берилганидан кейин беморга прогестинлар (17-оксипрогестерон) билан даволаш буюрилган. Даволаш таъсирида ҳайз кўриш функцияси вақтинча нормага тушган, кейин эса илгари кузатилган бузилишлар яна пайдо бўлган. Бачадон иккинчи марта қирилмаган. Ўша гормонал препаратни қўллаш наф бермаган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг қадди-басти гиперстеник типда. Сон, қорин ва думбаларини росмана ёғ босган. Вазни 96 кг, бўйи 165 см. Тана температураси 36,7°. Томири минутига 68 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 170/100 мм. Ўпкасидаги перкутор товуш ноғорасимон оҳангга эга, айрим жойларидан қуруқ хириллашлар эшитилади. Юрак чегараси бир оз чап ва юқорига кенгайган, учида бир оз систолик шовқин эшитилади. Аортада II тон акценти бор. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, огриқсиз. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Дизурик бузилишлар йўқ. Яқинда ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органларида ўзгаришлар йўқ. Қини туққан аёлларга хос. Бачадон бўйни бир оз гипертрофияланган, кўзгу солиб кўрилганда ташқи бўғизи ёриқсимон. Бўйни эрозияланмаган. Бачадон бўғизидан анча-мунча қон аралаш *ажралма келиб турибди. Бачадон танаси* 6—7 ҳафталик ҳомиладорликка хос катталашган, тўғри вазиятда, консистенцияси одатдагича, юзаси текис, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон ортиқларини ҳар иккала томонида аниқлаб бўлмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Чап параметрийда тўқималар бир оз зичлашган, кичик чаноқ деворигача етиб бормайди. Бу зичлашиш тўғри ичак орқали текширилганда, айниқса, яққол билинади.

Қанақа касаллик ҳақида гап бориши мумкин? Бу патологиянинг патогенезига ҳозирги пайтда қандай қарашади? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Даволаш принципи қанақа?

Тахминий диагнозга оид қўйилган саволлардан биринчисига жавоб бериш учун энг аввал анамнез, объектив ва махсус текшириш методларидан олинган маълумотларни бирма-бир таҳлил қилиб чиқиш зарур. Аввало ушбу касалликка хос характерли симптомлар динамикаси: меноррагия, метроррагия (контактли ажралмалар), қон аралаш оқчил келиши эътиборни ўзига тортади. Эндометрий қирмасини гистологик текшириш рак олди ўзгаришлари (аденоматоз) борлигини тасдиқлади. Гормонал даво қисқа муддатли наф берган, бунда касаллик кейинчалик кучайиб кетган. Гипертония касаллиги ва семириб кетиш каби экстрагенитал касал-

ликларнинг бўлиши ҳам жуда муҳим. Ниҳоят, бемор қин ва тўғри ичак орқали текширилганда чап параметрийда инфильтрат пайпаслаб топилди. Буларнинг ҳаммаси бачадондан ташқарига ҳам тарқалган бачадон танаси раки келиб чиққанлигидан дарак беради.

Ҳозирги пайтда бачадон танаси раки онкогинекология фанида жуда жиддий масала бўлиб турибди. Кейинги йилларда бу касаллик кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди, натижада, бачадон бўйни раки ва бачадон танаси ракининг ўзаро нисбати илгари 10:1 бўлгани ҳолда ҳозир 5:1 бўлиб қолди. Бу бачадон танаси ракининг диагностикаси яхшиланганлигидангина эмас, балки бу касаллик патогенезининг бошқа муҳим томонлари (бу ҳақда қуйида айтамиз) билан ҳам боғлиқдир.

Бачадон танаси раки — ёши қайтган кишилар (50 ёшдан ошганлар) касаллиги. Аммо эндометрийда рак олди ўзгаришлари бўлганда у олдинроқ ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бизнинг бемор 50 ёшда. Бинобарин, у мазкур касаллик тобора кўпроқ учраб борадиган ёшда.

Кейинги ўн йил ичида фаннинг кўзга кўринган ютуқларидан бири бачадон танаси ракининг гормонларга боғлиқлигини аниқлаш бўлди. Бачадон танаси ракининг гормонларга боғлиқ бўлиши сезиларли тарзда бачадон танаси ракини бачадон бўйни ракидан ажратиб туради. Кўпгина клиник текширишлар бачадон танаси раки аёл организмида нейроэндокрин ва модда алмашинуви процесслари издан чиққанда ривожланишини аниқлашга имкон берди. В. М. Дильман (1968) ўз тадқиқотларида гормонларга боғлиқ ўсмаларнинг патогенези қариш ва гипоталамус-гипофиз системаси активлигининг ошиши процесслари билан боғлиқлигини кўрсатиб берди. Маълумки, кексайганда гипофизнинг гонадотроп функциясининг активлиги ошади, чунки бу ёшда тухумдонлар функцияси сўнади ва жинсий гормонлар (эстрогенлар билан прогестеронлар) эса икки томонлама қарама-қарши муносабатлар қонуни бўйича гипофизнинг гонадотроп гормон ишлаб чиқишини тормозлаб қўя олмайди. Гонадотроп гормоннинг ортиқча ишланиб чиқиши таъсирида тухумдонлар стромасининг гиперплазияси ривожланади ва эстрогенлар (фенолстероидлар) ишланиб чиқиши кучаяди, худди мана шу эндометрий раки ривожланишига имкон яратиб беради. Шу назарияга мувофиқ, марказий нерв системасидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар бу даврда аёл организмида юзага келувчи гормонал бузилишлар билан боглиқ бўлади.

Мазкур назария клиник жиҳатдан кўп тасдиқланган.

Масалан, бачадон танаси ракига чалинган беморларда, кўпинча, бола кўриш функцияси пасайиб кетиши, бунда бачадон найлари ўтказувчан бўлиб қолиши маълум. Бинобарин, бўйида бўлмаслик функционал характерга эга ва ановуляциянинг барқарорлиги билан боғлиқ. Кўп муаллифлар бундай беморларда постменопауза нисбатан анча кеч бошланишини (50 ёшдан кейин) кузатишган. Бу — эстроген гормонлар ишлаб чиқарувчи тухумдонлар активлиги ошиб кетиши билан боғлиқ бўлиши эҳтимол. Шуни айтиш керакки, биз кузатаётган бемор 50 ёшда бўлиб, постменопауза ҳали бошлангани йўқ.

Эндометрий раки, аксарият, патогенезида эндокрин бузилишлар муҳим ўрин тутадиган турли хил касалликлар (тухумдонларнинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари, Штейн — Левенталь синдроми ва бошқалар) билан қўшилиб келади. Буларнинг барчаси бемор организмида бачадон танаси раки келиб чиқиши билан эндокрин бузилишлари ўртасида ўзаро яқиндан боғланиш борлиги ҳақида гувоҳлик беради.

Ёши қайта бошлаган ва кекса аёлларга хос бўлган марказий нерв системаси фаолиятидаги ўзгаришлар фақат эндокрин бузилишлар билангина юзага чиқмайди. Эндометрий раки бор беморларда, аксарият ҳолларда гипоталамик соҳа патологияси билан боғлиқ бошқа касалликлар ҳам учраши қайд қилинган. Бундай касалликларга семириш, гипертония касаллиги ва қандли диабет киради. Кўпгина муаллифлар бачадон танаси ракида семириб кетишни гипофиз олд бўлагининг активлиги ошиб кетиши оқибатида ўсиш гормонининг ишланиб чиқиши кучайишидан, деб қарайдилар. Шу нарса характерлики, семириш (танани ёг босиши), одатда, бачадон ўсмаси ривожланишидан олдин юзага келади. Эстрогенлар ёг тўқимаси анча узоқ сақланиб қолади ва шу билан, афтидан, эндометрийга узоқ вақт таъсир этади.

Гипертония касаллиги билан эндометрий раки ўртасида қизиқ боғланиш бор. 1950 йилдаёқ Г. Ф. Ланг ўзининг кўп йиллик тадқиқотлари асосида гипертония касаллигининг бир қатор формалари гипоталамус соҳасининг функционал активлиги кучайиши билан боғлиқ, деган хулосага келди. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, биз кузатаётган беморда семириб кетиш гипертония касаллиги билан қўшилиб келган, бу — эндометрий раки бор касалларда кўп учрайдиган ҳодисадир.

Бачадон танаси раки патогенезини кўриб чиқишда

эндометрийнинг рак олди ҳолатининг (эндометрий полипозининг рецидивланувчи формаси, без-кистоз гиперплазия, аденоматоз полипларнинг) роли ҳақида ҳам гапирмасдан бўлмайди. Рак олди касалликларининг ҳамма турларида бачадон шиллиқ пардасининг безсимон структураларининг зўр бериб кўпайиши (пролиферацияси) қайд қилинади, бироқ хавфли ўсмалар белгиси бўлмайди. Шунисн характерлики, бизнинг беморда бачадони қирплғанида эндометрийнинг айрим жойларида аденоматоз полиплар бор соҳалар аниқланди. Шу муносабат билан таъкидлаб ўтиш керакки, унда эндометрийнинг рак олди ҳолати аниқланганидан кейин мунтазам даволаб, назорат қилинмаган. Одатда, бачадон қирилганида рак олди ўзгаришлари аниқлангундек бўлса, беморларда бир неча ой мобайнида катта дозада прогестинлар буюрилади, шундан кейин яна қайта диагностик қириш ўтказилади. Патологик процесснинг орқага ривожланиши кейинчалик гормонал даволаш зарурлигини билдиради. Борди-ю, эндометрийнинг рак олди касаллиги регрессияга юз тутмаса, у ҳолда операция қилиб даволаш масаласи қўйилади. Афсуски, бу энг муҳим қоида қўпол равишда бузилган ва оқибат натижада касалликнинг янада зўрайиб кетишига олиб келган.

Бачадон танаси ракининг симптоматологияси яхши маълум. У қон кетиши, оқчил келиши ва оғриқлардан иборат бўлади. Бу симптомларнинг барчаси, айниқса, оғриқ касалликнинг кечиккан белгисига киради. Ҳақиқатан ҳам, кўпчилик беморларда эндометрий раки узоқ вақт ациклик қон аралаш ажралма келиши ва қон кетиши билан бирга кечадиган рак олди касалликлари устига пайдо бўлади. Шунинг учун эндометрий ракида постменопаузада, кўпинча, гўшт ювиндисига ўхшаш кўринишга эга бўлган қон аралаш ажралмаларнинг пайдо бўлиши энг типик ҳодисадир. Бачадон танаси ракида оқчил чуқур ўсиб бораётган ўсма бузган лимфа томирлари ва ёриқларидан лимфа оқиб чиқишидан ҳосил бўлади. Оқчилларга қон аралашуви уларга типик тус беради. Айрим беморларда рак процессига учраган бачадон бўшлиғи инфекцияланиши натижасида пиометра пайдо бўлади. Оғриқ бачадон ташқарисига чиққан ўсманинг нервларни босиб қўйишидан келиб чиқади.

Эндометрий раки диагностикасида беморнинг ёши, характерли анамнези (ҳайз кўриш функциясининг барқарор издан чиқиши, менопаузада қон аралаш ажралма келиши, функционал бўйида бўлмаслик, семириб

кетиш (танани ёг босиши), гипертония касаллиги ва бошқалар), объектив текшириш ва қўшимча диагностик тадбирлар маълумотлари ҳисобга олинади. Анамнез билан объектив текширишнинг ўзига хос томонлари юқорида айтиб ўтилди. Қўшимча текширув методларидан бачадонни қисмба-қисм диагностик қириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Бачадонни қириш ҳамма вақт тўлиқ (ҳамма шиллиқ парда қириб олинади) бажарилади. Ракнинг бошлангич формасида аксарият жойлашадиган най бурчаклари соҳасини айниқса синчиклаб қириш керак бўлади. Цитологик текширишларда, гистероскопия ва гистерографияларда олинган натижаларга ишонч камроқдир.

Бачадон танаси ракини бачадондан ациклик қон кетиши ёки постменопаузада бачадондан қон кетиши билан кечувчи бир қатор касалликлардан дифференциялаб олиш керак бўлади. Буларга бачадон бўйни раки, бачадон миомаси, ички эндометриоз, бачадондан дисфункционал қон кетиши, хорион эпителиома, тухумдонларнинг гормонал-актив ўсмалари ва баъзи бир бошқа касалликлар киради.

Бачадон бўйни раки (эндофит ёки экзофит формаси) ни кўзгу солиб бачадон бўйни кўздан кечирилганида, кольпоскопия ва аниқ мўлжал билан биопсия қилишда аниқланади. Цервикал канал ракида, яъни ўсма бачадон бўйни каналининг шиллиқ пардасидан ўсиб чиққан ҳолларда, қин кўзгуси ёрдамида қаралганда кўзга кўринмайди. Бунда бачадон бўйни формасининг характерли ўзгариши (бочкасимон шакли), шунингдек, цервикал канал шиллиқ пардасини қиришдан олган маълумотлар диагнозни ойдинлаштириб олишга ёрдам беради. Бачадон бўйни раки унинг танасига ўтиб кетиши мумкинлигини (бачадон бўйни ракининг бачадон варианти) унутмаслик керак. Бу ерда эндометрий қирмасини патоморфологик текширишдан олинган маълумотларни бачадон бўйнидан олинган биопсия маълумотлари билан қиёслаш зарур бўлади.

Бачадон миомаси, одатда, менорргия симптоми, яъни циклик қон кетиши билан бирга кечади. Тухумдонлар дисфункцияси ёки субмукоз тугун ривожланиши ҳамроҳ бўлиб келганида қон кетиши ациклик табиат касб этади. Шунингдек, эндометрий миомаси ва раки қўшилиб келган бўлиши мумкинлигини ҳам унутмаслик керак. Шунинг учун бу иккала касаллик диагностикасида бачадонни диагностик мақсадларда қириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Аммо шуни назарда тутиш

керакки, бундай ҳолларда олдин гистероскопия ёки гистерография ёрдамида субмукоз миома ривожланган бўлиш эҳтимолини ойдинлаштириб олиш зарур.

Ички эндометриоз эндометрий ракига қарама-қарши ўлароқ, асосан, циклик табиатга (меноррагия) эга бўлган оғриқли ҳайз билан бирга кечади. Ички эндометриознинг, шунингдек, бачадон размерлари ҳайз цикли фазасига қараб ўзгариб туриши каби муҳим симптомига ҳам аҳамият бериш керак бўлади. Ҳайз олдидан, ҳайз даврида ва бевосита ҳайздан кейин бачадон ҳайз циклининг биринчи фазасидагига нисбатан каттароқ бўлади. Бу — бачадон мускуллари бағрида жойлашган эндометриоид безларнинг қонга тўлишувига боғлиқ. Гистероскопияда янгитдан ҳосил бўлган безсимон структураларга контраст модда тушишидан юзага келган бачадон контури ортидаги сояларини топиш ҳам ички эндометриозни аниқлашга ёрдам беради. Ҳайз бошланганда қилинган гистероскопияда қорамтир қон ажралиб чиқаётган эндометриоид безлар оғзини аниқ-равшан кўрса бўлади.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши, асосан, турли хил ановуляция туфайли, камдан-кам сариқ тана функцияси етишмовчилиги туфайли юзага келади. Эндометрий ракига ўхшаш улар ҳам ациклик табиатга эга бўлади ва эндометрий қирмасини текшириб қўлга киритилган маълумотлар асосида хавфли ўсмадан дифференциялаб олиниши мумкин. Бачадон танасининг рак олди диагностикасида ҳам шуни назарга олиш керак бўлади.

Бачадон хорион эпителиомаси — нисбатан кам учрайдиган касаллик, Эндометрий ракига қарама-қарши ўлароқ аёлларнинг бола кўриш ёшида кўпроқ учрайди. У, айниқса, кўпроқ елбўғоздан кейин, камдан-кам, туғруқ ва абортлардан сўнг келиб чиқади. Клиник жиҳатдан касаллик бачадондан ациклик қон кетиши билан юзага чиқади. Нисбатан тез ўпка, мия ва қинга метастаз беради. Хорион гонадотропинига қўйилган иммунологик ва биологик реакция суюлтирилмаган сийдик билангина эмас, балки суюлтирилган сийдик билан ҳам мусбат натижа беради. Хорион эпителиомасининг ўсма ҳужайраларини эндометрий қирмасида ҳамма вақт топиб бўлмайди, чунки ўсма томирлар бўйлаб тарқалиб миометрийни нисбатан тез инфильтрациялайди ва бачадон бўшлиғидан йўқолади.

Тухумдонларнинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари (текома, гранулёз-ҳужайрали ўсма) эндометрий ра-

кига ўхшаб жинсий йўллардан ациклик қон кетиши ёки постменопаузада қон кетиши билан кечади. Бундай беморларнинг эндометрий қирмасида ҳеч қандай хавфли ўсма белгиларисиз гиперплазияланган шиллиқ парда топилади. Қин орқали текшириш ўтказиб кўрилганида, агар ўсма маълум размерга етган бўлса, деярли ҳамма вақт тухумдон размерлари, аксарият, бир томонда катталашганлигини аниқлаш мумкин бўлади.

Эндометрий раки билан Штейн — Левенталь синдромининг дифференциал диагностикаси алоҳида эътиборга лойиқдир. Бу касалликларнинг ҳамроҳ бўлиб келиши мумкинлиги ҳақида юқорида айтиб ўтган эдик. Штейн — Левенталь синдромининг классик формаси учун симптомлар триадаси: ҳайз циклининг бузилиши (кўпроқ — гипоменструал синдром ёки аменорея, камроқ — ациклик қон кетиши), семириб кетиш (танани ёғ босиши) ва гипертрихоз характерлидир. Пневмоперитонеум қилинган шароитда олинган рентгенографияда тухумдонларнинг ҳар иккала томонда катталашганлигини аниқлаш катта диагностик аҳамиятга эга бўлади. Штейн — Левенталь синдромида муҳим қўшимча текшириш методи бу — гормонал методлардир.

Эндометрий ракини даволаш принциплари қанақа бўлади?

Даволаш принциплари ўсма процессининг тарқалиш босқичига боғлиқ. Бизнинг бемордаги каби касаллик II босқичида (параметрал вариант), афтидан, нур билан даволашни қўшиб олиб бориш керак. Кейинги йилларда, бачадон танаси ракининг гормонларга боғлиқлиги ҳақидаги таълимот ривожланиб борганлиги муносабати билан бу касалликка муваффақият билан гормонотерапия қўлланилмоқда. Борди-ю эндометрийнинг рак олди касалликларида у мустақил даволаш тури сифатида қўлланилаётган бўлса, бачадон танаси ракида эса, асосан, ўсманинг метастазлари ва рецидивларини даволашда, шунингдек, бошқа даволаш турлари процессида қўлланилмоқда. Бачадон ракида синтетик прогестинларнинг таъсир механизми ўсманинг нақ ўзига маҳаллий таъсир нафи билан ҳам, шунингдек, эндометрий раки патогенезида роли борлиги шубҳасиз бўлган гипоталамус-гипофизар системага таъсир нафи билан ҳам тушунтирилади.

VIII БОБ

ТУХУМДОНЛАРНИНГ КИСТА ВА ЎСМАЛАРИ

ТУХУМДОН КИСТАСИ ОЁҚЧАСИНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Бемор Ф., 30 яшар, қорни пастида ва ўнг биқин соҳасида бураб оғриши, кўнгил айниши ва қусиш каби шикоятлари билан 1979 йил 20 октябрда фельдшер-акушерлик пунктига келтирилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ ва тепки касалликларини бошидан кечирган, катта бўлганида грипп ва ўрта қулоқ яллигланишн билан оғриган. Ҳайз кўриш функциясида ўзгаришлар йўқ. Охирги ҳайзи 1 октябрдан 9 октябргача ўз муддатида келиб ўтган. 22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи.

3 марта бўйида бўлган, улардан иккитасини ой-кунига етказиб туққан, биттасини сунъий аборт қилдирган (1977 йили). Абортдан кейинги давр ҳам, чилла даври ҳам асоратсиз ўтган. Гинекологик касалликлардан бачадон ортиқларининг ҳар иккала томондағиси яллиғланганлигини қайд қилади, беморнинг гапига қараганда биринчи марта бундан 2 йил бурун қаттиқ совуқотганидан кейин келиб чиққан. Кейинчалик яллигланиш процесси зўрайиб, температураси 38° гача кўтарилган. Бемор касалхонага ётқизилган, антибиотиклар ва яллигланишга қарши воситалар билан даволанган.

Ушбу касаллик тарихи. 19 октябрь куни соппа-соғ юриб турганида қорнида ва ўнг ёнбош соҳасида қаттиқ оғриқ турган. Оғриқ чот соҳасига узатилган. Бир неча марта кўнгли айниб қусган. Температураси 38,7° гача кўтарилган. Бир неча соатдан кейин оғриқ бир қадар босилгандай бўлган (бемор 2 та анальгин таблеткасини ичган), аммо яна зўрайган. Кечаси оғриқдан яхши ухлай олмаган. 20 октябрда эрталаб яна қаттиқ оғриқ хуруж қилган, икки марта қусган.

Умумий ва махсус текширишлардан олинган маълумотлар. Беморнинг қадди-басти расо, тўлалиги қониқарли. Тана температураси 38,1°, томири минутига 120 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Ўпкаси билан юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили бирмунча қуруқроқ, оқ караш билан қопланган. Қорни юмалоқ шаклда, нафас актида, айниқса, пастки бўлимлари чегараланган тарзда қатнашади. Қорин пастининг, кўпроқ, ўнг томонида қорин девори мускуллари таранглашиб турибди. Шу ерда Шчёткин симптоми мусбат. Пальпация қилиб кўрилганида қорин пасти, айниқса, қов усти ва ўнг биқин соҳаси қаттиқ безиллаб турибди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Дизурик бузилишлар йўқ, яқиндагина ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ, бачадон бўйни цилиндр шаклида, эрозияланмаган. Ташқи бачадон бўғизидан рангсиз шиллиқ ажралиб турибди. Ба-

чадони катталашмаган, консистенцияси одатдагидай, усти текис; бачадоннинг ўнг ортиқлари соҳасида жойлашган, юмалоқ шаклга эга, усти текис, зич-эластик консистенцияли, размери 10×14 см келадиган ўсма бачадонни юқорига ва пича чапга сиқиб суриб қўйган. Ўсма ҳаракати чегараланган, пайпаслаб кўрилганида ва силжитиб кўрилганида қаттиқ безиллайди. Чап ортиқлари битишмаларда.

Тўғри ичак орқали текшириш ўтказиб кўрилганида ҳам шу хилда маълумотлар олинди.

Қон анализи: Hb — 12 г % (120 г/л), лейкоцитлар — 12 200 ($1{,}22 \cdot 10^{10}$ л).

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўя олади? Ушбу патологияни қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак бўлади? Беморга нима илож қилиш керак? Давоси қанақа?

Анамнестик ва объектив маълумотларга асосланиб ўнг тухумдон кистасининг оёқчаси буралиб қолган, деган диагноз қўйиш мумкин. Қуйидаги симптомлар: бачадон ўнг ортиқлари соҳасида шакли юмалоқ, устки юзаси текис, зич-эластик консистенцияли ўсманинг пальпация қилиниши тухумдон кистасидан гувоҳлик бериб турибди. Киста оёқчасининг буралиб қолиш симптомлари: қоринда тўсатдан қаттиқ оғриқ туриши ва унинг кўнгил айниши, қусиш билан кечиши, пульснинг тезлашуви, тана температурасининг кўтарилиши етарли даражада характерлидир. Олд қорин девори таранглашган ва пайпаслаб кўрилганида безиллайди, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари бор. Лейкоцитоз қайд қилинди.

Мазкур беморнинг бу ҳолатига диагноз қўйиш икки сабабга кўра анча қийин бўлади. Аввало, киста диагнози то унинг оёқчаси буралиб қолган ҳолати юзага чиққунига қадар қўйилган эмас. Табиийки, анамнезда илгари симптомсиз кечган тухумдон кистаси борлиги ҳақида маълумот бўлганида, тўсатдан ўткир қорин оғриғи симптомлари пайдо бўлиб қолса, ҳамма вақт унинг оёқчаси буралиб қолган бўлиши эҳтимоли доимо хушёрлик талаб этади. Иккинчидан, бемор анамнезида бачадон ортиқларининг ҳар иккала томонда яллиғланиш процесси бўлиб ўтганлиги ҳақида маълумотлар бор. Маълумки, яллиғланиш процессининг қўзиши ва айниқса пиосальпинкс келиб чиқиши ёки пиоварий касалликнинг жуда ўхшаш манзарасини юзага келтиради.

Қанақа маълумотлар муҳокама қилинаётган мазкур ҳолда киста оёқчаси буралиб қолиши фойдасига фикр билдириш имконини беради?

Анамнезидан маълумки, бемор бачадон ортиқлари яллиғланиши билан оғриган. Процесс тез-тез зўрайиб турган ва бунинг устига икки томонлама характерга эга. Шу билан бир вақтда бу ўринда бачадоннинг ўнг ортиқларидаги патологик ўзгаришлар ҳақида гап кетяпти. Аммо, балки йирингли яллиғланган тузилма худди шу ерда юзага келган бўлса-чи? Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолишини ундан қанақа қилиб фарқласа бўлади?

Аввало, қин орқали текшириш натижаларига алоҳида эътибор билан қараш керак. Одатда, тухумдон кистаси юмалоқ, усти текис, зич-эластик консистенцияли ўсма сифатида пайпасланиб, бачадон орқасида, бир оз ёнида жойлашган бўлади (бачадон олдида, одатда, фақат дермоид кисталар бўлади). Пиосальпинкс ва пиоварий, одатда, нотўғри, ретортасимон шаклга эга бўлиб, устки юзаси нотекис, консистенцияси зич бўлади. Бироқ бу белгилар жуда турли-туман бўлиши мумкин, шу муносабат билан узил-кесил диагнозни баъзан фақат операция пайтида қўйса бўлади.

Диагнозни асослашга бевосита алоқадор бу дастлабки мулоҳазалардан кейин тухумдон кистаси оёқчаси буралиб қолишининг патогенези клиникасига бир қадар муфассалроқ тўхтаб ўтишга тўғри келади. Бу маълумотлар мазкур кузатувни батафсил таҳлил қилишга ёрдам беради.

Киста оёқчасининг буралиб қолиши — тухумдонлар ўсмаларининг энг хавфли асоратларидан бири. Турли хил муаллифлар маълумотича, у 2 % дан 5 % гача ҳолларда учрайди. Фарқнинг бундай катта бўлишига сабабни, афтидан, киста оёқчасининг буралиб қолиши, деган тушунчанинг ҳар хил изоҳланишидан қидирмоқ керак. Чунончи, баъзи бир муаллифлар киста ўз оёқчасида ҳаммаси бўлиб 90° га буралиб қолганида буралиб қолиш ҳақида гапирадилар, бошқа бирларп 120—180° га буралиб қолганни буралиш, деб санайдилар. Аммо бундай қатъий механик тарзда ёндашишни тўғри деб бўлмайди. Гап шундаки, буралиб қолиш даражаси касаллик клиникасининг қанчалик юзага чиққанлигини белгилаб бермайди. Баъзан киста оёқчаси нисбатан бир оз буралиб қолганида (90—120° да) касалликнинг симптомлари росмана юзага чиқади, ваҳоланки, анчагина буралиб қолганида (баъзан ҳатто 360° гача) касаллик белгилари бўлмаслиги ёки айтарли юзага чиқмаслиги мумкин.

Бинобарин, киста оёқчасининг ҳар қандай анатомик

буралиб қолиши ҳам характерли манзара ҳосил қилавермайди. Шу муносабат билан «киста оёқчасининг буралиб қолиши» клиник-анатомик тасаввурдир.

Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши сабаблари ҳозирга қадар етарли ўрганилган эмас. Бу асоратда қуйидаги факторлар маълум роль ўйнаши мумкин: киста танаси ва оёқчасининг веналаридаги қон босимининг ошиб кетиши, гавданинг кескин бурилиши, ичаклар перистальтикасининг кучайиши, қовуқнинг сийдикка тўлиб кетиши, кистанинг кичик чаноқдан қорин бўшлиғига ўтиши, киста оёқчасининг узун бўлиши ва шунга ўхшашлар. Буралиб қолиш юз бериши учун кистоз ўсма нафақат узун оёқчасига эга бўлиши, балки етарли ҳаракатчан ҳам бўлиши керак. Аксарият ҳолларда, ўртача размердаги кисталар ва, айниқса, дермоид кисталар енгил бўлиши оқибатида (дермоид кисталар ичида кўпинча ёғ ва соч бўлади) буралиб қолади.

Киста оёқчаси буралиб қолганида унда бўладиган патологоанатомик ўзгаришлар кистанинг ўз ўқи атрофида буралиш тезлиги, шунингдек, буралиб қолишнинг даражаси ва озиқланишининг қанчалик бузилишига анча даражада боғлиқ. Борди-ю, буралиб қолиш нисбатан секин борса ва бунда кистоз ўсмада қон айланиш тўла издан чиқмаса, у ҳолда олдинига киста оёқчасида жойлашган юпқа деворли веналар босилиб (қисилиб) қолади, бу пайтда анча эластик артериялар уни қон билан таъминлашда давом этади. Натижада, веналарда қон анча димланиб қолади, киста размерлари тез катталашади, бунда кўпинча унинг капсуласига қон қуйилади. Кистанинг ранг-туси ўзгаради, кўкимтир-қизил бўлиб қолади. Баъзан деворининг анча таранг тортилиши оқибатида у ёрилиб кетиши мумкин ва бунда қорин бўшлиғига қон кета бошлайди. Айниқса, огир ҳолларда, фақатгина веналар эмас, балки артериялар ҳам босилиб қолганида кистада некротик ўзгаришлар юз беради, бу — оғир перитонит ва сепсис ривожланишига таҳдид солади.

Киста оёқчаси буралиб қолишининг муҳим белгиси шишуви ва веналари қонга тўлишуви оқибатида размерларининг катталашишидир. Бемор врач, фельдшер ёки акушерканинг мунтазам кузатувида бўлган ҳолларда бу белги катта диагностик аҳамият касб этади. Афсуски, бизнинг воқеада бундай бўлмаган ва кистага ўз мавридида диагноз қўйилмаган. Шунинг учун ҳозирги пайтда киста оёқчаси буралиб қолган бир пайтда кис-

танинг ҳақиқий размерлари ҳақида ҳукм чиқаришнинг иложи йўқ.

Тухумдон кистаси оёқчаси кескин буралиб қолганида тўсатдан қоринда, айниқса, пастки бўлимларида қаттиқ оғриқ туради, оғриқ рефлектор характердаги кўнгил айниш ва қусиш, пульснинг тезлашуви, температуранинг кўтарилиши билан келади. Қориннинг олд девори таранглашади ва безиллаб туради. Шчеткин симптоми қайд қилинади. Қаттиқ оғриқ шок симптомлари билан бирга кечиши мумкин: тери қопламлари ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардаларнинг оқариб кетиши, оёқ-қўлларнинг музлаб қолиши, пульс тезлашуви, артериал босимнинг бирдан тушиб кетиши ва ҳоказо.

Юқорида тасвирланган касалликнинг клиник манзарасини бизнинг воқеадаги симптомлар билан қиёслаш фельдшерга ўнг тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши, деган тахминий диагноз қўйиш имконини беради.

Ушбу патологияни қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак? Биринчи навбатда, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик узилишидан, тухумдон апоплексиясидан, гидросалпинкс ёки субсероз миоматоз тугун буралиб қолишидан, бачадон ортиқларининг ўткир яллигланишидан, ўткир аппендицитдан, буйрак санчиғидан ва ўткир ичак тутилишидан дифференциялаб олиш керак. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ҳайз кечикиб қолади, жинсий йўллардан қорамтир қон аралаш ажралма кела бошлайди. Қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари эмас, балки ички қон кетиш ва коллапс симптомлари устун келади. Оғриқларнинг табиатига ва улар жойлашган ўрнига (локализациясига) эътибор бериш керак. Найлар ёрилиб кетганида оғриқ ўткир ва кучли бўлади, най абортида эса тўлғоқсимон бўлади. Оғриқлар ҳамма вақт тўғри ичак билан ташқи жинсий органлар соҳасига, камдан-кам елка билан ўмровга (френикус-симптом) узатилади. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик узилганида тана температураси, аксарият, нормал ёки бир оз кўтарилган бўлади, қаттиқ қон кетганида артериал босим анча пасайиб кетади. Қин орқали текшириш ўтказиб кўрилганида бачадон ортиқлари соҳасида тухумдон кистасидагидек зич-эластик, юмалоқ эмас, балки хамирсимон консистенцияли, чегараси аниқ, шакли чўзиқ ўсма қайд қилинади. Қин орқа гумбазига босиб кўрилса, қаттиқ оғриқ беради. Бачадон бир оз катталашади ва

юмшоқ тортади. Орқа гумбаз пункция қилиб кўрилганида, одатда, пича лахта аралашган қорамтир қон олиш мумкин.

Тухумдон апоплексияси аксари ҳайз цикли ўрталарида (овуляция моментида) ёки сариқ тана ривожланиш даври бошида кузатилади. Клиник манзараси бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик симптомларидан кам фарқ қилади ва ички қон кетиш типида кечади.

Гидросальпинкс буралиб қолишининг симптомлари тухумдон кистаси оёқчаларининг буралиб қолиш симптомларига деярли ўхшайди. Бундай ҳолларда бачадон ортиқларининг бачадон найида суюқлик тўпланиб қолиши билан кечувчи хроник яллиғланиш процессини бошдан кечирганлиги ҳақидаги анамнез маълумотлари катта диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Миоманинг субсероз тугуни тухумдон кистасидан ўзининг анча зич консистенцияси билан фарқ қилади. Бундан ташқари, у камдан-кам ҳоллардагина якка бўлади ва одатда ундан ташқари яна бир қанча интерстициал тугунлар бўлади. Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши билан бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланиш процессининг, шу жумладан, йирингли яллиғланишнинг дифференциал диагностикаси ҳақида диагнозни асослаш билан боғлиқ саволларни кўриб ўтганимизда батафсил айтиб ўтган эдик.

Ўнг тухумдон кистаси оёқчаси билан ўткир аппендицитнинг дифференциал диагностикаси маълум қийинчилик тугдириши мумкин. Шуни назарга олиш керакки, ўткир аппендицитда оғриқ, одатда, эпигастрал соҳада ёки киндик соҳасида бошланиб шундан кейингина ўнг ёнбош соҳасига ўтади; аппендикуляр симптомлар (Ровзинг, Ситковский симптомлари ва бошқалар) мусбат бўлади, қин орқали текшириш ўтказиб кўрилганда бачадон билан ортиқларида патологик ўзгаришлар топилмайди.

Ўткир ичак тутилиши ва буйрак санчиги диагностикаси одатда катта қийинчилик туғдирмайди. Ўткир ичак тутилишида қоринда тўлғоқсимон оғриқ бўлади, бемор қусади, метеоризм, ич ва газ тўхтаб қолиши кузатилади. Беморни рентгенологик (газга тўлган ичак қовузлоқлари ичидаги суюқлик сатҳларини) текшириб клиник диагноз тасдиқланади. Буйрак санчиғида оғриқ одатда пастга узатилади, дизурик бузилишлар бўлади, Пастернацкий симптоми мусбат бўлиб чиқади.

Беморга нима илож қилиш керак?

Ўткир қорин симптомлари бор беморларни асосий

касаллик табиатидан қатъи назар текшириш ва хирургик ёрдам кўрсатиш учун зудлик билан стационарга ётқизиш керак. Беморни транспортда жўнатишдан олдин унга наркотиклар юбориш мумкин эмас. Енгил автомобилда авайлаб олиб бориш керак бўлади. Фельдшер касални кузатиб боришга мажбур.

Давоси қанақа?

Борди-ю, стационар шароитида тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши, деган тахминий диагноз тасдиқланадиган бўлса, у ҳолда зудлик билан операция қилиб, тухумдон кистасини олиб ташлаш керак бўлади. Кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида кистанинг хирургик оёқчаси таркибига кирувчи бачадон найини ҳам олиб ташлашга тўғри келади. Операция вақтида тромб узилиб эмболия пайдо қилиш хавфи борлиги туфайли киста оёқчасининг буровини ёзиб юбориш ярамайди.

ТУХУМДОНЛАР РАКИ

Бемор Г., 50 яшар, иштаҳасининг йўқолиши, ҳаллослаши ва қорни оғриши туфайли 1980 йил 20 январда аёллар консультациясига медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ, қизилчани бошдан кечирган: катта бўлганида шамоллаш касалликлари билан тез-тез оғриб турган. 12 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушиб кетган, ҳар 23—30 кунда 5—6 кундан келади, оғриқсиз, дастлабки икки кунида кўп келади. Жинсий ҳаёт бошлаганидан кейин туғруқ ва абортлардан сўнг ҳам ҳайз циклининг табиати ўзгармаган. Кейинги йилларда ҳайзи кам келадиган, номунтазам, 2—3 ҳафталаб кечикиб келадиган бўлиб қолган. Кунига 4—5 марта юзига қон тепишини, артериал босимни симоб устуни ҳисобида 150/100 мм гача кўтарилишини қайд қилади. 20 ёшидан жинсий ҳаётга кирган.

4 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини ой-кунига тўлиб туққан, 2 тасини сунъий аборт қилдирган, улар асоратсиз ўтган. Охирги сунъий абортдан 5 йил кейин совуқотиш оқибатида бемор бачадонининг ҳар иккала томондаги ортиқлари шамоллаган. Физиотерапевтик муолажалар олиб мунтазам даволанган. Яллиғланиш процесси охирги марта 3 ҳафта бурун зўрайган, врачга бормаган (охирги марта гинекологга бундан бир йил бурун борган). Оқчил келиб безовта қилмайди, қовуқ функцияси издан чиқмаган. Қабзият билан дардланиб туради.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги 6—7 ойдан бери ўзини касал ҳисоблайди. Бунда ҳеч бир сабабсиз қорни пастида доимий оғриқ келиб, тобора мадори қурий бошлаган. Кечқурунлари температураси 37,3° гача кўтарилган. Бемор терапевтга мурожаат қилган, врач ички органларида ҳеч қандай патологик ўзгаришлар топмаган. Кейинги пайтларда қорни бир қадар катталашиб қолганлигини қайд қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қадди-басти расо, ориқлаган. Териси билан кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Регионар лимфатик тугунлари катталашмаган. Тана температураси 37°. Томири мину-

тига 80 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 120/70 мм. Нафаси везикуляр, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари равон. Тилини оқиш караш боглаган, нам. Қорни бир оз катталашган, чалқанча ётқизиб кўрилганида ёйилиб туради. Қорин бўшлиғини перкуссия қилиб кўрилганида бемалол силжиб турадиган суюқлик борлиги қайд қилинади, пальпация қилинганда эса нари-берига силжийдиган ўсмасимон зич тузилмалар топилади, булар қорин ўрта чизиғида, киндикдан сал пастроқда аниқроқ билинади. Перитонеал белгилар йўқ. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни цилиндрик шаклда, кўзгу солиб кўрилганида эрозия йўқлиги маълум бўлди. Бачадони кичкина, бевосита қов орқасида ва пича юқорида (элевация) жойлашган. Бачадон орқасида ўнг ва чап томонида ўсмасимон тузилмалар қайд қилинади, уларнинг усти нотекис, ғадир-будир, консистенцияси ҳар хил, қин орқа гумбази соҳасига қараган тишсимон бўртмалари бор. Улар бачадон ортидаги бўшлиқнинг ҳаммасини эгаллаб олган, кичик чаноқни тўлдириб, ундан 8—10 см ташқарига чиқади.

Тўғри ичак-қин орқали текшириб кўрилганида ҳам шундай маълумотлар олинди.

Тахминий қанақа диагноз қўйиш мумкин? Ушбу касалликка илгарироқ диагноз қўйиш мумкин эдими? Давоси қанақа?

Шундай қилиб, гинекологик текшириш қорин бўшлигида бачадон ортиқларидан чиққан ўсма борлигини аниқлашга имкон берди. Ўсманинг размерлари анча катталашганлиги, унинг қуйи қутбида тишсимон бўртмаларнинг борлиги, қоринга сув йиғилиши — бу барча белгилар, афтидан, III—IV босқичдаги тухумдон раки борлигига шубҳа қилишга далда беради.

Тухумдон ракига, айниқса, унинг бошланғич босқичларида диагноз қўйиш анча қийинчилик туғдиради. Бу — бизни тухумдонлар ракининг барвақт диагностикаси билан боғлиқ баъзи бир принципиал масалаларни кўриб чиқишга анча муфассал тўхтаб ўтишга мажбур қилади.

Тухумдон раки кам учрайдиган касаллик эмас. А. И. Серебров (1972) маълумотича, у жинсий органларининг хавфли ўсмаларининг умумий сонига нисбатан 7 % беморларда, тухумдон ўсмалари ичида И. С. Краевский (1978) маълумотича, 25 % беморларда учрайди. Аёллар жинсий органларининг хавфли ўсмалари орасида тухумдонлар раки 3-ўринда (бачадон бўйни ва танаси ракидан кейин) туради.

Умум қабул қилинган классификацияга мувофиқ бирламчи тухумдон раки, тухумдон кистомасидан ривожланувчи иккиламчи тухумдон раки ва метастатик рак тафовут қилинади. Бирламчи рак жуда камдан-кам

учрайди ва кўпгина муаллифлар тухумдон ўсмасининг бундай формаси бўлиши мумкинлигини умуман тан олишмайди.

Тухумдонлар раки, аксари, тухумдон кистомасининг хавфли ўсмага айланиб кетиши оқибатида ривожланади, шу муносабат билан папилляр кистомани ҳақли равишда тухумдонларнинг рак олди касалликларига киритадилар.

Одатда, у 40 ёшдан 60 ёшгача бўлган аёлларда учрайди. Бу касалликда беморлар шикояти специфик бўлмайди (қорин пастида, белда симиллаб оғриқ туради, қорин размерлари катталашади — асцит, меъдаичак йўллари функцияси бузилади), булар диагностикани анча қийинлаштириб қўяди. Аммо шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бу шикоятлар, асосан, рак процессининг анча ўтиб кетганлигидан гувоҳлик беради. Шунинг учун касалликнинг илк белгилари катта диагностик аҳамиятга эга бўлади, буларни ҳақли равишда микросимптомлар дейиш мумкин. Худди шунинг учун ҳам касалликни ўз вақтида (тухумдонлар ракининг I ва II босқичларида) аниқлаб олиш учун бу микросимптомларга аҳамият бериш керак.

I босқичда ўсма процесси битта тухумдонни шикастлайди, II босқичда иккинчи тухумдонга, бачадонга ва иккала бачадон найига ўтади. Бу босқичда беморлар, одатда, қоринда ноаниқ оғриқ пайдо бўлганлигидан, тинка-мадори қуришидан, тез толиқиб қолишидан шикоят қилади. Қонида бироз лейкоцит ва СОЭ тезлашган (40 мм/соат гача) бўлади. Ҳайз цикли бузилмайди. Температура, аксарият, айниқса кечқурунлари 37,2—37,4° гача кўтарилади.

Бизнинг беморнинг касаллик тарихини диққат бериб таҳлил қилиш бу симптомларнинг кўпчилиги унда охирги 6—7 ойларда бўлганлигидан гувоҳлик беради, аммо улар бачадон ортиқларининг яллиғланиш белгилари сифатида баҳоланиб хатога йўл қўйилган.

Бу ўринда шуни алоҳида қайд қилиб ўтиш керакки, жуда кўп ҳолларда тухумдонлар ракининг ўтиб кетган формалари келиб чиқиши, олдинига ўсма эмас, балки бачадон ортиқларининг яллиғланиш процесси деб фикр юритиш натижасидир. Бу хусусда бизнинг беморнинг касаллик тарихи жуда характерлидир. Унда, анамнез маълумотларига кўра, бачадон ортиқларининг «яллиғланиш процесси» жуда кеч, охирги абортдан кейин юзага чиққан. Яллигланиш процесси кўринишн замирида дастлаб хавфсиз ўсма (кистома) бўлганлигини тўлиқ

истисно қилиб бўлмайди. Кейинчалик кистома ракка айланиб кетган, бунга интенсив физиотерапевтик даво, афтидан, анча-мунча имкон яратиб берган.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон ортиқларининг кеч юзага келган ҳар қандай яллиғланиш процесси (бизнинг бемор 45 ёшда) тухумдонларнинг хавфли ўсмалари ҳосил бўлиши мумкинлиги ҳақида сергаклантиради.

Борди-ю, рак кистомаларда юзага келган бўлса, қин орқали текширилганда бачадон ортиқларининг бутун кичик чаноқни тўлдириб қўйган икки томонлама ўсмалари қайд қилинади. Бошқа ҳолларда эса бачадон ортида жойлашган иккита кистоз тузилма кўринишида қўлга уннайди, бунда бачадон қовга яқинлашиб қолади (ёстиқда ётгандек бўлади). Ўсмаларнинг консистенцияси ҳар хил бўлади, уларнинг юзасида қин гумбази орқали текширилганда зич, майда, жуда безиллаб турадиган ўсимталар (тишсимон бўртмалар) борлиги қайд қилинади, булар ўсманинг қуйи қутбидан ўсиб чиққан рак тузилмаларидан иборатдир. Асцит касалликнинг, асосан, II босқичида юзага келади.

Борди-ю, тухумдон раки ривожланишнинг бу босқичида аниқланмай қолса, у ҳолда процесснинг келгуси тарқалишида регионар лимфа тугунлари билан катта чарви шикастланади. Бундай беморларда қин орқали текшириш ўтказиб кўрилганида бачадон билан ортиқларидан ташкил топган тухумсимон, зич, ғадир-будур конгломерат қайд қилинади. Эркин қорин бўшлиғида катта чарвида жойлашган метастазлардан иборат гўё сузиб юрган ўсманинг алоҳида тугунларини пайқаш мумкин. Асцит анча кўпаяди. Тинка-мадор қуриши, озиш зўрайиб боради, қориндаги оғриқ деярли доимий тус олади. Афтидан, худди шундай процесс биз кузатаётган беморда ҳам кечяпти.

Шундай қилиб, тухумдон ракининг бошланғич ва анчагина кенг тарқалган формасининг юқорида баён қилинган клиник манзарасини қиёслаш дастлабки диагнозга оид тахминимизни янада мустаҳкамлайди.

Ушбу касалликка илгарироқ диагноз қўйиш мумкин эдими. Албатта, мумкин эди. Беморни кузатилганда тухумдон ўсмасини яллиғланиш процесси, деб ўйлаб жуда жиддий хатога йўл қўйилган. Физиотерапия қўлланиб, шубҳасиз, ўсманинг диссеминациясига имкон яратиб берилган. Ушбу беморга қараган гинеколог юқорида батафсил айтиб ўтилган ўсманинг бошланғич формасига хос тухумдон ракининг «микросимптомати-

ка» сига, афтидан, етарли аҳамият бермаган. Буларнинг барчаси ўсма процессининг ўтиб кетишига олиб келган.

Тухумдон ракининг дифференциал диагностикаси катта аҳамиятга эга. Бошланғич босқичда уни, аввало, энг кўп учрайдиган гинекологик касаллик бўлмиш бачадон ортиқларининг яллигланиш процессидан дифференциялаб олиш керак. Шуни эътиборга олиш лозимки, септик этиологияли бачадон ортиқларининг яллиғланиши ёш аёлларда — асоратланган туғруқлар ёки аборт-лар муносабати билан юзага келади. Климактерик ёшга келиб аёлларда яллиғланиш процесси узоқ вақт даволаш оқибатида сўнади ва бачадон ортиқлари соҳасида чандиқ-битишмали ўзгаришлар топилади. Борди-ю, яллиғланиш процесси бу ёшда биринчи марта юзага келган бўлса, у ҳолда энг аввал тухумдонлар ракини истисно қилиб олиш керак бўлади.

Бачадон ортиқлари туберкулёзи ҳам ёш аёлларда учрайди. Касаллик бирламчи (кўпроқ) ёки иккиламчи (камроқ) бўйида бўлмаслик билан кечади. Гистеросальпингография қилиб кўрилганда бачадон найлари қайишқоқлиги камайиши, тешиги беркилиб қолиши кузатилади. Диагнозни махсус текшириш методлари (Кох синамаси, ҳайз қонини экиб кўриш ва бошқалар) билан ойдинлаштириб олинади.

Тухумдонлар ракини миоманинг субсероз жойлашган тугунлари деб ҳисоблаб, хатога йўл қўйиш мумкин, чунки оёқчали миома тугунлари тухумдон ўсмасига жуда ўхшайди. Бироқ бачадон миомаси учун ҳайз циклининг бузилиши (мено- ва метроррагия) хосдир, тухумдонлар ракида эса ҳайз цикли бузилмаган бўлади. Бундан ташқари, бачадон миомаси пальпация қилиб кўрилганида оғримайди, рак ўсмаси эса, айниқса, тузилманинг қуйи қутби яққол оғриқ беради.

Тухумдонлар раки билан эндометриоз ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш маълум қийинчилик туғдириши мумкин. Шуни назарда тутиш керакки, эндометриоз бола кўриш ёшидаги аёллар касаллигидир, тухумдонлар раки эса кўпинча 45 ёшдан ошганларда учрайди. Эндометриозда ҳайзнинг оғриқ билан келиши хосдир, бунда оғриқ ҳайздан ҳайзга кучайиб боради. Тухумдонлар эндометриози, аксарият ҳолларда, бачадон эндометриози (ички эндометриоз) билан қўшилиб келади. Бундай беморларда альгоменорреяга мено- ва метроррагия қўшилади, бу эса касалликни аниқлашни осонлаштиради.

Тухумдонлар раки билан бошқа гинекологик касалликлар ўртасида дифференциал диагностика ўтказилганда шубҳа тугилса, қўшимча текшириш методларидан фойдаланилади (лапароскопия, текшириш мақсадида қорнини ёриб очиб кўриш).

Давоси қанақа?

Рак давосини комплекс равишда олиб борилади ва унинг зарурий таркибий қисми операция саналади. Бундай ҳолларда қорнини очиш даволаш мақсадидагина эмас, балки диагностика мақсадида ҳам зарурият касб этади. Тухумдон раки топилганида бачадон ортиқлари тўлиқ олиб ташланади ва катта чарви резекция қилинади. Рак деб диагноз қўйилганида унинг ҳар қандай босқичида, албатта, қорнини очиш керак, чунки диагноздагина эмас, балки ўсма процессининг тарқалиш босқичини аниқлашда ҳам хатога йўл қўйилган бўлиши мумкин.

Тухумдонлар ракини даволашда химиотерапия — ТиоТЭФ ва бошқа препаратлар кенг қўлланиладиган бўлди, уни операцияга қадар, операция пайтида ва операциядан кейинги даврда юборилади. Уни умумий қувватга киритувчи даво воситалари билан қўшиб олиб борилади. Тухумдонлар ракида нур билан даволаниш кам наф беради. Қорин бўшлиғига метастаз берганида ва рак кенг тарқалиб кетганида радиоактив коллоид олтин буюрилади. Қўшимча андрогенлар юборилади.

Касалликнинг оқибати (прогнози) даво бошлангандаги касаллик босқичига боғлиқ бўлади. I босқичида 70 %, II босқичида 50 %, III босқичида 17 % беморларда даво наф бера бошлайди. IV босқичда даволаш ҳеч қандай наф бермайди. Бинобарин, тухумдон ракининг ўтиб кетган босқичига учраган бизнинг беморда касаллик оқибати ниҳоятда кўнгилсиз.

ТУХУМДОНЛАР МЕТАСТАТИК РАКИ ВА УСМА ОЁҚЧАСИНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Бемор Г., 38 яшар, қорни пастида қаттиқ оғриқ турганлиги муносабати билан 1980 йил 27 октябрда медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида бўғмани бошидан кечирган, катта бўлганида тез-тез шамоллаш касалликларига чалиниб турган. Икки йил илгари меъда раки туфайли операция қилинган. 12 ёшидан ҳайз кела бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 30 кунда 5 кун келади, биринчи куни оғриқ билан келади, миқдори ўртача. Охирги марта бундан 2 ҳафта олдин — ўз муддатида келган. Турмушга чиққанидан кейин ҳам, туғруқлар ва абортлардан сўнг ҳам ҳайз табиати ўзгармаган. 22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 41 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган, улардан биттаси ой-кунига тўлиб туғилган, иккинчиси билан учинчиси сунъий аборт билан узилган, иккала аборт ҳам асоратсиз ўтган. Кейинги йилларда бўйида бўлиб қолишдан мунтазам сақланмайди. Оқчил келмайди, қўшни органлар функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Бундан бир йил олдин гинеколог ўнг тухумдон ўлчамлари катталашиб қолганлигини пайқаган. Гинеколог томонидан мунтазам кузатиш олиб борилмаган. Кейинги ойлар мобайнида қорни катталашиб қолганлигини сезган, буни бемор физиологик вазн ошиши деб ўйлаган. Вақти-вақти билан қорни пасти оғрийдиган бўлиб қолган, буни у илгари қилдирган меъда операциясидан, деб ўйлаган. 27 октябрь куни қорни пастида қаттиқ оғриқ турган, оғриқ пастга узатилган, шу муносабат билан у медицина ёрдамига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қадди-басти расо, бир оз ориқлаган. Тери қопламлари билан кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари оқариб кетган. Томоғи қизармаган, бодомча безлари катталашмаган. Томири минутига 84 та уриб турибди, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 125/75 мм. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Қорни кўздан кечирилганида эпигастрий соҳасида узунасига кетган чандиқ кўзга ташланади. Чандиқ ҳаракатчан, остидаги тўқималарга пайвандланиб кетмаган. Қориннинг пасти нафас олишда кам иштирок этади (бемор қорнини «авайлайди»). Юза ва чуқур пальпация қилинганида қорнининг пастки бўлимларида, кўпроқ ўнг томонда, Шчеткин-Блюберг симптоми мусбат. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Қорнини перкуссия қилиб кўрилганида асцит қайд қилинди.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари нормал ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўздан кечирилганида эрозия кўринмайди. Ташқи бўғизидан ўртача миқдорда шиллиқли ажралма келиб турибди. Бачадон катталашмаган, зич, вазияти тўғри, у ёқ-бу ёққа сурилганида оғриқ сезади. Бачадон ўнг томонида консистенцияси зич, шакли овал ўсмасимон тузилма қўлга уннайди, уни пайпаслаганда ва силжитиб кўрилганда оғриқ беради, размери чақалоқ бошидай. Бачадонининг чап ортиқлари соҳасида ҳам консистенцияси зич, эркаклар муштумидек келадиган, шакли юмалоқ ўсма қайд қилинади, силжитиб кўрилганида оғриқ беради. Қин гумбазида инфильтрат йўқ, параметрийси бўш.

Қанақа касаллик ҳақида гап бориши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак бўлади? Давоси қанақа?

Касаллик анамнези, касалликнинг ривожланиш тарихи, умумий ва гинекологик текширишдан олинган маълумотлар асосида тухумдонларнинг метастатик раки ва ўнг томондаги ўсма ошқчаси буралиб қолган деб тахмин қилиш мумкин.

Қандай маълумотлар бу диагноз фойдасига гувоҳлик қила олади? Тухумдонларнинг метастатик раки нима ўзи, унинг клиникаси ва диагностикаси қанақа?

XX аср бошларигача тухумдонларнинг метастатик раки бирламчи ўсма деб ҳисобланар эди. 1896 йили Крукенберг тухумдонларнинг ўзига хос икки томонлама ўсмаларини тасвирлаб, уларни «тухумдоннинг раксимон шиллиқ ҳужайрали фибросаркомаси» деб атади. Бу номдан кўриниб турибдики, Крукенберг бу ўсмаларни тухумдонларнинг мустақил касаллиги ҳисоблаган ва буларнинг келиб чиқиши метастатик эканлигини ўйламаган. Фақат 1902 йилга келиб Шлагенгауфер Крукенберг ўсмасини тухумдоннинг метастатик раки тарзида аниқ-равшан қилиб таърифлаб берди ва бунда энг кўп метастазлар берадиган манбалар (меъда, ўт йўллари, ичаклар) деб кўрсатиб ўтди.

Тухумдоннинг метастатик раки ҳамма тухумдон ракларининг 20 % ини ташкил қилади ва бирламчи манбадан гематоген, лимфоген ва трансплантацион йўл билан тарқалади, кўпинча рак иккала тухумдонда ривожланади ва 60—70 % ҳолларда асцит юзага келади. Метастатик рак ўсмалари жуда тез ўсади ва ўзининг размери билан бирламчи, аксари, меъда-ичак йўлларида жойлашган ўсма ўчогидан бир неча марта катта бўлиб кетади. Бу ерда шуни қайд қилиб ўтамизки, бирламчи ўчоқ, кўпинча, то тухумдонлар ўсмаларини олиб ташламагунча аниқланмай қолади.

Ўсмаларнинг катталиги жуда ҳам ҳар хил бўлиши мумкин. Аксари эркаклар муштумидай ёки чақалоқлар калласидай келадиган катталикда учрайди. Икки томонлама тухумдон шикастланганда, одатда, ўнг томондаги ўсма катта размерга эга бўлади, чунки у чапдагисидан кўра илгарироқ юзага келган бўлади. Консистенцияси зич, шакли ғадир-будир ўсма баъзан тухумдоннинг бодомсимон шаклини такрорлайди. У рўй-рост оёқчасига эга бўлади, бу — ҳамма вақт буралиб қолиш хавфини туғдиради (худди мана шу асорат мазкур беморда юзага келган). Микроскопик текшириш ўтказилганида ўсма стромаси эпителиал элементлардан кўпроқ экани қайд қилинади, шунинг учун ҳам Крукенберг ўсмасини ҳақли равишда скирр-рак деб ҳисоблашади. Шиллиқ тутувчи узуксимон ҳужайралар деб аталувчи ҳужайралари жуда типикдир. Ҳужайралар муцинкармин билан бўялганида типик қизил ранг олади.

Тухумдонлар метастатик ракининг клиникаси характерли эмас. Кўп ҳолларда тухумдонларда юзага келган ўсмалар профилактик кўздан кечиришлар пайтида фавқулодда топилма тарзида маълум бўлиб қолади. Ўсманинг бирламчи ўчоғининг симптомлари, аксари, деярли

бутунлай бўлмайди, тухумдонлардаги метастазларнинг тез ўсиб бориши аёлларни қорни оғирлашиб кетаётганидан, қорнининг асцит суюқлиги тўпланиши муносабати билан катталашиб бораётганидан шикоят қилиб гинекологга мурожаат этишга мажбур этади. Ҳатто, икки томонлама тухумдонларнинг метастатик ракида ҳам ҳайз кўриш функциясининг бузилиши жуда кам учрайди. Меъда-ичак йўлларидаги бирламчи ўсманинг келиб чиқиши билан тухумдонларда ўсмаларнинг пайдо бўлиши оралиғидаги интервал бир неча йилга чўзилган бўлиши мумкин, бундай ҳол мазкур кузатувимизда ҳам мавжуд. Гинекологик текшириш ўтказилганида икки томонлама тухумдонларнинг, баъзан гўё асцитик суюқликда сузиб юргандай туюладиган, ҳаракатчан, нхчам ўсмалари қайд қилинади. Ўсмаларнинг кенг ҳаракатлана олиши ва рўй-рост оёқчаларга эга бўлиши нисбатан кўп ҳолларда уларнинг буралиб қолишига шароит яратиб беради. Тухумдонларнинг метастатик ўсмалари анча ҳаракатчан бўлганида тухумдоннинг бирламчи карциномасидан шу билан фарқ қиладики, карцинома қўшни органларга нисбатан эртароқ ўсиб киради ва ҳаракатсиз бўлиб қолади. Мазкур бемордаги муҳим асорат бу — ўнг тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолишидир. Юқорида қайд қилиб ўтганимиздек, тухумдонларнинг метастатик ўсмалари, аксари, анча ҳаракатчан бўлишлари ва қўшни органлар билан битишмалари йўқлиги туфайли уларнинг оёқчалари буралиб қолади. Буралиб қолиш симптомлари (тўсатдан оғриқ туриши, қорин пардаси таъсирланишининг белгилари, тузилманинг безиллаб туриши) етарли даражада характерлидир.

Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак бўлади? Тухумдонларнинг метастатик ракини тухумдон кистаси, кистомаси ва фибромасидан дифференциялаб олиш керак бўлади. Тухумдон кистаси (фолликуляр киста, сариқ тана кистаси, паровариал киста) камдан-кам ҳоллардагина катта размерларга эга бўлади (эркаклар муштумидан ошмайди) ва қаттиқ консистенцияга эга эмас, балки типик зич-эластик консистенцияли бўлади, кўпинча, битта тухумдондан келиб чиқади, асцит билан кечмайди. Кистомалар, аксари, икки томонлама бўлиб, кўп ҳолларда асцит билан кечади. Шунинг учун тухумдонларнинг кистасини метастатик ракдан тафовут қилишда, асосан, ўсмаларнинг консистенциясига — ракда қаттиқ бўлишига, кистомада зич-эластик бўлишига аҳамият бериш керак. Анамнездаги меъда-ичак йўлларида рак бўлганлиги ҳақидаги

маълумот тухумдонлар ракининг метастатик келиб чиқишини ойдинлаштириб олиш учун катта аҳамиятга эга бўлади.

Тухумдон фибромаси кам учрайди ва аксарият бир томонда жойлашган бўлади. 15 % беморларда у асцит, гидроторакс ва анемия (Мейгс триадаси) билан кечади, бу — тухумдоннинг метастатик раки билан унинг фибромаси ўртасида дифференциал диагноз ўтказишни енгиллаштиради. Бироқ диагноз қўйиш анча мураккаб бўлиши мумкин, шунинг учун узил-кесил диагнозни фақат операция қилиб қўйиш мумкин.

Ушбу беморга нима илож қилиш керак?

Тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолишига чалинган беморни зудлик билан стационарга ётқизиш керак, шу ерда унга малакали врач ёрдами кўрсатиш мумкин.

Давоси қанақа?

Тухумдонларнинг барча метастатик ўсмаларига IV босқичдаги хавфли процесс (бирламчи ўчоқдан чиққан узоқдаги метастаз) сифатида қараш керак. Шунинг учун операция қилиб даволанади. Бундай ҳолларда пангистерэктомия ва ўсма метастазлари кўпроқ ўрнашиб оладиган катта чарвини одатда резекция қилишади. Мазкур ҳолда ўсма оёқчаси буралиб қолишининг симптомлари бўлиши муносабати билан шошилинч зарурият мувофиқ операция қилишга тўғри келади. Бундай операцияларнинг узоқ келгусидаги оқибати, кўпинча, нохуш бўлади. Рак процессининг диссеминацияси натижасида юзага келган тухумдонлар метастатик ўсмаларида химиотерапия ишонарли натижа бермайди.

ТУХУМДОННИНГ ЭСТРОГЕН ИШЛАБ ЧИҚАРУВЧИ УСМАСИ, БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ

Бемор Ф., 43 яшар, жинсий йўлларидан қон кетиши муносабати билан 1979 йил 29 октябрда фельдшер-акушерлик пунктига келтирилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Қизамиқ, зотилжам, плеврит ва дизентерияни бошидан кечирган. 15 ёшидан ҳайз кела бошлаган, ҳайзи тез маромига тушиб кетган, ҳар 28—30 кунда 4—5 кун келади, огриқсиз, миқдори ўртача. Охирги ҳайзи бундан ярим йил олдин келган. 20 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, иккинчи никоҳи. Эри 50 ёшда, сог. Ҳозирги пайтда у бўйида бўлишдан сақланмайди. 4 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини ой-кунига тўлдириб туққан, 2 тасини сунъий аборт қилдирган, улар асоратсиз ўтган (охирги аборти бундан 6 йил бурун бўлган). Оқчил келиб безовта қилмайди, қўшни органлар функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор кейинги 6 йилдан бери хайз

кўриш функцияси бузилганлигини биринчи марта пайқаган кунидан бошлаб ўзини касал ҳисоблаб келади. Ҳайзи узоқ чўзиладиган ва кўплаб келадиган бўлиб қолган, кейинчалик эса мунтазамлигини йўқотган. 26 октябрь куни, 2 ҳафта кечикиб қолгандан кейин жинсий йўлларидан ациклик тарзда қон аралаш ажралма кела бошлаган, бу — 28 октябрдан 29 октябрга ўтар кечаси қон кетишга айланиб кетган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Беморнинг қадди-басти расо, тўлалиги қониқарли. Тери ва кўзга кўриниб турган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарли даражада ривожланган, регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Тана температураси 36,5°. Томири минутига 80 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Ўпкалари билан юрагида патологик ўзгаришлар йўқ. Тили тоза, нам. Қорни юмшоқ, нафас актида қатнашади, юза ва чуқур пальпация қилганда оғриқ бермайди. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Дизурик бузилишлар йўқ, эрталаб ичи келган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, эски ён томонидаги йиртилишлар ҳисобига бир оз деформацияланган. Кўзгу солиб кўздан кечирилганида бир қадар гипертрофияланганлиги, эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи бачадон бўғизидан қорамтир қон ажралиб турибди. Қинида пича қон лахталари бор. Бачадон 6—7 ҳафталик ҳомиладорликдай, консистенцияси одатдагидек, устки юзаси текис, вазияти тўғри, ҳаракатчан, оғриқсиз, чап бачадон ортиқлари катталашмаган, улар соҳаси оғриқсиз. Ўнг бачадон ортиқлари соҳасида ва сал бачадон орқарофида консистенцияси зич, шакли юмалоқ — тухумсимон, устки юзаси текис, размерлари 8—6 см келадиган, ҳаракатчан, оғриқсиз ўсмасимон тузилма қўлга уннайди. Гумбазлари бўш, параметрийларида инфильтратлар йўқ.

Тўғри ичаги орқали текшириш ўтказиб олинган маълумотлар ҳам шуларга ўхшаш бўлиб чиқди.

Фельдшер тахминий қанақа диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Беморни кейинги текширув ва даволаш қанақа бўлиши керак?

Анамнез маълумотлари ва объектив текширишдан олинган маълумотларга асосланадиган бўлсак, биз кузатаётган беморда энг муҳим белгиси қон кетиши бўлиб чиққан гинекологик касаллик бор. Маълумки, бачадондан қон кетиши жинсий органларнинг талай касалликлари: бачадондан дисфункционал қон кетиши, бачадон миомаси, бачадон бўйни ва танаси раки ва бошқалар туфайли юзага келиши мумкин. Ушбу бемор касаллигини аниқлашда тухумдон ўсмасининг топилиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Шу муносабат билан мазкур ҳолда феминизацияловчи (эстроген ишлаб чиқарувчи) тухумдон ўсмаси юзага келгани ҳақидаги тахминий қонуният касб этади. Тухумдоннинг бу ўсмалари ўзи нима?

Адабиёт маълумотларига қараганда, феминизация-

ловчи ўсмалар тухумдон барча ўсмаларининг 6—7 % ини ташкил қилади. Номи ҳам маълум бериб турибдики, бу ўсмалар гормонал актив, яъни ортиқча эстроген гормонлар ишлаб чиқаради, бу гормонлар феминизацияга (қиз болаларнинг барвақт жинсий етилиши, бачадон размерларининг катталашиши, постменопаузада қон аралаш ажралмаларнинг келиши ва бошқаларга) сабаб бўлади.

Маълумки, эстроген гормонлар тухумдонлардаги гранулёз ҳужайраларда ва фолликулларнинг ички тека қавати ҳужайра элементларида ишлаб чиқарилади. Шунинг учун асосан икки хил феминизацияловчи ўсмалар — гранулёз ҳужайрали ва тека ҳужайрали (текома) ўсмалар тафовут қилинади.

Гранулёз ҳужайрали ўсмалар гўдак қизлардан тортиб то кексаларгача — ҳамма ёшдаги аёлларда учрайди. Тухумдонларнинг бу ўсмалари кўп учраши жиҳатидан 50 ёшдан катта бўлган аёлларда 40 %, 10 ёшдан кичик бўлган қизларда 6 % ни ташкил қилади. Тека ҳужайрали ўсмалар эса нисбатан кам қайд қилинади — тухумдонлар жами ўсмаларининг 2 % ини ташкил қилади.

Адабиётда тухумдонларнинг феминизацияловчи ўсмаларининг нисбатан хавфсиз ёки хавфли бўлиши ҳақида ягона бир фикр йўқ. Айрим муаллифлар бу хилдаги ўсмаларни хавфсиз санасалар, бошқаларининг фикри эса бунинг аксидир.

Тухумдон гранулёз ҳужайраси ўсмасининг катталиги жуда турли-туман — нўхатдан то катта одам калласидек бўлиши мумкин, одатда эса эркаклар муштумидан катта бўлмайди. Ўсманинг шакли юмалоқ ёки тухумсимон бўлиб, устки юзаси ялтироқ, унинг юпқа девори орқали ичидаги, кўпинча, катталиги ҳар хил кисталар кўриниб туради, ўсманинг консистенцияси юмшоқ ёки зич-эластик, кесиб кўрилганида, турли хил муддатларда талай ерларига қон қуйилганлиги оқибатида сарғиш — жигарранг тус олади. Бу — гранулёз ўсмага ўзига хос тарғиллик бериб туради. Микроскоп остида текшириб кўрилганида, одатда, етилиб келаётган фолликулларнинг гранулёз эпителийсига ўхшаш ҳужайралар топилади. Ўсма стромаси толали тузилишга эга бўлади. Шунисн характерлики, клиникаси хавфли кечаётган гранулёз ҳужайрали ўсмалар хавфсиз кечаётган шу хилдаги ўсмалардан морфологик жиҳатдан фарқ қилмайди.

Тухумдонларнинг тека ҳужайрали ўсмаларининг

катталиги ҳам жуда ҳар хил бўлади. Ўсма шакли юмалоқ ёки тухумсимон, устки юзаси текис ёки айрим жойлари бўртган, консистенцияси зич, камдан-кам ҳолларда зич-эластик бўлади. Ўсмани ташқи кўринишига қараб фиброма деб ўйлаш мумкин. Қесиб кўрилганида ўсма тўқимаси сариқ рангда, баъзан зарғалдоқ тусли ва оқиш тарам-тарам бўлади. Кўпинча, унда катталиги ҳар хил қон қуйилган ўчоқлар, тўқималарнинг илвираб кетиши ва кичик-кичик кистоз бўшлиқлари ҳосил бўлиши кузатилади.

Текомалар микроскопик жиҳатдан бириктирувчи тўқимадан иборат ўсма бўлиб, у одатда етилиб келаётган фолликулларнинг ички тека ҳужайраларига ўхшаш овал ҳужайралардан тузилган ва капиллярларга бойдир. Баъзан текомалар гранулёз ҳужайрали ўсмалар билан қўшилиб келади. Бундай ҳолларда улар аралаш ўсмалар саналади. Бинобарин, феминизацияловчи ўсмалар табиатини фақат кесиб олинган ўсмани гистологик жиҳатдан синчиклаб ўрганиб чиқилгандан кейин аниқ ойдинлаштириб олиш мумкин, чунки тухумдоннинг бу ўсмалари ташқи кўриниши билан бир-бирига жуда ўхшаб кетади. Шунинг учун ушбу касалликка биз тухумдоннинг гранулёз ҳужайрали ўсмаси ёки текомаси деб эмас, балки умумий қилиб тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмаси деб диагноз қўямиз.

Тухумдон феминизацияловчи ўсмасининг клиник манзараси эстроген гормонлар кўплаб ишланиб чиқиши билан боғлиқ симптомлар билан характерланади. Эстрогенлар асосан бачадонга таъсир кўрсатиб, унинг размерларини бир қадар катталаштиради, эндометрийга таъсири эса унинг ўсиб кетишига (гиперплазиясига) олиб келади. Ўсиб кетган бундай эндометрий бора-бора некротик ўзгаришларга учрай бошлайди ва узоқ вақт мобайнида кўчиб тушиб туради, бу — узоқ давом этадиган бачадондан қон кетиш билан бирга кечади. Бордн-ю, феминизацияловчи ўсма касалликка қадар нормал ҳайз циклига эга бўлган аёлда ривожланадиган бўлса, у ҳолда бундай касал врачга ҳайз кечикиб келгандан кейин пайдо бўлган метроррагия типида ҳайз никли издан чиққанлигидан шикоят қилиб мурожаат қилади. Постменопаузадаги беморларда феминизацияловчи ўсмалар ўсса, бачадондан қон кетиши ҳайз тўхтагандан кейинги турли муддат оралиғида рўй бериши мумкин. Баъзан бундай муддат 10 йил ва бундан ҳам ортиқ бўлади.

Шундай қилиб, муайян муддатли аменорея (ёҳуд

постсенопауза) дан кейин бачадондан қон кетиши тухумдоннинг бу ўсмаларининг жуда муҳим белгисидир. Беморларни объектив текшириб кўрилганда ҳам жуда характерли белгиларни қайд қилса бўлади. Шу ўсмаларга чалинган қизларда иккиламчи жинсий белгларининг яхши ривожлангани, нормал ривожланган бачадон ва тухумдонларининг бири ўрнида одатда консистенцияси зич, шакли юмалоқ, ҳаракатчан ҳамда пальпация қилиб кўрилганида оғримайдиган ўсма топилади. Постменопауза ҳолатида юрган аёллар гинекологик текшириб кўрилганида жуда характерли манзара кузатилади. Жинсий органларда ёшга хос инволюция белгилари ўрнига уларнинг ташқи жинсий органлари ва қини тўлақонли етук кўринишга эга экани аниқланади. Қиннинг шиллиқ пардаси бола кўриш ёшидаги аёлларники сингари нормал рангга эга бўлади. Бачадонни пальпация қилиб кўрилганида катталашган, тўлақонли, устки юзаси текис бўлиб қўлга уннайди. Бинобарин, эстроген гормонларнинг кўплаб ишланиб чиқиши оқибатида жинсий органлар гўё «ёшаради». Бачадонни диагностика мақсадида қирилганида, одатда, безли гиперплазия ёки полипоз топилади.

Гранулёз ҳужайрали ўсмалар секин ўсади ва кеч рецидив беради. Тухумдон фибромаларидагидек текомаларда ҳам баъзаи Мейгс триадаси (асцит, гидроторакс, анемия) кузатилади.

Шундай қилиб, тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмаларининг типик клиник манзарасини бизнинг беморлардаги касаллик белгилари билан қиёслаб кўриш унда ўнг тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмаси ривожланганлиги тўғрисида тахмин қилиш учун асос беради. Чиндан ҳам 43 ёшли бемор ҳақида гап боряпти, ваҳоланки, бу ёшда ўсмалар айниқса кўп учрайди. Касаллик мено-метроррагия билан бошланган (ҳайз кечикишидан сўнг бачадондан қон кета бошлаган). Бачадон размерларининг катталашиши (6—7 ҳафталик ҳомиладорликдагидек бўлиши) бачадонга эстрогенлар таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин. Касалликка диагноз қўйиш учун тухумдонда консистенцияси зич, шакли юмалоқ — овал, устки юзаси текис, размерлари нисбатан катта бўлмаган, етарли даражада ҳаракатчан, ва пайпаслаб кўрилганида оғриқ бермайдиган ўсма топилиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Буларнинг ҳаммаси тухумдонда феминизацияловчи ўсма борлиги ҳақида гувоҳлик бериб турибди.

Беморга нима илож қилиш керак?

Табиийки, тухумдонида эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмаси борлигига шубҳа қилинган беморни синчиклаб текшириш ва зарурий даво тадбирларини кўриш учун касалхонанинг гинекологик бўлимига зудлик билан ётқизиш керак. Беморнинг шу пайтда жинсий йўлларидан анчагина қон аралаш ажралма келиб турган экан, уни фельдшер, албатта кузатиб бориши керак. Уни санитария машинасида олиб бориш лозим. Қон тўхтатувчи воситалар (метилэргометрин, окситоцин, питуитрин, прегнантол ва бошқалар) юбориш бундай ҳолларда фақат вақтинча наф беради, чунки бунда қон кетишининг манбаи (ўсиб кетган эндометрий) бартараф қилинмаган.

Стационарда беморни қанақасига текшириш ўтказиш лозим?

Тухумдонида феминизация қиладиган ўсмаси бор беморни одатдагидек умумклиник текшириш билан бир қаторда бачадон танаси билан бўйнида рак бор-йўқлигини истисно қилиб олиш учун бачадонни диагностика мақсадида бўлиб-бўлиб қириш лозим. Ўсманинг табиатини ойдинлаштириб олиш учун лапароскопия методикаси йўлга қўйилган даволаш муассасаларида текширишнинг бу қўшимча методини қўллаш мумкин. Аммо мазкур ҳолда лапароскопия ўтказишдан тўхтаб туриш мумкин, чунки тухумдонда ўсма борлиги қоринни очишга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Тухумдоннинг феминизациялайдиган ўсмаси ривожланганида бир кеча-кундузлик сийдик билан қондаги эстрогенларнинг миқдорини аниқлаш кўп беморларда бу хилдаги гормонларнинг экскрецияси юқори бўлишига қарамай, ҳамма вақт ҳам аниқ-равшан натижа беравермайди. Бундан ташқари, қон билан сийдикдаги эстрогенларнинг концентрацияси фақат махсус эндокринологик лабораторияси бор даволаш муассасаларида аниқланади.

Эстрогенларнинг кўп ишланиб чиқаётганини билишнинг осонроқ методига қорачиқ симптомнини аниқлаш билан кольпоцитограммани ўрганиш киради. Одатда, тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмаси бўлганда қорачиқ симптоми росмана юзага чиққан бўлади (++++, +++). Бундай беморларнинг қинидан олинган суртмаларда деярли ҳамма вақт қин эпителийсининг юзада жойлашган мугузланган ҳужайралари топилади (Кариопикнотик индекс 60 % дан ортиқ бўлади). Аммо ушбу беморда бачадонидан қон кетаётганлиги муносабати билан функционал диагностиканинг бу қондаларидан фойдаланишнинг иложи бўлмайди.

Клиник текшириш процессида тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмасини шунга ўхшаш клиник белгилар билан кечадиган бошқа гинекологик касалликлар билан дифференциал диагностика қилишга тааллуқли масалаларни сўзсиз ҳал қилишга тўғри келади. Тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмасини, аввало, фолликулларнинг персистенцияси ёки атрезияси оқибатида юз берган бачадондан дисфункционал қон кетишидан фарқлаб олиш зарур. Бу — касаллик формаларининг умумий симптоми — эндометрий гиперплазияси оқибатида юз берган бачадондан қон кетишидир. Бачадондан дисфункционал қон кетишида, кўпинча, киста туфайли ўзгаришга учраган тухумдонни пальпация қилиш мумкин, бу — диагностикани янада мушкуллаштириб қўяди. Ушбу касалликларни дифференциал диагностика қилишда катталиги жиҳатидан киста туфайли ўзгаришга учраган тухумдондан каттароқ бўлган тухумдон ўсмасини топиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Шубҳа қилинган ҳолларда диагнозни лапароскопия ёрдамида аниқлашга ёки синама мақсадида қоринни очиб кўришга тўғри келади.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши ҳақида ўйлаш билан бирга бачадон ҳажми бир оз катталашганлиги сабабли бачадон миомаси бўлиши мумкинлиги хусусида ҳам ўйлаб кўриш керак бўлади. Феминизация қиладиган тухумдон миомаси ўртасида диффуз фонда, аммо бачадон ҳажми унчалик катталашмаганда, ёнбош ва орқа томонда жойлашган ва тухумдоннинг гормонал-актив ўсмасини эслатадиган якка субсероз тугун оёқчаси пальпация қилинганда дифференциал диагностика ўтказиш, айниқса, мураккаб бўлади.

Шуни назарда тутиш керакки, бачадон миомасида аксарият ҳайз кўриш функциясининг циклик бузилиши (меноррагия) кузатилади, ациклик қон кетиши (метроррагия) эса, эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмаларда бўлганидек, кузатилмайди. Бироқ бачадон миомаси ановулятор характердаги тухумдон дисфункцияси билан кўп ҳолларда қўшилиб келиши бу симптомнинг аниқлигини камайтиради. Бундан ташқари, миомада бир талай субсероз ва интрамурал жойлашган тугунлар борлиги туфайли бачадоннинг устки юзаси гадир-будир, нотекис эканлиги қайд қилинади, тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмаларида эса бачадоннинг устки юзаси одатда текис бўлади. Бачадондан ациклик қон кетиши билан кечувчи субмукоз миомани дифференциал диагностика қилиш бир оз мураккаброқ бўлиши мумкин

Шунинг учун миоматоз тугун шиллиқ парда остида жойлашганлигига шубҳа туғилганида ҳамма вақт эҳтиётлик билан бачадон бўшлигига зонд киритиш ёки гистерография қилиш керак бўлади.

Ушбу беморда ички эндометриоз билан ўнг тухумдонида киста бор деб ҳисоблаш мумкинми? Шуни назарда тутиш керакки, ички эндометриоз учун биз кузатаётган беморда йўқ бўлган альгоменорея симптоми жуда характерлидир. Тухумдон кистаси (кистома) одатда зич-эластик консистенцияга ва юпқа капсулага эга бўлади, шундай бир пайтда тухумдоннинг феминизациялайдиган ўсмаси, аксарият, қаттиқроқ бўлади.

Бачадоннинг юмшоқ тортиши ва ҳомиладорликнинг илк даврига хос бошқа белгиларига характерли бўлган қин ва бачадон бўйнининг қин қисми шиллиқ пардасида цианоз йўқлигига асосланиб туриб мазкур вақтда чала аборт юз берганлигини истисно қилиш мумкин.

Бачадоннинг танаси билан бўйни раки бўлиб-бўлиб олинган қирмани патоморфологик жиҳатдан текшириш маълумотларидан кейин осонгина истисно қилинса, мазкур воқеада бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик белгилари йўқлигига асосланиб ҳаммадан енгилроқ истисно қилса бўлади. Бундан ташқари, тухумдоннинг зич ўсмаси ўзида ҳомила тухумининг қолдиқлари ва қон лахталарини тутиб, юмшоқ тортган бачадон найига мутлақо ўхшамайди. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учун, шунингдек, оғриқ синдроми билан биз кузатаётган беморда бўлмаган ички қон кетиш белгилари хосдир.

Тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмасини тухумдоннинг фибромаси билан ракидан фарқ қилиб олиш керак. Шуни эсдан чиқармаслик керакки, тухумдон фибромаси эстроген гормонлар ишлаб чиқариш хусусиятига эга бўлмайди. Шунинг учун гиперэстроген туфайли юзага келган барча симптомлар тухумдон фибромасида бўлмайди.

Тухумдон раки устки юзаси нотекис, гадир-будир ўсмасимон тузилма борлиги билан характерланади. Ўсма бачадоннинг орқа томонида жойлашган бўлиб, уни кўтариб турганга ўхшайди. Ўсманинг қуйи қутбида, одатда, безиллаб турадиган тикансимон ўсимталар бўлади, бу — феминизация қиладиган ўсмаларда бўлмайди. Тухумдон раки гормонал-актив ўсма ҳисобланмайди, шунинг учун унда гиперэстроген симптомлари бўлмайди.

Тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмаларини

тухумдонларнинг метастаз раки (Крукенберг ўсмаси) дан дифференциал диагностика қилишда маълум қийинчиликлар туғилиши мумкин. Шуни ёдда сақлаш лозимки, тухумдонларнинг гормонал-актив ўсмаси аксарият бир томонлама бўлиб, секин ўсгани ҳолда метастатик рак аксари ҳолларда икки томонлама ва ўсишга мойил бўлади. Метастатик ракда эстрогенларнинг кўплаб ишлаб чиқарилиш белгилари ҳамиша бўлмайди, меъдани рентгеноскопия қилганда ҳамма вақт бирламчи ўсма (меъда раки) ни топиш мумкин бўлади.

Давоси қанақа?

Борди-ю, гинекологик бўлимда беморни тўла-тўкис клиник жиҳатдан текшириб, ўнг тухумдоннинг феминизация қиладиган ўсмаси бор деб қўйилган дастлабки диагноз тасдиқланадиган бўлса, у ҳолда операция қилиш керак бўлади. Бу ўсмалар аксарият хавфли ўсма бўлиб қолишини ҳисобга олиб, шунингдек, касалнинг ёшини (43 ёшда) эътиборда тутиб, бачадонни ортиқлари билан бутунлай олиб ташлаш (пангистерэктомия) керак. Фақат ёш беморларда баъзан бачадонни ва иккинчи тухумдонни олиб ташлашдан тийиниш мумкин бўлади. Ўсмаларнинг бу турларида рентгенотерапия ва цитастатик препаратлар (ТиоТэф ва бошқалар) нинг нафи кам тегади. Радикал операция қилинганида ва операциядан кейин бир неча йил мобайнида бемор устидан қатъий кузатув олиб борилгандагина касаллик оқибати у ёҳуд бу даражада яхши бўлиши мумкин.

ТУХУМДОННИНГ АРЕНОБЛАСТОМАСИ, ЎСМА ОЕҚЧАСИНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Бемор Ш., 38 яшар, чап чов соҳасида оғриқ турганлиги, кўнгли айниши ва қусиши муносабати билан 1979 йил 13 ноябрда аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Анамнези. Ота-онаси соғлом. Болалигида қизамиқ, дифтерия, цистит, ангина билан оғриб ўтган. 13 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, 4 ҳафта ўтказиб, 4—5 кун келади, миқдори ўртача. Кейинги бутун йил мобайнида 2—3 ойда бир марта келадиган бўлиб қолган, жуда кам ва қисқа вақт келади. Охирги марта 2 ой бурун келган. Жинсий ҳаётни 22 ёшидан бошлаган, биринчи никоҳи.

2 марта бўйида бўлган — биринчиси ой-кунига етиб туғилган, асоратсиз ўтган, иккинчиси — сунъий аборт билан туғилган, бу ҳам асоратсиз бўлган. Кейинги 6 йил мобайнида бўйида бўлмаган (бўйида бўлишдан сақланмайди).

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги бир йил мобайнида ҳайз цикли сийраклашиб қолган; ҳайзи ҳеч қандай кўзга кўринарли сабабсиз ҳам кам келадиган ва қисқа вақт — 1—2 кунгина давом этадиган бўлиб қолган. Ўтказилган циклик гормонотерапия (эстрогенлар ва кейин прогестерон юбориш) ижобий натижа бермаган. Кўп ўтмай

бемор аёл бир қадар озганини ва секин-аста сут безлари кичрая борганини, шунингдек, жинсий ҳисси пасайиб кетганини, юзларида мўйлар пайдо бўла бошлаганини пайқаган. 12 ноябрь куни чап чов соҳасида тўсатдан оғриқ турган, оғриқ чап оёғига тарқалган, кўнгли айниб қусган. Яқиндагина ичи келган.

Умумий ва гинекологик текшириш дан олинган маълумотлар. Аҳволи қониқарли. Юз терисида тук-мўйлар рўй-рост билиниб турибди. Сон ва болдирларини ҳам мўй босган. Тана температураси 36,5°, томири минутига 76 марта уради, ритмик, тўлиқлиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Сут безлари бир оз кичрайган. Қорни нафас актида қатнашиб турибди, аммо бемор чап биқинида оғриқ туриши сабабли чуқур нафас ола олмайди. Қорин соҳаси пайпаслаб кўрилганида оғриқли, шу ердаги қорин олд девори мускуллари ҳимояланиб таранглашади, Шчеткин симптоми ҳийла мусбат. Жигари билан талоғи пальпация қилинмайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий, дизурик бузилишлар йўқ.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қинида ўзгаришлар йўқ, клитори бир оз гипертрофияланган. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганида эрозияланмаганлиги маълум бўлди. Қорачиқ симптоми манфий. Бачадоннинг вазияти тўғри, ўртача ҳажмда кичикроқ, консистенцияси зич. Ўнг ортиқлари пальпация қилинмайди, улар соҳаси оғриқсиз. Бачадоннинг чап-орқа томонида ҳажми 6×7 см келадиган, ҳаракати бир оз чекланган, консистенцияси зич, устки юзаси нотекис, қаттиқ безиллаб турган тузилма қайд қилинади. Бу ўсмасимон тузилмани силжитиб кўришга уриниб кўрилганида қаттиқ оғриқ беради ва шу туфайли ҳам уни пальпация қилиб кўриш қийин.

Диагнози қанақа? Ўсманинг қанақа тури ҳақида гап бориши мумкин? Давоси қанақа?

Беморнинг анамнези, умумий ва гинекологик текширишдан олинган маълумотлар асосида тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолиши, деб тахминий диагноз қўйиш мумкин. Ўсма оёқчаси буралиб қолишининг клиник белгилари етарли даражада типик ва у алоҳида шубҳа туғдирмайди. Ўсманинг ўз табиати ҳақида мулоҳаза юритиш анча мураккаблик туғдиради. Бу ҳақда бирор тахминий фикр билдириш учун дефеминизациялайдиган симптомлар (ҳайз келишининг сийракланиб қолиши, бачадон ва сут безлари ҳажмининг кичрайиши) билан маскулизация белгилари (эркакларникига ўхшаб мўйлар ўсиб чиқиши, сочларнинг дағал тортиши ва бошқалар) ни эътиборга олиш керак. Тухумдоннинг эркак нусха берадиган ўсмалари (аренобластомалари) учун бу белгилар жуда хосдир.

«Аренобластома» термини биринчи марта немис гинекологи Р. Мейер томонидан 1930 йили таклиф қилинган. Бошқа муаллифлар бу ўсмани андрома, аренома, андробластома деб аташади. Уни тадқиқ қилган кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра, у ҳали аёл ёки

эркак томонга дифференцияланиб улгурмаган жинсий безнинг илк босқичларида тухумдонда қолиб кетган муртаклардан пайдо бўлади. Тухумдонлардаги бундай индифферент жинсий безининг кейинги ривожланишларида унда кўпроқ эркаклик йўналишида ривожланиш билан кейинчалик маскулинизацияланувчи ўсма келиб чиқишига манба бўладиган эмбрионал муртаклар қолади.

Шулар қаторида, кўпгина тадқиқотчилар аренобластомалар тухумдонларнинг ўзига хос айрим гистологик тузилмаларидан (мия тасмалари ва уларни ўраб турган стромадан) келиб чиқиши мумкинлигини айтганлар. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда аренобластомаларнинг келиб чиқиши билан гистогенези ҳали етарли ўрганиб чиқилган эмас.

Аренобластомалар ўзининг макроскопик тузилишига кўра жуда хилма-хил бўлади. Уларнинг ҳажми, аксарият, эркаклар муштуми катталигидан ошмайди; шакли юмалоқ ва оваль, баъзан тухум шаклида бўлади. Борди-ю, аренобластома нисбатан катта бўлмаса, у ҳолда унинг консистенцияси зич бўлади; ўсма анчагина катта бўлган тақдирда унда кистоз бўшлиқлари ҳосил бўлганлиги ҳисобига консистенцияси юмшоқ тортади. Аксарият, унинг капсуласи ва яққол билиниб турган оёқчаси бўлади, бу — вақти келиб шароит туғилиб қолса, сўзсиз, буралиб қолиш хавфини туғдиради. Кисталар, аксарият, тиниқ сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади.

Микроскопик жиҳатдан аренобластомаларнинг турлича тузилиш вариантлари — турли хил ривожланиш ва дифференцияланиш босқичларида турган эркак жинсий безлари структураларига хос вариантлари кузатилади. Микроскопик тузилишига кўра аренобластомаларнинг асосан уч хил тузилишини тафовут қилиш расм бўлган: тубуляр (найсимон) тузилишга эга бўлган ўсмалар, улар ўзининг гистологик манзараси билан эркак жинсий безлари ривожланишининг кейинги (кеч) босқичини эслатади; оралиқ (тубуляр-диффуз) характердаги ўсмалар ва эркак жинсий безлар ривожланишининг энг илк босқичини эслатувчи дифференцияланмаган тузилишга эга бўлган ўсмалар. Кейингилари кўпроқ хавфли бўлган ўсмалар саналади. Шуниси характерлики, биргина ўсманинг ўзида аренобластомалар гистологик тузилишининг турли типларини учратиш мумкин.

Тухумдонда ҳали-бери андрогенлар ажратувчи ўсма пайдо бўлмай туриб, яъни касаллик бошланишига қа-

дар организмнинг ривожланиши болаликда ҳам, шунингдек, катталарда ҳам мутлақо нормал кечади, ҳайз қони ўз вақтида келади, тез маромига тушади. Ҳайз цикли касаллик бошлангандагина издан чиқади. Клиник жиҳатдан аренобластомалар ривожланишини икки фазага тафовут қилиш расм бўлган — дефеминизация фазаси, яъни «аёллик хусусиятини йўқотиш» ва маскулинизация фазаси, бу фазада эркак организмига хос айрим белгилар устун кела бошлайди. Касалликнинг ривожланишининг биринчи фазаси аёллар организмининг эстроген функцияси сусайиши туфайли юзага келади. У пуштсизлик, ҳайз келишининг сийракланиб кетиши ва бутунлай тўхтаб қолиши, сут безларининг гипотрофияси билан характерланади. Иккинчи фазасининг клиник белгилари бемор организмига анчагина миқдорда андрогенлар тушиши билан боғлиқ бўлади, булар эстрогенларнинг организмда дефицит бўлиб қолиши фонида юзда ва гавданинг турли бошқа соҳаларида мўйлар пайдо бўлишига, товуш дўриллаб қолишига, қадди-қоматнинг ўзгариб кетишига (эркаклар қадди-бастига хос белгилар пайдо бўлишига) олиб келади. Клитор (тилчиқ) нинг гипертрофияланиши ва жинсий ҳиссиётнинг деярли бутунлай йўқолиб кетиши қайд қилинади.

Эркак жинсий гормонларининг анчагина ишланиб чиқиши, шу жумладан, юқори активликка эга бўлган тестостерон туфайли келиб чиққан аренобластоманинг тасвирланаётган клиник манзараси динамикаси биз кузатаётган беморникига жуда ўхшаб кетади, бу — анамнези билан объектив текшириш ўтказиб олинган маълумотлар таҳлилидан ҳам кўриниб турибди. Чиндан ҳам касалликнинг биринчи симптомларидаёқ дефеминизация белгилари бор эди. Бу аёлда 6 йил мобайнида бўйида бўлмаган, ваҳоланки, у бўйида бўлиб қолишдан сақланмаган. Шундан кейин ҳайз келиши сийраклашиб қолган (опсоменорея), ҳайз қони эса жуда оз келадиган ва узоққа чўзилмайдиган (гипоолигоменорея) бўлиб қолган. Сут безлари аста-секин кичрайиб борган, бу ҳам жинсий гормонларнинг кам ишланиб чиқиши билан боғлиқ бўлган. Эстрогенларнинг сут безлари чиқарув йўлларининг пролиферацияланиб (битиб) қолишига, прогестеронинг эса улар охирларининг (паренхималарининг) ривожланишига имкон яратиб бериши маълум.

Дефеминизацияланиш устига маскулинизацияланишининг айрим белгилари (юздан мўй чиқиб кетиши, бошқа гавда соҳаларида эркакларникига хос мўйлар ўсиб кетиши, клиторнинг гипертрофияга учраши ва бошқа-

лар) пайдо бўлган. Яхшилаб текшириб кўрилганда бачадоннинг ҳам кичрайганлиги қайд қилинди, ваҳоланки, бемор анамнезида туққанлигига кўрсатма бор эди. Бунга ўхшаш ҳолларда бачадон ўлчамлари бир оз катталашиб қолган бўлиши керак эди. Ҳайз келиши 2 ой кечикканлигига қарамай, қорачиқ симптомининг йўқлиги диққатни ўзига тортади. Шу нарса характерлики, ановуляция билан боғлиқ равишда ҳайз келиши ушланиб қолганлиги ҳақида гап борадиган бўлса, у ҳолда қорачиқ симптоми ҳамма вақт рўйирост юзага чиққан бўлур эди. Ниҳоят, қин орқали текширилганида тухумдонда ўсма борлиги аниқланган, бу — аренобластома диагнозини тасдиқлайди.

Аренобластоманинг хавфли ўсма эканлиги ҳақида масала ҳали узил-кесил ҳал этилган эмас. Айрим тадқиқотчилар аренобластомани хавфли ўсма, деб ҳисоблайдилар. Бу, аввало, дифференцияланмаган ўсмага алоқадордир. Аммо кўпчилик ватанимиз ва чет эл гинекологлари билан онкологлари бу ўсмани нисбатан хавфсиз ўсма ҳисоблайдилар. Кўпроқ учрайдиган ўсманинг тубуляр формасида касаллик, аксарият, хавфсиз кечади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, аренобластомаларнинг аксарият оёқчаси узун бўлади, бу ҳам уларни жуда ҳаракатчан қилиб қўяди ва шу билан оёқчасининг буралиб қолишига шароит яратиб беради, айниқса, аренобластлар нисбатан айтарли катта бўлмаса буралиб қолиш хавфи ортади. Ўсма оёқчасининг 180° га ва бундан ортиқ даражада буралиб қолиши (тўпланган статистик маълумотларга кўра 14—25 % ҳолларда) олдинига юпқа деворли веналарни қисиб қўяди, оқибатда улардан қон оқиши қийинлашади ёки бутунлай тўхтаб қолади. Деворлари бир қадар қайишқоқ, эластик артерия томирлари қисилишга анча бардош бериб туради, қон эса ўсма оёқчаси буралиб қолганига қарамай, оқишда давом этаверади. Натижада, веналарда қон димланиб қолади, ўсма ўлчамлари кескин катталашади, бағрига ва капсуласига қон қуйилади. Кистоз консистенцияга эга бўлган ўсма девори қаттиқ таранглашганида ёрилиб кетиши мумкин, бу — қорин бўшлиғига қон қуйилиши билан кечади. Ўсмада қон айланиши бутунлай тўхтаганида у некротик ўзгаришга учрайди ва ўсма капсуласи чарвига, ичак қовузлоқларига ва қорининг париетал пардасига пайвандланиб қолади, бу — ўсма ҳаракатини чеклаб қўяди (ўсма оёқчаси бўралиб қолишининг характерли белгиси!). Некротик ўзгаришга учраган ўсма нисбатан осонгина инфекциялa-

нади, бу эса аксарият ёйилган йирингли перитонит ёки сепсис ривожланишига олиб келади.

Тухумдон ўсмаси оёқчаси буралиб қолиши симптомларини бундан олдинги клиник кузатишларни таҳлил қилганимизда тасвирлаб берган эдик. Бу ўринда биз кузатаётган беморда аренобластома оёқчаси буралиб қолишининг типик симптомлар комплекси мавжудлигини қайд қилиб ўтиш лозим. Касаллик ўткир бошланган, чап чов соҳасида оғриқ туриши ва кўнгил айниши, қусиш билан кечган. Қоринни пальпация қилиб кўрилганида қорин девори олд томонда ҳимояланиб таранглашган, Шчеткин симптоми бир оз мусбат бўлган. Қин орқали текшириб аниқланган тухумдон ўсмасининг ҳаракати чегараланганлиги, афтидан, унинг қўшни органларга бирикиш процесси бошланганлигидан юзага келган.

Аренобластомани андрогенлар кўплаб ишланиб чиқиши оқибатида патогенези билан клиникаси анча даражада маскулинизацияланиши билан ифодаланадиган касалликлардан (Штейн — Левенталь синдроми, буйрак усти безлари пўстлоғининг ўсмаси ва гиперплазияси) дифференциялаб олиш керак. Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, бу касалликларнинг дифференциал диагностикаси кўпинча анча қийинчилик туғдиради ва фақат касални клиник ва лаборатория текширувидан муфассал ўтказиш учун барча зарур шароитлар бўлган ихтисослаштирилган стационардагина уни ойдинлаштириб олиш мумкин. Бундан ташқари, тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолиши кечиктирмай операция қилишга шошилинч кўрсатма бўлиб хизмат қилиши туфайли мазкур ҳолда ушбу касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказишга деярли зарурат қолмайди. Шу сабабли касалликларнинг ажралиб турадиган энг муҳим белгиларигагина тўхтаб ўтамиз.

Штейн — Левенталь синдромида (склероз-кистоз тухумдонлар синдроми) вирилизация аренобластомоздагидек ифодаланмаган бўлади. Пневмоперитонеум шароитларида ўтказилган қин орқали текширишларда ва рентгенограммада, мазкур беморда бўлганидек, бир тухумдоннинг эмас, балки иккала тухумдон катталашганлиги аниқланади. Буйрак усти безлари пўстлоғининг ўсмаларида сийдик билан 17-кетостероид кўплаб (нормада суткасига 8—12 мг бўлгани ҳолда 400 мг гача) экскреция бўлаётганлиги қайд қилинади, пневморенада эса буйрак устки безлари ўсмалари учун характерли бўлган ўзгаришлар топилади. Буйрак устки безлари

пўстлоғининг гиперплазиясида кушин-гоид синдромнинг юзага чиқиши кузатилади, 17-кетостероидлар экскрецияси қайд қилинганида эса уларнинг суткасига 20—40 мг гача ортиши аниқланади. Шуниси характерлики, кортизон қатори препаратлари (преднизолон ва бошқалар) киритилганидан кейин 17-кетостероидлар миқдори камая бошлайди (кортизон синамасининг мусбат бўлиши).

Давоси қанақа?

Тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолганлигига шубҳа туғилган беморни зудлик билан стационарга ётқизиш керак. Мазкур диагноз тасдиқланганда эса зудлик билан операция қилинади. Операцияни қай ҳажмда қилиш масаласини хирург ҳал қилади. Операциядан кейин беморда дефеминизация билан боғлиқ симптомлар нисбатан тез, маскулинизация белгилари кечроқ йўқолади.

ТУХУМДОН ДИСГЕРМИНОМАСИ

Бемор К. 19 яшар, қорни пасти мижиғлаб оғриётганлиги, беҳоллиги ва жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма келаётганлигидан шикоят қилиб 1978 йил 19 октябрда мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида бир қанча инфекцион касалликларни бошидан кечирган, катта бўлганида цистит ва ангина билан оғриб ўтган. 17 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи маромига тушмаган. Ҳайз келиши аксарият 10—14 кунлаб кечиккан, пича ва оғриқ билан келган, охирги марта ҳайзи бундан 2 ой муқаддам келган. Ярим йил бурун турмушга чиққан, бўйида бўлишдан сақланмайди, шунга қарамай бўйида бўлмаган. Эри 23 ёшда, соғлом.

Ушбу касаллик тарихи. Кейинги бир ярим йил мобайнида ўзида беҳоллик ва оғриқ сезиб юрган, аммо врачга мурожаат қилмаган. 3 кун бурун, ҳайз келиши кечикиб қолганидан кейин жинсий йўлларидан лозимга юқадиган даражада қон аралаш ажралма пайдо бўлганидан кейин, бетоб бўлиб қолган, ажралма келиши 19 октябрь куни бир оз кучайган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Қаддибасти астеник, сут безлари яхши ривожланмаган. Қўлтиқ ости ва қов устидаги мўйлари сийрак. Томири минутига 74 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/75 мм. Нафас ва юрак-томир системаларида патологик ўзгаришлар топилмади. Қорни нафас актида фаол қатнашади, пайпаслаб кўрилганида оғримайди. Жигари билан талоғи катталашмаган. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонидан манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органларни яхши ривожланмаган, қини тор, қин гумбазлари рўйирост билиниб турмайди. Бачадон бўйни конуссимон, ташқи бўғизи юмалоқ шаклда, юмиқ. Бўғизидан қорамтир қон аралаш ажралма бир оз лахталари билан келиб турибди. Бачадон катта эмас, олдинга оғиб турибди, ҳаракатчан, оғриқсиз, консистенцияси зич. Бачадоннинг чап ва орқа

томонида консистенцияси зич ўсма қўлга уннайди, силжитиб кўрилганда бир оз сезувчан бўлади, шакли тухумдонга жуда ўхшаб кетади. Ўсманинг ўлчамлари 12×10 см. Унг бачадон ортиқлари пайпасланмайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз.

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш лозим? Давоси қанақа?

Мазкур клиник кузатиш нуқтаи назаридан касаллик диагностикаси бирмунча қизиқиш уйғотади. Аввало, умумий ва генитал инфантилизмнинг рўйирост белгиларига (ҳайзнинг кечикиб кела бошлаганлиги, циклнинг номунтазамлиги, ациклик қон аралаш ажралма келиши ва бошқаларга) аҳамият бериш керак. Балки беморнинг шикоятлари инфантилизм билан ёки қин орқали текширилганда топилган тухумдон ўсмаси билан қандайдир даражада боғлиқдир? Бу жиҳатдан эстроген ишлаб чиқарувчи ўсма ривожланганлиги ҳақидаги тахмин тўғри бўлиши мумкин, аммо бу ўсмаларда ҳайз кўриш цикли издан чиққанлиги, бироқ инфантилизм белгилари йўқлиги, чунки эстрогенларнинг ишланиб чиқиши пасайибгиина қолмай, балки анчагина ошганлиги маълум.

Биз кузатаётган бемор фолликуллар атрезияси билан боғлиқ ановулятор цикларга учраган, деган тахминга бориш мумкинми? Дарҳақиқат, патологиянинг бу формаси учун ҳайз циклининг ушланиб қолиши ва аксарият қон кетишга (ювенил қон кетишига) ўтиб турадиган ациклик қон аралаш ажралма келиб туриши характерлидир. Аммо бундай ҳолда тухумдонлар ўлчамларининг анчагина катталашганлигини (12×10 см) тушунтириб берувчи маълумотларга эга эмасмиз. Шу муносабат билан тухумдонда дисгерминома деб аталувчи ўзига хос ўсма пайдо бўлганлиги ҳақида тахмин қилиш мумкин.

Тухумдоннинг дисгерминомаси ёки семиномаси — бу хавфли ўсма бўлса-да, аммо у ўзининг келиб чиқиши ва клиник манзараси бўйича ва нурлатишга ўта сезувчанлиги бўйича ҳам тухумдон ракидан фарқ қилади. У аёллар жинсий безида ҳам, эркаклар жинсий безида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Эркаклар жинсий безида юзага келганида уни, аксарият, семинома деб юритишади. Бу ўсмани тухумдоннинг хавфли тузилмаларининг мустақил формаси сифатида биринчи марта 1911 йили Шено ажратди. «Дисгерминома» термини 1930 йили Мейер томонидан таклиф қилинган. Кўпгина му-

аллифларнинг маълумотларига қараганда мазкур органнинг хавфли ўсмалари орасида дисгерминома 5 % ҳолларда учрайди. Дисгерминоманинг келиб чиқиши ҳақидаги масала етарли ўрганилмаган. Ўсма жинсий безнинг индифферент тузилишга эга бўлган эмбрионал қолдиқларидан келиб чиқади.

Маълумки, эмбрионал ривожланишнинг биринчи икки ойи мобайнида одам пуштининг жинсий бези бирламчи жинсий ҳужайралар деб аталувчи ҳужайралар тутади, булар кейинчалик етилиш ва дифференцияланиш жараёнида эркак ва аёл жинсига хос гонадалар тузилишини олади. Талайгина муаллифлар етилган жинсий безда ҳам (тухумдон ва уруғдонларда) баъзан дифференцияцияланмаган бирламчи жинсий безларнинг элементлари сақланиб қолади, булар маълум шароитларда дисгерминома (семинома) нинг ривожланиш манбаи бўлиб хизмат қилади, деб тахмин қиладилар.

Бошқа муаллифлар эса дисгерминома тератомадан, тўқиманинг бир томонлама ривожланишидан келиб чиқади, деб тахмин қиладилар. Бу гипотезадан келиб чиқадиган бўлсак, тухумдондаги дисгерминоманинг нима учун баъзан етилмаган тератоид тузилмалар (тератобластомалар) билан қўшилиб келиши равшан бўлади.

Дисгерминоманинг патологик анатомияси етарли даражада типикдир. Ўсма макроскопик жиҳатдан одатда ғадир-будур тузилмадан иборат бўлиб, консистенцияси зич, усти силлиқ, пушти рангли ялтироқ капсула билан қопланган. Баъзан у умумий бир капсуласи бўлган бир неча тугунлардан тузилган бўлади. Дисгерминома ривожланганда бутун тухумдон тез орада яхлит ўсма тўқимасига айланиб кетади; тухумдоннинг ўзгармаган тўқима қолдиқларини деярли ҳеч қачон топиб бўлмайди. Ўсма, кўпинча, бир томонлама бўлади ва айтарли катта бўлмаганида одатда тўғри ичак-бачадон чуқурлигида жойлашади.

Микроскопик жиҳатдан дисгерминома қорамтир юмалоқ ядро ва кўпқиримон оқсил протоплазмали йирик, юмалоқ ёки полигонал ҳужайралардан тузилган. Ўсма тўқималарида кўпинча некротик ўзгаришлар юзага келади.

Тухумдонлар дисгерминомаси аксарият ёшларда, шунингдек, ўсмирлар ва болаларда (биз кузатаётган беморда 19 ёшида юзага келган, бу — мазкур касаллик учун характерлидир), кўпинча жинсий органлар ривожланмай қолганда қайд қилинади. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, жинсий органларнинг ривожлан-

май қолиши (инфантилизм) ўсма ҳосил бўлишига эмас, балки фақат дисгерминома келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Бошқача қилиб айтганда, ҳайз кўриш функциясининг издан чиқиши ўсма ривожланишига олиб келмайди, балки фақат инфантилизмнинг типик симптоми хисобланади.

Биз кузатаётган бемор анамнезида ҳайз келиши кечикиб бошланганлигига ва ҳайз кўриш функциясининг барқарор издан чиққанлигига кўрсатма бор: объектив текшириб кўрилганида фельдшер инфантилизм ҳақида гувоҳлик берувчи иккиламчи жинсий белгилар ва жинсий органлар ривожланмай қолганлигига эътибор берган. Бу барча маълумотлар тухумдон ўсмаси топилиши билан қўшилганда мазкур беморда дисгерминома бўлиши мумкин, деган нисбатан тўғри тахмин учун катта аҳамиятга эга.

Бироқ шуни назарда тутиш керакки, дисгерминома айрим ҳолларда умумий ёки генитал инфантилизм белгилари бўлмаганда ҳам ривожланиши мумкин. Бу ўсма жинсий органлари нормал ривожланган ва ҳайз цикли мутлақо тўғри кечадиган беморларда ҳам юзага келган ҳодисалар адабиётда оз эмас. Мазкур ўсмага чалинган беморлар орасида кўпинча ҳомиладорлар ҳам учраб туради. Бу кузатишлар шуни кўрсатадики, қатор ҳолларда дисгерминомада иккинчи тухумдон функцияси издан чиқмайди, тухумдонларнинг гормонлар ишлаб чиқариши ҳам сезиларли ўзгаришга учрамайди.

Дисгерминоманинг ривожланиши, аксарият, оғриқ сезгилари билан ўтади. Худди шу оғриқ синдроми ҳайз кўриш функцияси бузилиши қаторида беморни медицина ёрдами сўраб мурожаат этишга мажбур этади. Бизнинг беморда оғриқ нисбатан анча вақтдан бери бор, аммо у фельдшерга, афтидан, ановулятор характердаги қон кетиши сабаби билан мурожаат қилган. Шуни назарда тутиш керакки, инфантилизмда гипоменструал синдром баъзан фолликуллар атрезияси оқибатида ановулятор қон кетишлар билан алмашинади. Дисгерминомада оғриқ пайдо бўлиши, эҳтимол, ўсманинг парчаланиш маҳсулотларининг кучли сўрилишига боғлиқдир. Оғриқ синдроми кўпинча тухумдон хавфли ўсмаси оёқчасининг буралиб қолишидан юзага чиқади. Бундай ҳолларда оғриқ ўткир бўлади ва одатда қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари билан ўтади. Дисгерминомада баъзан сийдикдаги гонадотроп гормонлар миқдори ортади, бунинг натижасида иммунологик реакция мусбат бўлиб қолади. И. С. Краевская (1978) ада-

биёт маълумотларини ва ўзининг клиник кузатишларини анализ қилиш асосида дисгерминомага чалинган беморларда мусбат иммунологик реакция мазкур ўсманинг ҳомиладорлик ёки хорион эпителиома билан қўшилиб келгандагина кузатилиши мумкин, деган хулосага келди. Шунинг учун бу касалликда кўрсатиб ўтилган реакция катта диагностик аҳамиятга эга бўлмайди.

Одатда, дисгерминома тез ўсади ва барвақт метастазлар беради. Бу, шубҳасиз, хавфли ўсма учун жуда характерлидир. Касалликнинг клиник манзараси ўсманинг бирламчи локализацияси билан эмас, балки, алоҳида орган ва тўқималарда метастазлар ривожланиши билан белгиланади. Шундай қилиб, дисгерминоманинг клиник манзараси ўзига хос белгиларга эга бўлмайди. Бироқ ёш аёлларда ёки қизларда, айниқса, инфантилизм фонида тухумдоннинг зич, ғадир-будур ўсмасининг аниқланиши мазкур касаллик хусусида ҳамиша жуда шубҳали бўлади. Бинобарин, тахминий дисгерминома диагнозини қатор ҳолларда операцияга қадар қўйиш мумкин.

Дисгерминомани қанақа касалликлар билан дифференциялаш керак? Бу ўсмани, биринчи навбатда, тухумдонлар раки ва эндометриозидан, бачадон танасининг субсероз миомаси, ҳомиладорлик, тухумдонлар кистаси ёки кистомалари билан, шунингдек, фибромаси ва тухумдонларнинг гормонал-актив феминизация қиладиган ўсмаларидан фарқлаб олиш керак.

Тухумдонлар раки, одатда, 40 ёшдан кейин учрайди. Тухумдонларнинг бирламчи ракида (касалликнинг I—II босқичида) беморлар қорин пастида вақти-вақти билан оғриқ туришидан шикоят қиладилар. Ҳайз кўриш функциясида бузилишлар бўлмайди. Қин орқали текшириш ўтказилганда бачадон орқа томонида, одатда, консистенцияси нотекис, силжимайдиган, алоҳида зич ва оғримайдиган қисмлари бўлган бир ёки икки томонлама ўсмалар топилади; қин гумбазининг орқа соҳасида ўсманинг оғрийдиган тикансимон ўсимталари (бачадон бўйни орқа клетчаткасининг рак инфильтрацияси) бўлади. Касалликнинг II босқичида дисгерминомада бўлмайдиган асцит пайдо бўлади.

Кистомаларда вужудга келган ракларда беморни бимануал текшириб кўрилганда тухумдонларнинг кичик чаноқ бўшлиғини тўлдириб ётган бир ёки икки томонлама ўсмалари топилади. Ўсмалар бачадонни юқорига қисиб қўяди ва ўзининг харакатчанлигини барвақт йўқотади. Ўсмалар консистенцияси кистоз, нотекис бўла-

ди. Ўсмалар юзасида қин томонидан зич, майда, қаттиқ безиллаб оғрийдиган ғадир-будурроқ ўсимталар қўлга уннайди. Асцит нисбатан барвақт вужудга келади.

Тухумдонларнинг метастатик ракида (Крукенберг ўсмаси) кўпинча тухумдонларнинг икки томонлама, ҳаракатчан, майда-майда, баъзан асцит суюқлигида гўё сузиб юрган ўсмалари аниқланади. Уларнинг ўлчами ҳар хил. Бачадон консистенцияси жуда зич бўлади.

Тухумдонлар эндометриози дисгерминомага ўхшаш навқирон ёшда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бироқ бу касаллик учун ҳайзнинг кучли оғриқ билан келиши (альгоменорея) ва қўшни органлар билан кўп сонли битишмалар ҳосил қилиши ҳисобига деярли ҳаракатланмайдиган контурлари нотўғри ўсмасимон қалинлашмалар бўлиши характерлидир. Эндометриоид кисталар кистоз бўшлиқларда қон тўпланиб қолиши ҳисобига ҳайз келиш олдида ва ҳайз пайтида катталашади.

Оёқчасига ўрнашган миоманинг субсероз тугунини генитал инфантилизми бор беморларда баъзан тухумдон дисгерминомаси деб янглишиб қолиш мумкин. Бу касалликларни дифференциал диагностика қилишда бачадон миомаси учун характерли қуйидаги белгиларга: беморнинг ёши (одатда 30—35 ёшда), менорragиялар борлигига, кўп сонли интерстициал тугунлар ривожланганлиги ҳисобига бачадон ўлчамларининг катталашганлигига, субсероз тугуннинг бачадон билан боғлиқлигига эътибор бериш керак. Шубҳали ҳолларда пневмоперитонеум шароитида обзор рентген суратини олиш, ультратовуш билан текшириш ва лапароскопия қилиш зарур.

Ҳомиладорлик диагнозини унинг эҳтимол тутилган белгилари (бачадоннинг юмшаб қолиши, Горвиц — Гегар, Пискачик ва бошқаларнинг мусбат белгилари, мусбат иммунологик реакция) йўқлигига асосланиб истисно қилиш осон. Ушбу беморда ҳайз 2 ойга кечикиб қолганлиги ва қон кета бошлаганлиги туфайли янглишиб ўз-ўзидан юз берган аборт деб ўйлаш мумкин. Аммо инфантилизмнинг рўйирост белгилари, ҳомиладорликка хос бошқа белгиларнинг йўқлиги ва тухумдондаи келиб чиққан ўсманинг бўлиши бу диагонзни истисно қилишга имкон беради.

Дисгерминомани бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик билан дифференциялашга деярли ҳеч вақт тўғри келмайди, чунки тухумдондан келиб чиққан зич ўсма бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка хос бачадоннинг бир оз катталашган хамирсимон ортиқла-

ридан сезиларли даражада фарқ қилади. Дифференциал диагнозга найдаги бузилган ҳомиладорлик учун типик бошқа белгилар (характерли оғриқ синдроми, бачадон ўлчамларининг бир қадар катталашиши ва унинг юмшоқ тортиши, ички қон оқишга хос белгиларнинг бўлиши ва бошқалар) ҳам ёрдам беради.

Киста ва кистомалар характерли зич-эластик консистенцияга, дисгерминома эса зич консистенцияга эга. Дисгерминома кистомадан анча тез ўсади. Дисгерминомани тухумдоннинг дермоид кистасидан фарқлаб олиш анча қийин. Аммо шуни назарда тутиш керакки, дермоид киста аксарият бачадондан олдинда, дисгерминома эса орқасида жойлашган бўлади. Дермоид киста енгил бўлиши туфайли аксарият ҳолларда дисгерминомада камдан-кам кузатиладиган оёқчаси буралиб қоладиган ҳолатларни вужудга келтиради.

Тухумдон фибромаси, одатда, ёши қайтган кишиларда учрайди. Дисгерминомага қарама-қарши ўлароқ, ўсма секин ўсади ва камдан-кам ҳоллардагина анча катталашиб кетади, баъзан Мейгс триадаси номини олган триада (асцит, гидроторакс, анемия) қўшилиб келади. Бу иккала касалликка узил-кесил диагнозни одатда операция вақтида қўйилади.

Тухумдонларнинг гормонал-актив феминизация қиладиган ўсмалари (гранулёз-ҳужайрали ўсмалар, текомалар) ҳамма ёшдаги кишиларда учрайди, аммо текомалар, аксарият, ёши қайтган кишиларда учрайди. Бу барча ўсмаларда эстроген гормонларнинг кўп ишланиб чиқиш ҳодисалари қайд қилинади (бачадон ўлчамларининг катталашуви, ациклик қон кетиши, қиндан олинган суртмада мугузланган ҳужайраларнинг кўплиги, монофазали базал температура, қорачиқ симптомининг узоқ сақланиб туриши). Шуни назарда тутиш керакки, дисгерминома феминизациялайдиган ўсмалардан фарқли ўлароқ гиперэстрогенемия фонида эмас, балки эстрогенлар кам ишланиб чиқиши оқибатида ривожланади.

Ушбу беморга нима илож қилиш керак?

Тухумдон дисгерминомасига шубҳа қилинган беморга малакали врач ёрдамини кўрсатиш учун зудлик билан стационарга ётқизиш керак. Бачадонидан қон кетиши туфайли беморни транспортга олиб чиқишдан олдин унга қон тўхтатувчи ва бачадонни қисқартирувчи воситалар юбориш керак. Бундай беморни фельдшер кузатиб бориши шарт.

Давоси қанақа?

Дисгерминомани хавфли ўсма сифатида аксарият

хирургик йўл билан даволанади. Аммо ўсманинг ўта хавфли бўлишига қарамай, талайгина онколог ва гинекологлар, айниқса, қиз ва жувонларда буни тавсия қилишмайди, ўсма бир томонда жойлашганда каттароқ очиб операция қилинади. Шунинг учун бундай ҳолларда фақат касал томондаги бачадон ортиқларини олиб ташлаш билан чекланилади. Бундай операциялардан кейин жувонларда касаллик қайталаниш у ёқда турсин, балки бўйида бўлиб, нормал туғруқ билан тугаши адабиёт маълумотларида келтирилган. Ўсма бир тухумдондан ташқарига тарқалганда операцияни кенгайтирилган ҳолда қилинади.

Дисгерминомани нур билан даволаш кенг қўлланилади, чунки бу ўсмалар нурланишга сезувчан («рентгенда эрийдиган ўсма»). Дисгеминома ва ҳатто унинг метастазлари кичикроқ дозаларда нур энергияси берилиши биланоқ тезда йўқолиб кетади. Бу, афтидан, ўсма ташкил топган ҳужайра элементларининг эмбрионал табиатига боғлиқ бўлса керак.

IX БОБ

НЕЙРОЭНДОКРИН СИНДРОМЛАР

ҲАЙЗ ОЛДИ СИНДРОМИ

Бемор О., 35 яшар, бош оғриги, бош айланиши, кўнгил айниш, юрак уриши ва юрак соҳасида оғриқ туришидан шикоят қилиб, 1980 йил 10 сентябрда фельдшер-акушерлик пунктига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида турли хил юқумли касалликларни бошидан кечирган, катта бўлганда зотилжам, пиелит ва ревматизм билан оғриган. 16 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳар 26—31 кунда 4—5 кун оғриқсиз, ўртача миқдорда келади. Жинсий ҳаёт бошлагандан кейин ҳам, туғруқ ва абортлардан кейин ҳам ҳайз цикли ўзгармаган. Охирги ҳайзи ўз муддатида —20 августда келган. 25 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Охирги 3 йилдан бери бўйида бўлишдан сақланмайди. Эри 38 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган, улардан 2 тасини сунъий аборт қилдирган, биттасини ой-кунига тўлиб туққан. Иккинчи абортдан сўнг (4 йил илгари) бачадон ортиқлари ҳар иккала томонида яллиғланган ва икки марта қўзиган, буни беморнинг ўзи совқотишга боғлиқ деб ҳисоблайди. Оқчил безовта қилмайди, қўшни органлар функцияси бузилмаган.

Ушбу касаллик тарихи. Бемор 4 йил ичида қаттиқ толиқиб қолгандан (беморнинг касби ўқитувчилик) ва грипп бўлиб ўтганидан кейин ўзини касал ҳисоблаб келади. Шундан буён навбатдаги ҳайз келишига 5—8 кун қолганда боши оғрийдиган, боши айланадиган, кўнгли айнийдиган ва юрак соҳасида нохуш сезги пайдо бўладиган бўлиб қолган. Бу давр ичида оёқлари шишадиган бўлиб қолганлигини пайқаган. Ҳайз бошида ва циклнинг биринчи 15 кунида ўзини яхши ҳис қилган, кўрсатиб ўтилган барча симптомлар изсиз йўқолган. Тинка-мадори қуриши, боши айланиши, юрак соҳасидаги нохуш сезгидан шикоят қилиб терапевт ва невропатологга мурожаат қилган, валериана ва бром препаратлари буюрилган, аммо яхши кор қилмаган. Ҳайз циклининг иккинчи фазасида мунтазам равишда юзага чиқадиган касаллик симптоматикаси зўрайиш характерига кирган ва айниқса кейинги бир неча ой давомида кучайган.

9 сентябрь куни боши қаттиқ оғриган, эти увишган, тана температураси 37,7° гача кўтарилган. Нафаси бўгилаётгандай бўлган, юрак соҳасида оғриқ турган, 10 сентябрда бу симптомлар кучайган ва аёл медицина ёрдами сўраб мурожаат қилишга мажбур бўлган.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Аёлнинг қадди-қомати расо, озғинроқ. Териси ва кўзга кўриниб турадиган шиллиқ пардалари пушти рангда. Юз териси пича қизарган. Бў-

ғимлари шишмаган, улар ҳаракати тўла сақланиб қолган. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган, томоғи қизармаган, бодомча безларида ўзгариш йўқ. Оёқлари бир оз кериккан. Тана температураси 37,6°, томири минутига 100 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110 % 70 мм. Ўпкасида патологик ўзгаришлар аниқланмаган. Юрак чегаралари кенгаймаган, акцентлар ва шовқинлар йўқ. Тили тоза, қорни юмшоқ, пальпация қилиб кўрилганда оғриқсиз. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари ва қини туққан аёлларникига хос, ўзгаришлар йўқ. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганда эрозия йўқлиги маълум бўлди. Ташқи бачадон бўғизи ёриқсимон шаклда, қорачиқ симптоми йўқ. Бачадон пича орқага огган, ҳаракатчанлиги чегараланган, консистенцияси одатдагича, юзаси силлиқ, пальпация қилиб кўрилганда оғриқсиз. Ортиқлари ҳар иккала томонда битишмалар ҳосил қилган, пальпация қилиб кўрилганда озгина сезувчан. Қин гумбазларида инфильтратлар йўқ.

Қандай касаллик ҳақида гап бориши мумкин? Беморни текшириш учун қаёққа жўнатиш керак бўлади? Ушбу патологик ҳолатни даволашнинг умумий принциплари қандай?

Биз кузатилаётган беморнинг дардига тўғри диагноз қўйишда унинг муҳим томонига — бемор аёлнинг боши огриши, боши айланиши, кўнгли айниши, юраги уриши, юрак соҳаси огриши, шиш ва бошқалардан қилган шикоятлари мунтазам равишда ҳайз цикли билан боғлиқ тарзда фақат цикличнг иккинчи фазасида юзага чиққанлигига аҳамият беришимиз керак. Ҳайз пайтида ва ҳайз циклининг биринчи ярмида касал ўзини яхши ҳис қилган ва ҳеч қандай шикояти бўлмаган. Яна шуниси характерлики, тайинланган тинчлантирувчи даво ижобий натижа бермаган. Бир қанча клиник белгилари бўлган ва ҳайз циклининг муайян фазаси билан узвий алоқадор бу синдром ҳайз олди синдроми, деган ном олган.

Бу синдром нима ўзи? Унинг патогенези қандай? Ҳайз олди синдроми мураккаб нейропсихик, вегетатив томирларга алоқадор, эндокрин-алмашинув бузилишлари билан ифодаланувчи, аёллар организмида навбатдаги ҳайз келишига 1—2 ҳафта қолганда ривожланувчи ва ҳайз қони келиши билан шу куни йўқолиб кетувчи синдромдир. Одатда бу синдром билан бола кўрадиган ёшдаги аёллар қийналадилар. Биз кузатаётган беморда ҳам у худди шундай даврда юзага келган.

Ҳайз олди синдроми, аксарият, руҳий ва ақлий зўриқишлардан кейин, тугруқ ва абортлар, айниқса, улар патология билан кечган бўлса, бошдан кечирилган ин-

фекцион касалликлар (вирусли грипп, ревматизм, туберкулёз ва бошқалар) дан сўнг ривожланади. Биз кузатаётган беморда бу синдром бир қанча инфекцион касалликлар (зотилжам, пиелит, ревматизм, болалар инфекцияси) ни бошидан кечиргандан кейин бошланган. Синдромнинг бевосита сабабчиси эса бир неча йил илгари бошдан кечирилган грипп бўлган. Бундан ташқари, афтидан, толиқиш ва муттасил руҳий зўриқишлар билан боғлиқ бўлган беморнинг касби (педагог) катта роль ўйнаган.

Ҳайз олди синдроми ривожланишининг сабаблари ҳозирги пайтда етарли ўрганилмаган. Адабиётда шу ҳолат патогенезига доир қатор назариялар муҳокама қилинмоқда. Бу синдром юзага келишида гормонал назария тарафдорлари бунга организмда гормонлар нисбати бузилиши, асосан, тухумдонлардаги сариқ тана гормони (прогестерон) етарли миқдорда ишлаб чиқарилмаслиги билан ифодаланувчи бузилишлар сабаб бўлиши мумкин деб ҳисоблайдилар. Бундай ҳолат билан бир вақтда кузатиладиган эстрогенлар миқдорининг ортиши организмда натрий ионларининг ушланиб қолишига олиб келади, бу эса шишлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Суюқликнинг ортиқ даражада ушланиб қолишига прогестерон ишланишининг танқислиги сабаб бўлиши мумкин, чунки бу гормон натрийдиуретик таъсир кўрсатаркан, кўплаб сийдик ажралишининг ошишига олиб келади.

Ҳайз олди синдроми юзага келишида сув-туз назарияси деб аталадиган назариянинг тарафдорлари ҳам кам эмас, улар ҳайз циклининг иккинчи ярмида юзага чиқадиган сув-туз алмашинувини буйрак усти безлари пўстлоғи функциясининг ошиши ва альдостерон гормони ишланишининг анча активлашиши билан боғлашга уринмоқдалар. Маълумки, альдостеронизм ҳужайралараро бўшлиқларда суюқлик ушланиб қолиши билан юзага келадиган кўзга яққол ташланиб турадиган шишлар билан кечади.

Аллергик назариянинг асосчилари ҳайз олди синдроми ривожланишининг асосий сабабчиси аёл организмининг ўз гормонига (эстрогенга) сезгирлиги ошиб кетиши, деб ҳисоблайдилар, бунда гормонларнинг қонда абсолют миқдорда бўлишининг айтарли аҳамияти йўқ. Сенсибилизация омили сифатида генитал инфекция ҳам роль ўйнаши мумкин, бу — организмнинг ўз гормонига айниган (нохуш) реакцияси юзага келишига шароит яратиб беради. Шу муносабат билан қайд қилиб

ўтиш керакки, бизнинг беморда иккинчи абортдан кейин бачадон ортиқларининг ҳар иккала томонда яллиғланиши қайд қилинган ва аёл сўзига қараганда совқотиш билан боғлиқ равишда икки марта зўрайган. Бемор касалхонага қабул қилинаётганида қин орқали текширилганда бачадон ортиқлари ҳар иккала томонда битишмалар билан ёпишган эди, бу — икки томонлама хроник сальпингоофорит, деб диагноз қўйишга имкон беради. Мазкур ҳолдаги ҳайз олди синдроми патогенезида бундан олдинги касалликлар фонида келиб чиққан кичик чаноқдаги яллиғланиш процессининг маълум аҳамияти бўлиши мумкин.

Ҳайз олди синдромида вегетатив нерв системасининг функционал ҳолати бузилишининг аҳамияти бор, деган назарияни ёқловчилар ҳайз олди даврида вегетатив нерв системасининг симпатик бўлимида ҳаддан ортиқ таъсирланиш юз беради, деб ҳисоблайдилар. Вегетатив бузилишлар томир бузилишлари — мазкур касалликнинг доимий йўлдоши билан узвий боғланган бўлади. Тасвир этилаётган бузилишларнинг йиғиндиси клиник жиҳатдан бош оғриши, бош айланиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш, юрак соҳасида оғриқ туриши, тахикардия, беқарор артериал босим ва бошқа бир қанча симптомлардан иборат.

Ҳайз олди синдромининг ривожланишида, кейинги маълумотларга қараганда, афтидан, гипоталамик марказлар фаолияти бузилишининг ҳал қилувчи аҳамияти бор. Бу ҳақда, хусусан, патологик туғруқлар ва абортлар каби руҳий зўриқишлардан кейин нисбатан кўпроқ юзага келадиган ҳайз олди синдроми гувоҳлик беради. Росмана интоксикация оқибатида оғир юқумли касалликлар ҳам аксари гипоталамус функцияси бузилишига олиб келади. Ҳайз олди синдроми ривожланиши — бу гипоталамус — гипофиз — буйрак усти безларининг патологик процессга тортилиши билан «адаптация касаллиги» нинг ўзига хос юзага чиқишидир.

Ҳайз олди синдромининг клиник манзараси учун патологик симптомлар комплексининг цикллилиги ва бу синдромнинг юзага чиқишида бир қадар индивидуаллиги характерлидир. Аксарият ҳолларда беморлар таъсирчан, депрессив, йиғлоқи, агрессив, бош оғриши ва айланиши, кўнгил айниши ҳамда қусиш, уйқу бузилиши, дағал тортиб қолган сут безларининг безиллаб туриши, метеоризм, шишлар, умуман ёки маҳаллий қичишиш, юрак соҳасида оғриқ, тахикардия, тана температурасининг кўтарилиши, эт увишиши, хотира ва кўз ўткир-

лигининг пасайиши кабилардан шикоят қиладилар. Бу симптомларнинг барчаси, одатда, ҳайз келишидан 1—2 ҳафта олдин юзага чиқади ва циклдан циклгача шу тартибда такрорланади.

Симптомларнинг миқдори уларнинг давомлилиги ва интенсивлигига қараб айрим тадқиқотчилар ҳайз олди синдромини енгил ва оғир формаларга тафовут қилишади. Енгил формасида 3—4 та симптомгина қайд қилинади, булар ҳайз циклининг иккинчи ярмида мунтазам равишда такрорланиб туради, оғир формасида эса 5—12 та ва ундан ортиқ симптомлар қайд қилинади, бунда бир нечта симптомлар айниқса росмана юзага чиқади.

Айрим беморларда ҳайз олди синдроми фонида ҳайздан бир неча кун олдин парасимпатик, симпатик-адренал ёки аралаш характердаги кризлар ривожланади. Тўсатдан бош оғриғи ва бош айланиши пайдо бўлиб, кескин зўраяди, артериал босим пасайиб кетади ёки кўтарилади, бўғилиш, эт увишиши ва тахикардия хуружлари юз беради. Бундай хуружлар аксари полиурия билан тугайди.

Биз кузатаётган беморда ҳайз олди синдроми енгил формадан оғир формага ўтиш олдида турибди, бунда синчиклаб текшириш ва даволаш учун касалхонага ётқизиш зарур.

Ҳайз олди синдромининг даврийлиги, бузилишларнинг навбатдаги ҳайз келиши олдидан йўқолиб кетиши бундай беморларда ҳайз кўриш функциясининг унга хос томонларини бирма-бир ўрганиб чиқишга асос бўлди. Ваҳоланки, кўпгина беморларда икки фазали нормал цикл бўлар экан. Бироқ, кўп ҳолларда, эстроген гормонларнинг ё етарли ишлаб чиқарилмаслиги, ёки, аксинча, ортиқча ишлаб чиқарилиши, шунингдек, сариқ тана функцияси активлиги пасайиб кетиши кўринишида турли бузилишлар ҳам учраб туради. Бу кузатишлар синдромнинг патогенетик жиҳатдан асосланган гормонал даволаш принципларини ишлаб чиқишга асос бўлди.

Ҳайз олди синдроми рецидив бериши, аксари, зўрайиб бориши билан ажралиб туради. У компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган бўлиши мумкин.

Компенсацияланган босқичга йиллаб зўрайишга мойиллиги бўлмаган касаллик киради; синдром юзага чиқмаганда аёл ўзини мутлақо соғлом сезади. Субкомпенсацияланган босқичда синдромнинг юзага чиқиши

йилдан-йилга ҳайз циклининг биринчи ва иккинчи фазаларида кучайиб боради; у юзага чиқмаганида аёл ўзини мутлақо соғлом сезади. Декомпенсацияланган босқичда касалликнинг кўриниш муддатлари ҳайз циклининг фазаларидагина чўзилиб кетмасдан, балки ҳайз тўхтаганидан кейин ҳам касалликнинг бир ёки бир неча симптомлари қолади. Бу группадаги касалликлар учун ҳайз кўриш олди даврида симпатик ёки парасимпатик характердаги кризларнинг ривожланиши диққатга сазовордир. Синдром юзага чиқмаганида аёл ўзини бутунлай соғлом сезмайди, чунки ҳайз циклининг биринчи ярми мобайнида унда касаллик белгилари одатда сақланиб қолади.

Бизнинг беморда ҳайз олди синдромининг асосий белгилари билан танишиб чиқиш уни компенсацияланган фазага киритиш имконини беради.

Текшириш учун беморни қаерга юбориш керак бўлади?

Юқорида баён этнб ўтилганлардан маълум бўладики, ҳайз олди синдроми организм бошқарув системаларининг (нерв, эндокрин, томир ва алмашинув системаларининг) турли хил звеноларида юзага келган жуда мураккаб бузилишларнинг ифодасидир. Шунинг учун бундай беморларни лаборатория текширувининг замонавий методларига мувофиқ жиҳозланган гинекологик ёки эндокринологик бўлимга юбориш зарур. Фақат синчиклаб бирма-бир текшириш (клиник ва лабораторияда) асосидагина бузилишлар характерини аниқлаш ва тегишли даво буюриш мумкин.

Ушбу патологик ҳолатдаги беморларни даволашнинг умумий принциплари қанақа?

Ҳайз олди синдромига чалинган беморларни даволашнинг бирмунча рационал схемаси психотерапия, транквилизаторлар, витаминлар, диуретик препаратлар ва жинсий гормонларни ўз ичига олади.

Психотерапия, деганда аввало бемор билан суҳбатлар ўтказиш тушунилади, суҳбатдан кейин унда юз берган бузилишлардан даволаниб кетишга ишонч пайдо бўлади. Бемор аёл унда руҳий касаллик ёки юрак-томирлар системаси касаллиги борлигидан қўрқмаслиги керак. Зарурият бўлганда касалнинг яқин қариндош-уруғлари билан ҳам суҳбат ўтказишга тўғри келади. Эмоционал зўриқишларни бартараф этиш учун психотерапия билан бирга триоксазин, элениум, френолон ва бошқа типдаги кўпроқ нейроплегик таъсири бўлган препаратлар қўлланилади, буларни ҳайз циклининг

10—12-кунидан бошлаб ҳар куни ҳайз келишини биринчи кунигача тайинланади.

Сийдик ҳайдовчи препаратлар организмдан натрий хлорид билан суюқликларни чиқариб юбориш учунгина эмас, балки калийурезни кучайтириш учун ҳам қўлланилади. Организмда гипотиазид таъсирида юзага келадиган калийнинг камайиб кетиши, баъзан, унинг қон таркибида нормал миқдорда бўлиб, ҳужайраларда, хусусан, юрак мускулида камайиши оқибатида юзага келади. Шунинг учун беморларга калий препаратлари буюрилади. Ҳайз олди синдромининг рўйирост шиш билан кечган формасида диурезни кучайтириш учун прогестерон юборилади, чунки у калий сақлангани ҳолда натрийнинг ажралиб чиқишига имкон яратиб беради ва ҳатто сийдик ҳайдовчи воситалар етарли даражада наф бермаган ҳолларда ҳам диурезни кучайтиради. Прогестерон юборишни, одатда, ҳайз келишидан 8 кун олдин бошлаб, 6 кун мобайнида давом эттирилади.

Витаминлар А ва Е ни уларнинг гипоталамус-гипофизар системага таъсир қилишини, шунингдек, витамин А нинг антиаллергик ва антиэстроген таъсир хусусиятини эътиборга олиб тайинланади.

Жинсий гормонлар препаратлари тухумдонлар функцияси кўрсаткичларига қараб қўлланилади. Ҳайз олди синдромида аллергик компонент бўлганда беморга супрастин ёки димедрол ҳайз циклининг 10—12-кунидан бошлаб ҳайзнинг 1-кунигача тайинланади. Ички жинсий органларнинг яллиғланиш касалликлари қўшилиб келганида тегишли даво тадбирлари кўрилади.

Ҳайз олди синдромига чалинган беморларни даволашнинг биринчи курсини, аксарият, 3 ҳайз цикли мобайнида давом эттирилади. Зарурият бўлганда уни орадан бир неча ой ўтказиб такрорланади.

Ҳайз олди синдромининг профилактикаси меҳнат билан дам олишни навбатлаштириб бориш, қиз бола организмини болалигидан бошлаб чиниқтириш, инфекцияларга ва интоксикацияларга қарши курашиш, туғруқлардаги асоратларни камайтириш, стресс ҳодисаларига организмнинг адаптацион имкониятини оширувчи бошқа тадбирларга асосланади.

КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ

Бемор В., 48 яшар, бош оғриғи, қон димланиши, гажангликдан ва артериал босими ошганлигидан шикоятлар қилиб, 1981 йил 20 январда аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Анамнези. Беморнинг онаси меъда ракидан вафот қилган. Бо-

лалигида қизамиқ ва тепки билан огриб ўтган. Катта бўлганида аппендицит билан операция қилинган. 12 ёшидан ҳайз кўра бошлаган, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 30 кунда 4—5 кундан келади, биринчи куни оғриқ бўлади. Охирги марта ўз муддатида—10 январдан 15 январгача келган. 22 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Сўнгги 7 йилдан буён бўйида бўлишдан сақланмайди. Эри 54 ёшда, бундан икки йил олдин миокард инфарктини бошидан кечирган.

4 марта бўйида бўлган (шундан 2 таси ой-кунига етиб туғилган, 2 таси сунъий аборт билан тугаган). Туғруқдан кейинги даврда ҳам, абортдан сўнгги даврда ҳам асоратлар қолмаган. Оқчил келиб безовта қилмайди. Гинекологик касалликларга чалинмаган. Қўшни органлар функциясида ўзгаришлар йўқ.

Ушбу касаллик тарихи. Сўнгги йилда, артериал босим симоб устуни ҳисобида 180/100 мм га ошгандан буён ўзини касал ҳисоблайди. Юрак уриши, тўш орқасининг огриб туриши, бош оғриғи безовта қилиб туради; тана вазни 6 кг га ошган. Ҳар куни 5—10 мартагача бутун тана қизиб туради. Терапевт-врачга мурожаат қилган, у бром препаратлари буюрган. Даво нафи айтарли яхши бўлмаган. Шундай ҳодисалар кучайиб боравергач, касал аёллар консультациясига мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текшириндан олинган маълумотлар. Беморнинг қадди-басти расо, тўлароқ. Қорнининг олдинги девори, сон ва думбалари рўйирост ёғ босганлиги кўзга ташланиб туради. Гавда вазни 88 кг, бўйи 167 см. Периферик шишлар йўқ, регионар лимфатик тугунлари катталашмаган. Томири минутига 78 марта уриб турибди, ритмик, тўлиқлиги қониқарли, таранг. Артериал босим симоб устуни ҳисобида 170/100 мм. Қўлларидаги артериал босим асимметрияси симоб устуни ҳисобида 30 мм га етади. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни нафас актида актив қатнашиб турибди, юза ва чуқур, пальпация қилиб кўрилганда огримайди. Жигари ва талоғи катталашмаган. Пастернацкий симптоми манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганида эрозия топилмади. Ташқи бўғизида шилимшиқ ажралма борлиги қайд қилинади, қорачиқ симптоми +++. Бачадони сал катталашган, тўғри вазиятда жойлашган, юзаси текис, консистенцияси одатдагича, ҳаракатчан, оғриқсиз. Унг томондаги тухумдони бир оз катталашган, чап томондагиси пайпаслаганда қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз. Параметрийда инфильтратлар йўқ.

Қанақа синдром ҳақида гап бораяпти? Унинг патогенези қандай? Бу синдромнинг асосий даволаш принциплари қандай бўлади.

Касалликнинг анамнези ва клиник белгилари билан танишиб чиқиш мазкур беморда климактерик синдром бор, деб диагноз қўйишга имкон беради. Ушбу синдром патогенезини таърифлашдан олдин климакс ва климактерик синдром, деган икки асосий тушунчани бир-биридан ажратиб олиш зарур.

Климакс — бу тухумдонлар гормонал фаолиятининг пасайиб бориши ва бутун организмнинг ёшга алоқадор

инволюцияси (орқага қайтиши) туфайли юзага келган аёл ҳаётидаги физиологик ўтиш давридир. Климактерик давр бошида тухумдон фолликуллари етилишда давом этади, аммо овуляция ва сариқ тана ҳосил бўлиши тўхтайди. Кейинчалик фолликулларнинг етилиш процесси издан чиқади, эстрогенлар секрецияси секин-аста сусаяди. Шу муносабат билан эстрогенларнинг рилизинг-факторлар ишлаб чиқарувчи гипоталамик марказларга ва гонадотроп гормонлар ҳосил қилувчи гипофизнинг олдинги бўлагига таъсир этиши камаяди. Натижада, гонадотроп гормонларнинг ишланиб чиқиши анча ортиб кетади.

Айрим аёлларда гипофиз гонадотроп функциясининг активланиши тухумдонлар функциясининг кучайишига олиб келади. Бундай ҳолларда эстрогенлар ишланиб чиқиши ортади, эндометрий гиперплазияси ва бачадондан қон кетиши, «тухумдонларнинг климактерик дисфункцияси» деб аталувчи жараён ривожланади. Бошқа аёлларда ёшга алоқадор ўзгаришлар анчагина яққол бўлганлиги оқибатида тухумдонлар гипофиз олдинги бўлагининг ошган активлигига бефарқ бўлиб қолади. Уларда опсоменорея (ҳайзнинг онда-сонда келиши) ёки аменорея (ҳайзнинг бутунлай келмай қўйиши) юз беради.

Климактерик давр 1—3 йилга чўзилади. Климакснинг уч фазаси тафовут қилинади: пременопауза, менопауза ва постменопауза. Пременопауза — бу менопауза бошланишидан олдинги ҳаёт давридир. У одатда аёлда 45—47 ёшда бошланади ва 1 ёшдан 3 ёшгача давом этади. Бу даврнинг энг доимий симптоми — ҳайз циклининг давомийлиги ва ритмининг ўзгаришидир. Менопауза аёл ҳаётида охирги ҳайз келиши тўхташи билан бошланади. Менопауза бошланиш даврини одатда ҳайз келиши барқарор тўхтаган пайтдан бошлаб камида 9—12 ой деб ҳисобланади. Постменопауза — тухумдонларнинг гормонал функцияси батамом тўхтагандан кейинги даврдир. Баъзи аёлларда климактерий ўз вақтида эмас —40 ёшгача юз беради ёки, аксинча, кечикиб —52—55 ёшдан кейин юз беради.

Климаксда циклик процессларнинг аста-секин тўхташи сабабли организмнинг кўпгина орган ва системалари функцияси издан чиқади. 50 % аёлларда организмнинг ёшга алоқадор қайта қурилиши ҳайз кўриш функциясининг ўзгаришлари билангина юзага чиқади, бунда умумий ҳолат нисбатан барқарорлигича қолади ва иш қобилияти айтарли пасайиб кетмайди. Бу ҳолат физи-

ологик климакс сифатида таърифланади. Овқатланиш, меҳнат ва дам олиш, рационал жисмоний ва ақлий иш режимига риоя қилинганда физиологик климаксда ёшга алоқадор ўзгаришлар осонликча компенсация қилинишини таъкидлаб ўтиш керак.

40—50 % аёлларда организмнинг ёшга алоқадор ўзгаришлари климакснинг кечишини анчагина оғирлаштириб қўядиган ўзига хос патологик комплекс сифатида юзага чиқади. Климактерийнинг бундай кечиши одатда нобоп преморбид фонда (умумий оғир касалликлар, стресс ҳодисалар ва ҳоказо) ривожланувчи климактерик синдром сифатида таърифланади. Синдромнинг худди мана шундай ривожини биз мазкур ҳолда кузатамиз. Анамнездан маълумки, климактерик симптомлар комплексидан олдин гипертония касаллиги бўлган, бемор аёл ундан ўз вақтида даволанмаган. Афтидан, натижада, аёлда биз климактерик синдром, деб таърифлаган патологик симптомлар комплекси юзага келган.

Унинг клиник манзараси симптомларнинг турли-туманлиги билан фарқ қилади. Синдромнинг типик формаси учун бош, юз, бўйиннинг «қизиб кетиши», патологик терлаш, ортиқча таъсирчанлик ёки депрессиянинг кучайиши, уйқу бузилиши хосдир. Кўпчилик аёлларда бу симптомлар ҳайз кўриш функцияси ўзгара бошлагандан одатда бир неча ой ўтгач юзага чиқади, аммо улар, масалан, бизнинг беморда кузатилганидек, юзага чиқмаслиги ҳам мумкин.

Гипертония касаллиги, қандли диабет, гепатит, қалқонсимон безнинг дисфункцияси, дори касаллиги ва бошқа бузилишлар фонида климактерик синдром бўлганда бу синдромнинг қўшилиб келган формаси кузатилади. Бундай аёлларда климактерик синдром ва у қандай касаллик фонида келиб чиққан бўлса, касалликнинг ўзи ҳам одатдаги типик формасига қараганда анчагина оғир ўтади. Масалан, гипертония касаллигида кўпроқ гипертоник кризлар қайд қилинади, бош оғриги росмана зўраяди, қулоқ шанғиллайди, бош айланади ва ҳоказо.

Юрак соҳасида чап куракка ёки чап қўлга ўтадиган оғриқдан кўпроқ шикоят қиладиган беморлар группаси алоҳида қизиқиш уйғотади. Бу оғриқлар, кўпинча, сутканинг вақтига боғлиқ бўлади ва нитроглицерин қабул қилганда ҳам, кўрпа-тўшак қилиб ётганда ҳам камаймайди. Бундай аёлларни клиник жиҳатдан текшириб кўрилганда ЭКГ динамикаси билан касалликнинг клиникаси ўртасида параллелизм қайд қилинмайди. Бу

ўзига хос симптомлар комплекси «климактерик кардиопатия» деб аталадиган бўлди. Бу хилдаги беморларни жинсий гормонлар билан даволаш яхши натижа беради.

Климактерик синдром диагностикаси одатда мураккаб эмас. 46—48 ёшдаги аёлларда қоннинг оқиб келиши (қизиб кетиш) ва ҳайз циклининг издан чиқиши, аксарият, тўғри диагноз қўйишга имкон беради. Синдромлар қўшилиб келган формаларида касалликни аниқлаш анча қийинлашади. Шунинг учун фақат врач тайинлаши керак бўлган давони бошлагунча бундай беморни мутахассис врачга (акушер-гинеколог, эндокринолог, тераневтга) юбориш керак.

Анамнезни ўрганиб чиқишда климактериянинг оғир ўтишига қандай касалликлар: грипп, бронхиал астма, қандли диабет, гипертоник касаллик, тиреотоксикоз, нерв системаси касалликлари, стресс воқеалар ва бошқалар сабабчи бўлган бўлиши мумкинлигини аниқлаш муҳим. Ҳайз кўриш ва бола туғиш функцияларининг ўзига хос томонлари диагностик аҳамиятга эга бўлади. Климактерик симптомларнинг пайдо бўлган вақти, уларнинг хусусиятлари, шунингдек, климактерик синдром юзага келган пайтдаги соматик касалликларнинг кечиш характери ҳисобга олинади. Ўтказилган терапиянинг характери, қанча вақт давом этганлиги ва берган эффекти ҳақидаги маълумотларни ойдинлаштириб олиш ҳам муҳим.

Ўзи мустақил ишлаб турган акушерка ёки фельдшер дастлаб ўзи текшираётган пайтда (бирламчи врач кўригидан ўтказиш имкони бўлмаганда) беморнинг умумий кўринишига, юз ифодасига, терисининг ранги билан эластиклигига, дермографизм, мўйларининг ортиқ даражада ўсиб кетганлигига, тери ости ёғ клетчаткасининг тақсимланиш характерига аҳамият бериши лозим бўлади. Климакс даврида кўпинча мастопатияни, сут безда ўсмалар келиб чиқишини назарда тутиш, кейингисини эса сипчиклаб кўздан кечириб пайпаслаб кўриш керак.

Гинекологик текшириш пайтида умум қабул қилинган кўздан кечиришлардан ташқари, қин шиллиқ пардаларининг ёшга хос қанчалик ўзгаришга учраганлигини, деворининг ҳолатини (солинқираганлигини, ағдарилиб чиққанлигини), ранг-тусини, бурмаларининг даражасини, қорачиқ феноменининг қанчалик ифодаланганлигини аниқлаш керак бўлади, булар бемор организмининг эстрогенга қанчалик тўйинганлиги ҳақида ҳукм чиқариш имконини беради.

Патологик климакснинг кўпроқ учрайдиган симптоми ёғ босишдир. II—III даражали ёғ босган беморларнинг тери ости ёг қавати бир текисда тақсимланган бўлса, қандли диабет ва жигар касалликларидан мустасно қилиб олиш керак. Регионар семиришда беморлар оғирлиги тез ортиб, анча миқдорга етган бўлса, стрий ҳосил бўлган бўлса, марказий нерв системаси, гипофиз, қалқонсимон без, буйрак усти безларининг пўстлоғи касалликларидан мустасно қилиб олиш керак.

Климактерик давр аксари вирил белгилар: юз ва баданда акне бўлиши, мўйларнинг эркакларникига хос ўсиб кетиши, жинсий ҳиссининг кучайиб кетиши, овоз тембрининг ўзгариши, сут безларининг кичрайиб қолиши билан кечади. Бу хилдаги ўзгаришлар тухумдонларнинг ёшга боғлиқ функциялари сўниши сабабли буйрак усти пўстлоғи функциясининг компенсатор равишда ортиб кетиши туфайли бўлиши мумкин, аммо уларнинг гипоталамус, буйрак пўстлоғидаги патологияларга боғлиқ томони бўлса ҳам ажаб эмас. Шунинг учун бундай беморлар барча зарур гормонал методлардан фойдаланган ҳолда врачнинг чуқур текширувига муҳтождир.

Кўпгина аёлларда климактерик даврда қалқонсимон безнинг функцияси издан чиқади. Унинг ҳажми катталашади, бемор таъсирчан, йиғлоқи бўлиб қолади, қўл бармоқлари қалтирайди, қовоқлари учиб туради, Мебиус ва Грефа симптомлари мусбат бўлади, тахикардия бўлади, кўп терлайди. Буларнинг барчаси тиреотоксикоз учун хос белгилардир. Бунга қарама-қарши ўлароқ гипотиреозда бўшашишлик, патологик уйқучанлик, тез чарчашлик, хотира сусайиши, иш қобилиятининг пасайиб кетиши қайд қилинади.

Эстрогенлар кўплаб ишланиб чиқаётганлик белгилари намоён бўлганда (қорачиқ симптоми, монофаз базал температура) ва бачадондан қон кетишларда бачадонни диагноз мақсадида қириш, кейин эндометрийни гистологик текшириш керак бўлади. Неврологик симптомлар намоён бўлганда невропатологга текширтириш лозим. Шуни қайд қилиш керакки, климакс билан бирга кечадиган юқорида кўрсатилган барча касалликларга ўз вақтида диагноз қўйилса, климактерик синдромнинг ўзини патогенетик даволаш мумкин бўлади.

Патологик кечаётган климактерик синдромли беморни ҳар томонлама текшириш ўтказиб бўлгандан кейин тегишли даво буюрилади, буни фақат врач бажаради. Аммо врач назорати остида ишлаб турган ўрта медицина ходимлари бу синдромни даволашнинг асосий за-

монавий принципларини билишлари керак. Уларни баён этишда тўхтаймиз.

Патологик климакс бўлган беморларни даволаш комплекс бўлиши ва иложи борича қариликка физиологик ўтиш даврини таъминлаши керак. Давони психотерапиядан бошлаш лозим. Беморга қарилик томон ўтиш даврида унинг организмида бўладиган ўзгаришлар моҳиятини тушунтириш жуда муҳим. Бундан ташқари, унинг диққатини организм бу пайтда ёшга хос ўзгаришларга мослашаётганлигига, шунинг учун бу даврдаги патологик симптомлар аста-секин йўқолиб боришига тортмоқ зарур. Яна шуни ҳам таъкидлаб ўтиш керакки, ҳайз тўхташига қарамай тухумдонлар ҳали нисбатан анчагача ўз функциясини давом эттириб боради ва режим ҳамда тегишли гигиеник тадбирлар бўлганда узоқ йилларгача одам ўз соғлиғини ва иш қобилиятини сақлаб қолади.

Беморлар билан суҳбат олиб бораётганда меҳнат қилиш ва дам олишни тўғри ташкил қилишга улар диққатини тортиш ва бунда айниқса издан чиққан уйқуни ўз вақтида нормаллаштириб олиш мумкинлигини таъкидлаб ўтиш керак. Бунинг учун беморларга ҳар доим бир вақтда, кечи билан 10—11 ларда ётишни, ақлий ишни эса ухлашдан 1—2 соат олдин тўхтатишни тавсия қилиш лозим. Кечаси китоб ўқиш, кинофильмлар кўриш маслаҳат берилмайди, чунки улар салбий ҳаяжонлар қўзғаши мумкин.

Овқатланишни тўғри ташкил қилиш ҳам жуда муҳим. Овқат рационида сабзавот ва мевалар кўп, ёғ ва углеводлар чекланган бўлиш керак. Семириб кетишга мойил бўлганда овқат рациони 1200—1500 калорияли бўлиши лозим. Овқатни 2—3 соат оралатиб ейиш, охирги марта эса кечи билан соат 18—19 ларда овқатланиш зарур. Ун маҳсулотли, картошкали таомлар, пирожний, шоколад, пироглар, конфет ва қанд анча чекланиши маслаҳат берилади.

Ақлий меҳнат билан шуғулланадиган аёлларга, айниқса, соғлиғига, ёшига ва қанчалик жисмонан чиниққанлигига мос келадиган кундалик эрталабки (15—20 минутлик) гимнастика жуда фойдали. Бундан ташқари, ҳафтасига 2—3 марта махсус группаларда ўтказиладиган даволаш гимнастикаси машғулотига қатнаш, баъзи бир спорт ўйинлари билан шуғулланиш, мунтазам равишда пиёда сайрлар уюштиришни тавсия этиш зарур. Климактерик синдром 46—48 ёшгача келиб чиққан беморларга енгил-елпи седатив терапия (бром-валериана-

ли микстура, валерианали чой), бальнеологик методлар (нина баргли ўсимликлар солинган ванналар, аэро- ва гидроионотерапия, нам латта билан артиниш, ётишдан олдин оёқларни иссиқ ваннага солиш, баданни уқалаш ва бошқалар) мақсадга мувофиқдир. Уларни даволаш комплексида санаторий шароитларида дам олиши ғоятда яхшидир.

Мураккаб бўлмаган бу тадбирлардан ўз вақтида ва тўғри фойдаланиш патологик климакс оғир кечмаган ҳолларда икки бемордан биттасида 2—4 ойдан кейиноқ клиник симптомларнинг йўқолиб кетишига олиб келади.

Борди-ю, юқорида кўрсатиб ўтилган терапия етарли бўлмаса, у ҳолда айниқса, климакснинг оғир формаларида даволашнинг физио-терапевтик усулларидан фойдаланиш тавсия қилинади. Қасалликнинг клиник манзарасида вегетатив-томир бузилишлар (қон қуйилиб келиши ва терлаш) устун бўлса, бўйин-юз соҳасига гальванизация қўйиш ёки эндонозал гальванизация яхши наф беради. Борди-ю, климактерик синдром беморларнинг гормонал препаратларни ва бошқа дори моддаларни кўтара олмаслиги билан бирга кечгундек бўлса, электроанальгезия методини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Электроанальгезиядан бўладиган ижобий натижа одатда 3—5 муолажадан кейиноқ юзага чиқади: уйқусизлик йўқолади, қон қуйилиб келишлар сони ва давомлилиги аста-секин камаяди, иш қобилияти ортади, аллергик реакциялар камаяди ёки бутунлай йўқолиб кетади. Бемор аёл босиқ ва актив бўлиб боради.

Патологик климаксга чалинган беморларни даволашда дори терапия салмоқли ўрин эгаллайди. Нейроплегик препаратлар (френолон, трифтазин, метеразин) анча яхши наф беради. Климактерик синдромли беморларни бу препаратлар билан даволаш патогенетик жиҳатдан асосланган: уларнинг марказий нерв системасининг пўстлоқ ости тузилмаларига кўпроқ таъсир қилиши диққатни ўзига тортади.

Патологик климаксга учраган беморларга резерпин яхши таъсир кўрсатади. Резерпин синдром гипертензия ва диэнцефал кризлар билан бирга кечаётган касалларга тавсия қилинади. Климактерик синдром аксари баҳор ойларида зўрайиб кетиши сабабли поливитаминлар самарали ҳисобланади. Ўрта ёшли ва ёши қайтган аёлларга модда алмашинуви процессларига ва беморларнинг умумий аҳволига ижобий таъсир кўрсатувчи ундевит ёки декамевит буюрилади. Ақлий ва жисмоний

зўриқишларда, уйқу ва иштаҳа бузилганда витаминлар бериш тавсия этилади.

Климактерик синдромли беморларни гормонларсиз даволаш методларига якун ясар эканмиз, шуни қайд қилиш керакки, улардан ҳар қайсиси ёки бир нечтаси қўшиб олиб борилганда синдромнинг енгил формаларидагина наф бериши мумкин. Оғирлиги ўртача кечаётган синдромда, шунингдек, у оғир кечганида гормонларсиз даволаш методлари асосий касалликни комплекс даволашга қўшиб олиб борилади, чунки улар алоҳида қўлланилганда (патогенетик асосланган терапия буюрмай туриб) тўла даволаш эффектини бера олмайди.

Патологик климакс бўлган беморларни гормонлар билан, монелик қиладиган ҳоллар ва эҳтимол тутилган асоратларни қатъий ҳисобга олган ҳолда врач тайинлаган кўрсатма бўйича даволанади. Гормонал препаратларни танлашда беморнинг ёшини, климакс фазасини, шунингдек, тухумдонлар функциясининг бузилиш характерини ҳисобга олган ҳолда дифференциялаб ёндошилади.

Кўплаб эстроген гормон ишланиб чиқиши туфайли ҳайз кўриш функциясининг бузилишларида гормонал препаратлар албатта бачадондан диагноз мақсадида қирма олишдан олдин тайинланиши керак. Эндометрийни гистологик текшириш эндометрий ракининг, атипик гиперплазия ва аденоматоз полиплар (эндометрийнинг рак олди касалликлари) бор-йўқлигини ойдинлаштириб олишга имкон беради.

Гиперплазия ва полипоз эндометрий билан бирга кечаётган гиперэстрогенияда 43—45 ёшларга чиққан беморлар бўлса, ҳайз кўриш функциясини тиклашга қаратилган корригирловчи гормонал терапия ўтказиш керак бўлади. Уларнинг бир нечта вариантлари бор.

1. Гестагенлар (прегенин ёки прогестерон) билан даволаш. Прегенинни 3—6 таблеткадан (тил остига) 6—8 кун бачадон қирилганидан кейин 18—20 кун ўтказиб буюрилади. Прогестеронни мускул орасига ҳар куни (1 % ли эритмасидан 1 мл дан) прогнин неча кунга буюриладиган бўлса, шунча кун юборилади. Агар даволаш тўхтатилгандан 3—5 кун кейин, одатдаги ҳайзга ўхшаш реакция юзага келса, у ҳолда прогестин билан даволашни олдинги схема бўйича бир неча ой мобайнида давом эттириш мумкин. Натижада, аксарият, ҳайз кўриш 6—12 ой ичида тикланади, климактерик ҳодисалар эса йўқолиб кетади.

2. Комбинация қилинган препаратлар (эстроген-

гестаген препаратлар) билан даволашни бачадон қирилгандан 5 кун ўтказиб ёки навбатдаги ҳайз ўтганидан кейин бошланади. Препаратни 1 таблеткадан ҳар куни 21 кун мобайнида 3—4 цикл давомида қабул қилинади. Эстроген-гестаген препаратлар ўзининг даволаш таъсирига кўра прогнин ёки прогестерондан анча активлик қилади. Уларни тромбофлебит, тромбоэмболия, гипертония, глаукома, меъда яраси касаллиги,буйрак, жигар ва ўт пуфаги касалликларида қўллаб бўлмайди. Мазкур препаратларни қабул қилганда кўнгил айниш, қусиш, бош оғриғи ва тери қичишиши каби нохуш ҳодисалар бўлиши мумкин, аммо булар барқарор бўлмай, бир неча кундан кейин ўтиб кетади.

3. Андроген препаратлар билан даволаш, шунингдек, эстрогенлар кўплаб ишланиб чиқаётганида, айниқса, эстроген-гестагенлар қўллашга монелик бўлганида 50 ёшдан ошган беморларга ҳам тавсия қилинади. Бачадонни диагностик қирилгандан кейин 4—5-кунларидан бошлаб ҳар 4—6 кунда тестостерон пропионат (2,5% ли эритмасидан 1 мл мускул орасига) буюриш бирмунча мақсадга мувофиқ бўлади. Кейинчалик инъекциялар оралиғи 10—15 кунга узайтирилади. Даволаш курси 2—4 ой.

Андрогенлар билан даволаш олиб борилганида, одатда, 8—18 ой ўтгандан кейин менопауза бошланади. Гипертония касаллигида, семизликда, суюқлик тўпланишига мойиллик бўлганида, вирил синдромида бу препаратлар монелик қилади. Андрогенлар билан даволаш даврида тўқималарнинг бир қадар пастози, овознинг дағаллашиши ва жинсий ҳиссиётнинг кучайиши рўй беради, аммо у ҳодисалар даволашни тўхтатгандан кейин йўқолиб кетади.

Борди-ю, менопауза 48—50 ёшдан катталарда бошланса, у ҳолда бу ёшдаги климактерик синдромни даволаш ёшроқ аёлларни даволашдан фарқ қилади. Гап шундаки, 50—52 ёшдан ўтган аёлларнинг ҳайз кўриш функциясини тиклашга ҳаракат қилиш маслаҳат берилмайди. Шу сабабли давони шундай тарзда олиб бориш керакки, шу ёшга хос организмдаги гормонлар муносабати сезиларли ўзгариб қолмасин.

X БОБ

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИ

ҚИН АТРЕЗИЯСИ, ГЕМАТОКОЛЬПОС

Бемор О., 14 яшар, қорни пастида қаттиқ оғриқ туриши сабабли 1979 йил 25 ноябрда фельдшерлик-акушерлик пунктига олиб келинган.

Анамнези ва касаллик тарихи. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида дифтериянинг юракка берган асорат билан оғир формасини бошдан кечирган, шундан кейин беморнинг юрак соҳаси вақти-вақти билан оғриб турган, жисмонан ишлаганида ҳансираб қолган. Терапевт текшириб кўрганида миокардит деб диагноз қўйилган. Мактабда қизни физкультурадан озод этишган. Ҳайз келмаган, ваҳоланки, кейинги 3 ой мобайнида қорни билан белида тез-тез қайталаниб турувчи оғриқ пайдо бўлган. 24 ноябрь куни соппа-соғ юриб турганида қорни пастида ва белида қаттиқ оғриқ турган, 2 марта қусган. Қизнинг онаси уни заҳарланиб қолган, деб ўйлаб ичагини тозалаш учун клизма (ҳўқна) қилган, аммо қорнидаги оғриқ йўқолмаган. Температураси кўтарилган (37,7°).

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Қизнинг умумий аҳволи ўртача, қорни пастидаги қаттиқ оғриқдан шикоят қилади, оғриқ вақти-вақти билан тўлғоқсимон характер касб қилади, ўзини нотинч тутади. Қадди-басти расо, териси билан кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари пушти рангда. Иккиламчи жинсий белгилари ўз ифодасига кўра ёшига тўғри келади. Температураси 37,4°, томири минутига 100 марта уради, ритмик, тўлиқлиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Ўпкаларида ҳеч қандай патологик ўзгаришлар топилмади. Юраги бироз чапга кенгайган, юрак тонлари, айниқса, систолик шовқин паст эшитиладиган юракнинг юқорисида биринчи тон бўғиқ.

Тили нам, пича оқимтир қараш боғлаган. Қорни шакли одатдагидек пастки бўлимини истино қилганда нафас актида қатнашади. Пальпация қилиб кўрилганида қорин олдинги девори, айниқса, 40 дан юқориси бир оз таранглашган, қаттиқ оғрийди. Шчеткин симптоми қориннинг пастки бўлимларида сал мусбат. Жигари билан талоғини пальпация қилиб бўлмайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Аппендикуляр симптомлар манфий.

Фельдшер ташқи жинсий органларни кўздан кечирганда патологик ўзгаришлар топилмаган. Иффат (қизлик) пардаси ярим ой шаклида. Тўғри ичак орқали текшириш ўтказилганида унинг сфинктери суқилган бармоқни қаттиқ қисиши, ампуласида бир оз нажас массаси борлиги маълум бўлди. Тўғри ичакнинг олди девори кичик чаноқда жойлашган, ҳажми 12×6 см келадиган ҳосил бўлган тузилма ҳисобига ичак бўшлигига ботиб чиқиб турибди. Тузилманинг консистенцияси зич-эластик, пайпаслаб кўрилганида

қаттиқ безиллайди. Унинг юқори қутби, тахминан, қовдан 4 см юқорида турибди. Бачадон юқорида ва кўрсатилган тузилмадан пича ўнгда жойлашган, размерлари бир қадар катталашган, пайпаслаб кўрилганида ва у ёқ-бу ёққа силжитилганда оғриқ беради. Ортиқларини пальпация қилиб бўлмайди.

Қон анализи: лейкоцитлар —10500.

Фельдшер қанақа тахминий диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Ушбу патологияни қанақа касалликлар билан дифференциялаш зарур? Давоси қанақа?

Шундай қилиб, гап 14 ёшли қиз бола устида боряпти, унда илгарилари ҳеч қачон ҳайз қони келмаган эди. Касалликнинг клиник характери ўткир ва қорин пастидаги процесс билан белгиланади. Тўғри ичак орқали текшириш ўтказилганида бачадондан пастда жойлашган, бир қадар размерга эга қандайдир тузилма қўлга яққол уннайди.

Бу тузилманинг табиати қандай? Унинг пайдо бўлиши менархия даврига алоқадорми?

Анамнезини, клиник ва объектив маълумотларни, тўғри ичак орқали ўтказилган текширишларни қўшиб диққат билан анализ қилиб чиқиш илгариги гематокольпос ҳосил бўлган дифференциал кольпит оқибатида қин атрезияси юзага келганлиги ҳақида анча ишонч билан тахмин қилишга имкон беради.

Гематокольпос ҳосил бўлиши билан қин атрезиясининг юзага келиши, бунинг устига, биринчи кўздан кечиришни клиник жиҳатдан синчиклаб текшириш имкони бўлмаган поликлиника шароитида фельдшер бажарганда, аксарият, диагноз қўйишни анча қийинлаштириб қўяди.

Гематокольпос ҳосил бўлиши билан юзага келган қин атрезияси диагностикасига ва дифференциал диагностикасига тўхтаб ўтишдан аввал ҳеч бўлмаганда мазкур касалликнинг этиологияси, патогенези ва клиникасига қисқа таъриф бериб ўтиш керак.

«Атрезия» ва «аплазия» бир-бирига ўхшаш терминлар эмас. Қин (ва бачадон) аплазияси, деганда Мюллер йўлларининг тугма ривожланиш нуқсони тушунилади, бунинг оқибатида бачадон ва қин бутунлай ёки қисман бўлмайди. Атрезиялар — булар ривожланиш нуқсони эмас. Улар нормал ривожланган органда, аксарият, яллиғланиш процесслари оқибатида иккиламчи тарзда юзага келади ва аплазиядан ўзининг келиб чиқиши билангина эмас, балки клиник манзараси ва даволаш методи билан ҳам фарқ қилади.

Биз кузатаётган бемор анамнезида дифтериянинг оғир формасини бошдан кечирганлиги кўрсатиб ўтилган. Афтидан, бу инфекция қиннинг шиллиқ пардасини ҳам шикастлаган. Қин дифтерияси оғиз ёки ҳалқумдаги инфекциянинг бирламчи ўчоғидан гематоген (қон) йўли билан тарқалиши оқибатида иккиламчи тарзда ривожланиши мумкин. Қиз бола бацилла ташувчилар билан мулоқотда бўлиши оқибатида қин бирламчи тарзда дифтериядан зарарланиши ҳам мумкин.

Қин дифтериясида унинг шиллиқ пардасида, одатда, кулрангнамо-сариқ пўст кўринишида яллиғли ўзгаришлар келиб чиқади. Яллиғланиш процесси, аксарият, қиннинг чуқур тўқималарига тарқалади; бундай ҳолларда тупфер ёрдамида олиб бўлмайдиган фиброз-некротик карашлар ҳосил бўлади Худди мана шундай кенг некротик процесслар ривожланганда кейинчалик қин стенозланиши ва атрезияга учраши юз беришп мумкин. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, қиндаги рўй-рост юзага келган дифтеритик ўзгаришларга қарамай, бу касаллик аниқланмай қолиши ва ўз вақтида диагноз қўйилмаслиги ҳам мумкин. Фақат дастлабки ҳайз келганда, ҳайз қони табиий равишда оқиб чиқа олмаганда илгариги яллиғланиш процесси оқибатида қин атрезияга учраганлиги ҳақида биринчи марта тахмин юзага келади.

Ёш қизларда ҳайз қони оқиб чиқиши учун тўсқинлик юзага келишига қин атрезияси билан бирга кўп ҳолларда қиннинг олдинги бўлими атрезияси билан қўшилиб кетадиган иффат (қизлик) пардасининг атрезияси сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун патологиянинг бу икки формасини бирга текшириш тўғри бўлади.

Мазкур воқеада цервикал канал атрезияси ҳақида гап бўлиши мумкинми? Одатда, цервикал канал атрезияси болаларда келиб чиқмайди, балки кўпинча туғадиган ёшда, асорат билан ўтган абортдан кейинги яллиғланиш ўзгаришлари оқибатида пайдо бўлади. Бундан ташқари, цервикал канал атрезиясида, одатда, ушбу воқеада бўлганидек гематокольпос эмас, гематометр (бу бўлмаслиги ҳам мумкин) ривожланади. Шу муносабат билан биз кузатаётган беморда цервикал канал атрезияси борлиги ҳақида тахмин қилинишига етарли асос йўқ.

Юқорида айтилганидек, ҳайз кела бошлашига қадар иффат пардаси билан қин атрезияси, одатда, симптомсиз кечади. Ҳайз кўриш функцияси қарор топиши билан касалликнинг клиник манзараси етарли равишда характерли тус олади. Мазкур бемор анамнезидаги кейинги

3 ой давомида жинсий йўлларидан қон аралаш ажралмалар келмаган ҳолда қорнида қайталаниб турадиган оғриқ туришига бўлган кўрсатма катта аҳамиятга эга. Бу ҳодисалар қиз 14 ёшлигида, яъни аксарият ҳайз цикли бошланадиган ва маромига тушиши даврида қайд қилинган. 24 ноябрда оғриқ синдроми айниқса рўй-рост юзага чиққан ва қусиш, тахикардия, температуранинг кўтарилиши, қоринни пайпаслаб кўрилганида оғриқ бериши ва ҳатто яққол бўлмаган перитонеал симптомлар бўлиши билан келган.

Шуни назарда тутиш керакки, гимен ва қин атрезиясида маҳаллий ҳоллар ҳайз қони оқиб чиқадиган йўлдаги тўсиқ даражасига боғлиқ.

Гимен ва қиннинг қуйи қисми атразиясида ҳайз ажралмалари нисбатан узоқ вақт фақат етарли даражада чўзилувчан орган ҳисобланган қинда туриб қолиши мумкин. Размерлари тобора катталашиб борувчи гематокольпос нафақат бачадонни анчагина юқорига қисиб қўйиши, балки сийдик пуфаги билан тўғри ичакнинг жойланишини ҳам анча-мунча ўзгартириб қўйиши мумкин. Қин деворининг ўта чўзилиб кетиши қоринда оғриқ беради, баъзан у бизнинг беморда бўлганидек, анча кучли кечади. Гематокольпосдаги ажралма деярли ҳамма вақт стериллигича қолади. Фақат бу тузиляма пункция қилинганида ёки ёриб очилгандагина қинга микроблар тушиши ва йирингли процесс ривожланиши мумкин.

Қачонки, чўзилиб кетган қин тўлиб кетгач, қон унинг босими остида бачадонга оқиб киравошлайди (гематометра). Гематометра, одатда, қин атрезияси юқорида жойлашганда келиб чиқади. Бунда бачадон ҳажми анчагина катталашиши мумкин, у шарсимон кўринишга хос шакл олади, зич-эластик консистенцияли бўлиб қолади ва пайпаслаб кўрилганида безиллаб туради.

Агар, бачадон тўпланган қонни ўзига сиғдира олмаса, у ҳолда қон бир ёки икки томонлама гематосальпинкс ҳосил қилиб босим остида найчаларга ўта бошлайди. Бачадон найчасига тўпланган қон, аксарият, унинг абдоминал учидан қорин бўшлиғига тушмайди. Бунга бачадон найчасининг фибриал кесимида юзага келган ёпишқоқ яллиғланиш процесси ҳалақит қилади. Бундай ҳолларда бачадон найчаси қонга тўлиб, роторта кўринишига хос шаклга киради ва зич-эластик консистенцияли бўлиб қолади. Гематосальпинкс пальпацияга ҳамма вақт сезгир бўлади ва аксарият тез ҳосил бўлган перитубар битишма ҳисобига ҳаракати чекланиб

қолади. Баъзи бир беморларда бачадон найига маълум миқдорда қон тўпланиб қолиши, унинг ёрилишига, кейин эса перитонит ривожланишига олиб келиши мумкин. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, иффат пардаси ва қиннинг қуйи кесими атрезиясида одатда гематометра, айниқса, гематосальпинкс камдан-кам ҳосил бўлади.

Мазкур беморда қанақа патология формаси бор? фельдшер иффат пардасини кўздан кечириб, унда тешик борлигига ишонч ҳосил қилди. Шунинг учун гимен атрезияси ҳақидаги тахмин йўқолади. Энди ҳайз қони оқиб чиқишига ҳалақит қилаётган тўсиқ иффат пардаси жойлашган ердан юқорида, яъни қиннинг қуйи қисмида бўлади.

Беморни тўғри ичаги орқали текширилганда қин жойлашган ерда ҳажми 12×16 см келадиган, консистенцияси зич-эластик, пайпаслаб кўрилганида қаттиқ безиллаб турадиган тузилма аниқланди. Унинг юқори қутби нисбатан баландда (чотдан 4 см юқорида), бу қин деворининг анча чўзилиб кетганлигидан гувоҳлик беради. Ҳақиқатдан ҳам, 3 ой давомида қизнинг қорин пасти вақти-вақти билан оғриб турган эди. Афтидан, қон камида 3 ой давомида муттасил тўпланган эди. Бачадон бир оз катталашган, чўзилиб кетган қин устида турибди. Ортиқларини иккала томонидан пальпация қилиб бўлмайди. Мана шу маълумотларга асосланиб, мазкур беморда гематокольпос ва эҳтимол, қин атрезияси оқибатида гематометриянинг бошланғич босқичи вужудга келган, деб тахмин қилиш мумкин.

Беморга нима илож қилиш керак?

Гематокольпосга чалинган беморни зудлик билан касалхонанинг гинекологик бўлимига ёки ҳозирги пайтда кўпгина гинекологик стационарларда жорий қилинган махсус болалар гинекологияси палатасига ётқизиш керак. Фельдшер беморни, албатта, санитария автомашинасида кузатиб бориши керак бўлади.

Ушбу патологияда қанақа касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак? Гематокольпосни, биринчи навбатда, тухумдон кистаси оёқчалари буралиб қолишидан, аппендикуляр инфильтратдан, тўғри ичак-бачадон бўшлиғида экссудат тўпланиши билан кечаётган бачадон ортиқлари яллиғланишидан ва тухумдон апоплексиясидан дифференциялаб олиш керак бўлади.

Тухумдон кистаси оёқчалари буралиб келганида (болаликда айниқса дермоид кисталар кўпроқ буралиб қолади), қин билан иффат пардаси атрезиясида бўлганидек, қорин пастида мунтазам оғриқ бўлмайди. Одат-

да, оғриқ хуружи тўсатдан бошланади, оғриқ синдроми зўрайиб боради, кейин эса пасаяди. Тухумдон кистаси юмалоқ шаклда бўлади ва бачадоннинг орқа ҳамда ёнида жойлашади. Дермоид кисталар, пайпаслаганда, одатда, бачадоннинг олдида қўлга уннайди. Аммо тухумдонлар кистаси ҳеч қачон гематокольпос юзага келган ҳолларда тўпланган қон каби бачадон пастида жойлашиб турмайди. Тухумдон кистаси ўз ҳолича сурила олади, оёқчаси буралиб қолган кистани у ёқ-бу ёққа силжитиш қаттиқ оғриққа сабаб бўлади.

Аппендикуляр инфильтрат юзага келганида бемор анамнезида ҳамиша ўткир аппендицит хуружи тўғрисида ёки хроник яллиғланган аппендикснинг тез-тез қайталаниб туриши ҳақида кўрсатма бўлади. Аппендицитда оғриқ хуружи, аксарият, эпигастрал соҳадаги ёки киндик соҳасидаги оғриқдан бошланади. Аппендикуляр симптомлар мусбат бўлади. Аппендикуляр инфильтрат гематокольпосда бўлганидек, кичик чаноқ марказидан пастда эмас, балки ўнг биқин соҳасининг нисбатан юқорисида жойлашган бўлади. Бу инфильтрат фақат чаноқда жойлашган бўлгандагина кичик чаноқ соҳасида нисбатан пастда ёта олади. Унинг консистенцияси гематокольпосдагидек, зич-эластик бўлмай, балки хамирсимон бўлади.

Қиз болаларда тўғри ичак-бачадон бўшлиғида фасод ҳосил бўлиши билан кечадиган бачадон ортиқларининг ўткир яллигланиши, аксарият, яллиғланиш процессининг аппендиксдан ўнг бачадон найчаси билан тухумдонга ўтишининг оқибати ҳисобланади. Бундай беморларнинг анамнезида, одатда, ўткир аппендицит хуружи ёки чувалчангсимон ўсимтанинг хроник яллиғланиши ҳақида кўрсатма бўлади.

Сальпингоофорит, қоида ўлароқ, ўнг томонда бўлади. Тўғри ичак орқали текшириш ўтказилганида ўнг бачадон ортиқларининг катталашганлиги ва тўғри ичак-бачадон бўшлиғида қиннинг орқа гумбазини бўрттириб қўювчи фасод борлиги қайд қилинади.

Тухумдон апоплексияси маромига тушиб кетган овулятор ҳайз цикли пайтида келиб чиқади ва аксарият ҳайз циклининг ўрталарида ёки иккинчи ярмида росмана оғриқ синдроми билан бирга кечади. Оғриқ орқа тешик соҳасига, ташқи жинсий органлар ва куракка ўтади (френикус-симптом). Қорин бўшлиғига анча қон қуйиладиган бўлса, коллапс ривожланишига ва анемия кучайиб боришига олиб келади.

Давоси қанақа?

Стационарда клиник текшириш ва дифференциал диагностика ўтказилганидан кейин операция қилиб даволашга ўтилади. Қин атрезияси тўғри ичак билан қовуқ оралиғида жойлашган тўқималарни қиннинг қолган қисмигача қатламларга ажратиб бартараф этилади ва йиғилиб қолган қон чиқариб ташланади. Патологик жиҳатдан ўзгаришга учраган қин деворининг пастки учдан бир қисми ёпишиб қолишининг олдини олиш учун унга стерил вазелин мойи суртилган дока тампон киритилади.

XI БОБ

КОНТРАЦЕПЦИЯДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАР

ОРАЛ (ИЧИЛАДИГАН) КОНТРАЦЕПТИВЛАР ҚАБУЛ ҚИЛИНГАНДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН МЕТРОРРАГИЯ

Бемор Т., 26 яшар, жинсий йўлларидан қон аралаш ажралма келишидан шикоят қилиб, 1980 йил 29 ноябрь куни колхоз туғруқхонаси акушеркасига мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалар инфекциясидан қизамиқни бошидан кечирган, катта бўлганида грипп, ангина ва зотилжам билан оғриган. 14 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 28—30 кунда 5—6 кун келади, оғриқсиз, дастлабки 2 кун кўп келади. Жинсий ҳаёт бошланганидан кейин, аборт-лар ва туғруқлардан сўнг ҳайз цикли сезиларли ўзгармаган. Охирги ҳайзи бундан 2 ҳафта илгари келган. 20 ёшдан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи, эри 27 ёшда, соғлом.

3 марта бўйида бўлган: биринчиси ой-куни тўлиб туғилган, кейинги иккитаси сунъий аборт билан узилган. Охирги абортдан кейин (1979 й.) бачадон ортиқлари икки томонлама шамоллаган. Яллигланиш икки марта зўрайганида гинекология бўлимига ётқизилган. Контрацепция учун кейинги 2 ой мобайнида бисекурин қабул қилган (циклининг 5-кунидан 25-кунигача бир таблеткадан). Дори қабул қилган кунларнинг биринчи циклида асоратлар бўлмаган, ҳайзга ўхшаш реакция препарат қабул қилиш тўхтатилгандан кейин 3 кун ўтгач бошланган. Аммо 2-ойда, тахминан, цикл ўрталарида ҳеч қандай айтарли сабабларсиз жинсий йўлларидан қон кета бошлаган. Шунингдек, бемор гавда вазни 1 кг га ортганини ҳам қайд қилади.

Умумий ва махсус текширишдан олинган маълумотлар. Қаддибасти расо, тўлалиги ўртача, тери қопламлари ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари пушти рангда. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Гавда температураси 36,7°. Томоғи қизармаган. Томири минутига 70 марта уради, ритмик, тўлиқлиги ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонида манфий. Қовуқ ва тўғри ичак функцияси бузилмаган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлари тўғри ривожланган, қини туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида. Кўзгу солиб кўздан кечирилганда эрозияланмаганлиги, ташқи бўғизидан қорамтир қон чиқиб турганлиги маълум бўлади. Бачадон ўртача ҳажмда, вазияти тўғри, консистенцияси одатдагидек, силжувчан, оғримайди. Бачадон ортиқлари ҳар иккала томонда пича катталашган, битишмалар ҳосил қилган, пайпаслаб кўрилганда сезувчан. Қин гумбазларида инфильтратлар йўқ.

Қанақа асоратлар ҳақида гап боряпти? Контрацептивлар орал қабул қилинганда яна қанақа асоратлар бўлиши мумкин? Юз берган қон кетишнинг давоси қанақа?

Маълумки, синтетик прогестинлар (бисекурин ва бошқалар) бўйида бўлишдан сақланишда яхши наф берадиган ирепаратлардир. Аммо улардан фойдаланилганда ҳар хил асоратлар, жумладан, мазкур аёлда кузатилганидек, ёрилиб кетиш оқибатида қон кетиши ҳам мумкин. Бу асорат диагностикаси учун гормонал препаратлар бўйида бўлишдан сақловчи эффектнинг патогенези билан боғлиқ масалаларни батафсил кўриб чиқамиз.

Бўйида бўлишдан сақловчи таблеткаларнинг асосий компонентлари бир-бирига ҳар хил нисбатларда бўлган синтетик эстрогенлар ва гестагенлар ҳисобланади. Аммо ҳамиша гестаген компонент устун туради.

Бўйида бўлишдан сақловчи таблеткаларнинг таъсир механизми комплексдир. Бу эса мазкур препаратлар ҳайз циклини бошқариб турувчи мураккаб системанинг турли звеноларига таъсир кўрсатади, деган гапдир. Бўйида бўлишдан сақлаш эффекти асосан гипофизнинг лютеинловчи ва фолликулларни стимулловчи гормонлар ишлаб чиқишини сусайтириш билан овуляцияни тормозлаб қўйишда юзага келади.

Синтетик гормонларнинг овуляция процессларини блокада қилиш билан тухумдонларга тўғридан-тўғри таъсир кўрсатишини ҳам истисно қилиб бўлмайди.

Синтетик орал контрацептивлар қабул қилинганда эндометрийда мураккаб ўзгаришлар рўй беради. Циклнинг бошланғич босқичларида эндометрий пролиферацияси процессининг тормозланиши, безларнинг анчагина кичрайиши, эндометрий стромасида децидуал ўзгаришлар юзага келиши кузатилади, бу — адабиётда эндометрий «безсимон регрессия» си деган ном билан тасвирланади. Табиийки, уруғланиш процесси юзага кела олган тақдирда ҳам бундай эндометрий уруғланган тухум ҳужайранинг пайвандланиши учун тайёр бўлмайди.

Бўйида бўлишдан сақланиш учун қабул қилинган препаратлар туфайли юзага келган гормонал таъсирлар натижасида цервикал шиллиқ миқдори камаяди, унинг ёпишқоқлиги ортади, цикл ўртасида шиллиқнинг кристалланиш процесси рўй бермайди (папоротник симптоми манфий). Бу, табиийки, сперматозоидларнинг бачадон бўйни канали орқали силжиб боришини қийинлаш-

тиради, бундан ташқари, бачадон найчалари перистальтикаси ўзгаради (қисқариш амплитудаси, частотаси ва тонуси пасаяди).

Шубҳасиз, ановуляция биринчи ўринда турадиган бу ўзгаришлар йиғиндиси мазкур препаратларнинг бўйида бўлишдан сақланиш эффектининг юқори бўлишини таъминлайди (99 %).

Бўйида бўлишдан сақловчи препаратларнинг қиммати шундаки, уларни қабул қилганда юзага келган функционал бўйида бўлмаслик қайтар бўлади. Бу препаратларни қабул қилиш тўхтатилгандан кейин гипофиз олдинги бўлаги актив фаолият кўрсата бошлайди, фолликулларни стимулловчи ва лютеинловчи гормонларнинг цикл билан ишланиб чиқиши рўй беради, тухумдонда овуляция цикли тикланади, эндометрий нормал кўринишни олади, цервикал тиқин шиллиғидаги ўзгаришлари тамоман йўқолади. Бўйида бўлиш, қоида ўлароқ, мунтазам жинсий ҳаёт мобайнида яқин ойлар ичида юз беради.

Бўйида бўлишдан сақланиш учун, одатда, комбинация қилинган гормонал препаратлар ҳайз циклининг 5-кунидан 25-кунигача, яъни 21 кун мобайнида (1 таблеткадан ҳар куни) мунтазам қабул қилинади. Таблеткалар қабул қилиш оралиғи 48 соатдан ошиб кетмаслиги керак. Шуни назарда тутиш керакки, контрацептив моддалар улар қабул қилингандан кейин иккинчи ойдан бошлаб энг ишончли бўлиши мумкин, чунки биринчи циклда барвақт овуляция ва бўйида бўлиб қолиш юз бериши мумкин. Таблеткаларни мунтазам равишда 1—2 йилдан ортиқ ичиб бўлмайди.

Биз кузатаётган бемор аёлнинг анамнези билан танишилганда у бисекурин таблеткасини мутлақо тўғри қабул қилиб юрганлигига иқрор бўлиш мумкин. Унда нима учун ёрилишдан қон кетди ва бу ҳодисанинг моҳияти нимада?

Гап шундаки, бўйида бўлишдан сақланиб юрадиган баъзи аёлларда ҳайз циклининг ўртасида ёки иккинчи ярмида аксарият оз-оздан, камдан-кам ҳолларда кўплаб қон аралаш ажралма келиши мумкин. Бу асоратлар аёл организмига гормонал препаратларнинг етарли миқдорда тушмаганлиги билан боғлиқдир. Шуни эслатиб ўтамизки, ҳайз цикли нормал бўлган ва контрацептив моддалар қабул қилмайдиган айрим аёлларда ҳайз циклининг ўрталарида (овуляция пайтида) баъзан суркаладиган даражада пича қон аралаш ажралма келади ва бу 1—2 кун ичида ўз-ўзидан йўқолади. Мутахас-

сис-эндокринологлар бу ажралмани гормонал ўзгаришлар, айниқса, овуляция олдидан яққол юзага чиққан ўзгаришлар туфайли содир бўлади, деб ҳисоблайдилар! Афтидан, бўйида бўлишдан сақловчи таблеткалар қабул қилиб юрадиган аёлларнинг бир қисмида ҳайз циклининг ўрталарида биттадан препарат таблеткасини ичиш кифоя қилмаса керак. Гормонлар миқдорининг камайиши қандан қон аралаш ажралма келишига олиб келади. Худди шунга ўхшаш ҳодиса биз кузатаётган аёлда ҳам юз берган. Бундай ҳолларда нима қилиш керак?

Юқорида айтилганлардан маълум бўладики, қон аралаш ажралма келиши организмда синтетик гормонлар етишмовчилигига боғлиқ бўлади. Шунинг учун бундай ҳодисани бартараф этиш мақсадида ичилаётган препарат дозасини ошириш, яъни одатдагича кунига битта таблеткадан эмас, балки 2 та ва ундан ортиқ таблеткадан ичиш керак. Бу кўнгилсиз ҳодиса, аксарият, бирор қийинчиликсиз шу тарзда бартараф этилади. Хайзлар орасида келадиган қон аралаш ажралмалар, одатда, гормонал контрацепциянинг фақат биринчи ойларида қайд қилинади.

Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, бевақт қон кетганида ичилаётган кундалик таблеткалар сонини кўпайтириш (мажбуран) дори қабул қилишнинг умумий давомлилигини (21 кун) қисқартириш, деган гап эмас. Фақат бу ҳолда бир циклга одатдагидек 21 та эмас, балки кўпроқ таблетка сарф қилинади. Уларни қабул қилиш тугалланган кейин бир неча кун ўтгач одатдаги ҳайзсимон реакция пайдо бўлиши керак.

Шундай қилиб, колхоз туғруқхонасининг акушеркаси, юқорида айтиб ўтилганидек, аёлга маслаҳат бериши керак. Ҳайзлар орасида қон аралаш ажралмалар келиб турганда аёл ҳар куни акушерка олдига бориб туриши керак. Бисекурин таблеткалари миқдорини қон қанчалик кетишига қараб буюрилади. Қон аралаш ажралма келиши тўхтаганидан кейин таблеткани одатдагича қабул қилишга (кунига 1 таблеткадан) ўтилади. Бу чоранинг аёлга нафи бўлмаса, уни врачга — акушер-гинекологга юбориш зарур.

Контрацепциянинг гормонал воситаларидан фойдаланишда қўшимча реакциялар ва ҳатто асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини билиш зарур.

Таблеткалар қабул қилина бошлаганда, кўпинча, ҳазм қилиш органлари функциялари издан чиқади (иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, қусиш, қорин со-

ҳасида оғриқ туриши, ич дам бўлиши, метеоризм ва ич кетиш бўлади), булар аксарият нейровегетатив бузилишлар (бош айланиши, бош оғриғи, асабийлик, уйқусизлик, кайфиятнинг ўзгариб туриши, жинсий ҳиссиётнинг сусайиши ва ҳоказо) билан бирга келади.

Жинсий гормонларнинг актив препаратларини мунтазам киритиб туриш организмнинг гормонал қайта қурилишига олиб келади. Ушбу препаратларнинг анаболик табиати нисбатан аксарият кузатиладиган сув-электролит баланси ўзгаришига боғлиқ бўлган бемор вазнининг ортиши (камдан-кам 2—3 кг дан ортиқ) туфайли юзага келади. Ушбу ҳол бизнинг бемор аёлда ҳам қайд қилинган.

Кўпинча, кўкрак бези соҳасида оғриқ билан кечадиган сут безларининг дағаллашиб қолишини ҳам кўнгилсиз ҳодиса, деб ҳисоблаш керак. Бу симптом асосан таблеткалар гестаген компонентининг безсимон эпителийга таъсир қилишига боглиқ. Айрим ҳолларда терига ҳуснбузарлар, экзема ва эшакем кўринишида ҳар хил тошмалар тошиши мумкин.

Бўйида бўлишдан сақловчи таблеткаларни ичиш тўхтатилганидан кейин, ҳатто, «таблеткалардан кейинги аменорея» деган ном олган аменорея пайдо бўлиши жуда жиддий асорат ҳисобланади. Юқорида қайд қилиб ўтилгандек, узоқ вақт бўйида бўлишдан сақловчи гормонал препаратлар қабул қилиб юрган кўпчилик аёлларда таблеткалар ичиш тўхтатилганидан кейин нормал овулятор ҳайз цикли тез тикланади. Камдан-кам ҳоллардагина бундай бўлмайди ва аёлларда гипоталамус марказлари фаолияти пасайиб кетишидан аменорея рўй беради. Келиб чиқиши марказий нерв системасига боглиқ бундай аменореяни даволаш анчагина қийин.

Бўйида бўлишдан сақланиш учун мунтазам дори моддалар қўллайдиган оналарнинг зурриёти генетик зарар кўриши мумкинми? Шу вақтга қадар на эксперимент шароитида, на клиникада бундай аёллар зурриётида кўнгилсиз ўзгаришлар қайд қилинган эмас.

Ичиладиган синтетик контрацептивлар қабул қилиб юрилганда тромбозлар ва эмболиялар сингари асоратлар ривожланишини асосан препаратнинг эстроген компоненти билан боғлашади. Олимларнинг препаратнинг эстроген ва гестаген компонентлари ўртасидаги нисбатни максимал даражада гестаген таъсир кучининг ошиши томонига камайтиришга уринишлари ўз-ўзидан маълум бўлади. Масалани, диққат билан ўрганиб чиқиш шуни кўрсатадики, хатарли, баъзан ҳатто ўлимга олиб бора-

диган бу асоратнинг келиб чиқиш хавфи асосан олдиндан мавжуд тегишли шарт-шароитлар (гипертония, ёғ алмашинувининг издан чиқиши, чекиш ва бошқалар) бўлгандагина юзага келади. Қолган ҳолларда эса бу хавф-хатар, масалан, нормал ҳомиладорликда тромбоз ва эмболия пайдо бўлишига қараганда устунлик қилмайди.

Жинсий органлар раки билан бўйида бўлишдан сақланиш учун қўлланиладиган таблеткалар ичиш ўртасида бирор боғланиш борлиги ҳам қайд қилинмаган.

Бўйида бўлишнинг олдини олиш учун гормонал воситаларни қўллашда муайян монеликлар борлигини ҳисобга олиш керак. Уларга бошдан кечирилган тромбоэмболик асоратлар, жигар функциясининг бузилиши, патологик ёғ босиш, ҳайз кўриш функциясининг этиологияси номаълум бузилиши, хавфли ўсмалар (айниқса, сут бези раки) киради. Бу препаратларни лактация даврида, шунингдек, туғруқдан ёки абортдан кейинги даврларда ҳайз цикли тикланиши олдидан буюриб бўлмайди. Қандли диабет, церебро-васкуляр, юрак-томирлар ва аллергик касалликлар, буйрак функциясининг бузилишлари, шунингдек, нерв системасининг айрим касалликлари (эпилепсия, депрессия ва бошқалар) да эҳтиёткорликка риоя қилиш керак.

Айтиб ўтилганларнинг ҳаммаси синтетик прогестинларни бўйида бўлишдан сақланиш воситаси сифатида тайинлашда бизни жуда эҳтиёт бўлишга ундайди. Уларни буюришдан олдин гинеколог аёлни албатта текшириб кўриши ва унда маълум умумий ҳамда гинекологик касалликлар йўқлигини истисно қилиб олиши лозим. Ҳар бир шундай аёлга аёллар консультациясида махсус ҳисоб формаси очиш керак. Таблеткалар қабул қилиш пайтида унинг устидан муntазам контрол (ҳар 3—6 ойда кўрикдан ўтказиш) ўрнатиш зарур. Таблеткаларни бир йил қабул қилгандан кейин 1—3 ой танаффус қилиш керак, бу пайтда бўйида бўлишдан сақлайдиган бошқа воситалардан фойдаланиб туриш керак.

БАЧАДОН ИЧИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ВОСИТАЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШДАН КЕЙИНГИ МЕТРОРРАГИЯ

Аёл С., 33 яшар, қорни пастида оғриқ туриши ва жинсий йўлларидан ациклик қон кетиши муносабати билан 1980 йил 24 январда колхоз туғруқхонасидаги акушеркага мурожаат қилган.

Анамнези. Ирсиятида мушкуллик йўқ. Болалигида қизамиқ ва тепки касаллигини бошидан кечирган; катта бўлганида ангина би-

лан тез-тез оғриб турган. Бундан икки йил муқаддам йирингли гайморит ва аппендицит сабабли операция қилинган. 12 ёшидан ҳайз кўради, ҳайзи тез маромига тушган, ҳар 26—25 кунда 4—5 кундан келади, оғриқсиз, миқдори ўртача. Жинсий ҳаёт бошлаганидан кейин, туғруқ ва абортлардан сўнг ҳам ҳайз кўриш функцияси ўзгармаган. Охирги нормал ҳайз кўриши бундан 2 ой муқаддам бўлиб ўтган, шундан кейин жинсий йўлларидан ациклик қон аралаш ажралмалар кела бошлаган (батафсилроқ мазкур касаллик тарихига қаранг). 23 ёшидан жинсий ҳаёт бошлаган, биринчи никоҳи. Эри 40 ёшда, беморнинг сўзига қараганда соғлом.

3 марта бўйида бўлган, улардан биринчиси ва учинчиси асоратсиз туғилган, иккинчиси сунъий аборт билан тугаган, бу ҳам асоратсиз ўтган. Охирги 4 ой мобайнида бачадон ичига қўйиладиган воситалардан фойдаланиб бўйида бўлишдан сақланиб келган. Оққчил келиб безовта қилмайди, қовуқ ва тўғри ичак функциялари бузилмаган. Гинекологик касалликларни рад этади.

Ушбу касаллик тарихи. Бундан тўрт ой илгари аёллар консультациясида контрацепция учун бачадон ичига полиэтилен спираль киритиб қўйилган. Аёл мунтазам равишда кузатиб борилмаган. Кейинги икки ҳайз қони анча кўп келган, узоққа чўзилган ва қорни пастида оғриқ сезгилари билан кечган. Сўнгги 2 ой мобайнида аёлнинг жинсий йўлларидан ациклик қон аралаш ажралмалар кела бошлаган, булар ҳайз кутилган кунларда кучайган. Уч кун илгаридан қон аралаш ажралма яна кела бошлаган, бу 24 январь куни қон кетишига айланган, қорин пасти ва бел соҳасида тўлғоқсимон оғриқ турган ва шунга кўра бемор медицина ёрдами сўраб мурожаат қилган.

Умумий ва махсус текшириштан олинган маълумотлар. Бемор аёлнинг қадди-басти расо, тўлалиги ўртача. Тери қопламлари ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари пушти рангда. Тери ости ёғ қавати етарли даражада ривожланган, регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Тана температураси 36,7° пульси минутига 80 марта уриб турибди, ритмик, тўлишуви ва таранглиги қониқарли. Артериал босими симоб устуни ҳисобида 110/70 мм. Томоғи қизармаган, бодомча безлари бир оз пича катталашган. Кўкрак қафаси органларида патологик ўзгаришлар топилмади. Тили тоза, нам. Қорни юмалоқ шаклда, нафас олиш актида бир меъёрда қатнашиб турибди, юза ва чуқур пайпаслаб кўрилганда оғриқсиз. Ўнг биқин соҳасида аппендэктомиядан кейин қолган оқимтир чандиқ кўриниб турибди. Перитонеал ҳодисалар йўқ. Пастернацкий симптоми ҳар иккала томонда манфий.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий органлар ва қин ўзгармаган, туққан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, кўзгу солиб кўрилганда эрозияланмаганлиги маълум бўлди. Ташқи бўғизидан иккита кўк рангли ип чиқиб осилиб турибди (бачадон ичга қўйиладиган бўйида бўлишга қарши восита (ВМС), кўп миқдорда қорамтир қон аралаш ажралма қайд қилинади. Бачадон ўлчамлари пича катталашган, консистенцияси зичроқ, вазияти тўғри, юзаси силлиқ, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон ортиқлари ҳар иккала томонида қўлга уннамайди, улар жойлашган соҳа оғриқсиз. Қин гумбазларида инфильтратлар йўқ.

Акушерка қанақа диагноз қўйиши мумкин? Беморга нима илож қилиш керак? Мазкур касалликда яна қанақа асоратлар бўлиши маълум? Давоси қанақа?

Мазкур аёлда юзага келган асорат диагностикаси

алоҳида қийинчилик туғдирмайди. Анамнез маълумотлари ва беморни текшириб кўришдан олинган маълумотларга асосланиб туриб бачадон ичига қўйиладиган бўйида бўлишга қарши воситалар асорати туфайли бачадондан қон кетиши диагнозини қўйса бўлади. Қорин пастида ва бел соҳасида тўлғоқсимон оғриқ туриши пружинанани бачадонга итарилаётганлигидан гувоҳлик бериб турганлигини ҳам истисно қилмаслик керак.

Ҳозирги пайтда бутун дунёда контрацепция воситалари давлат ёки черков томонидан махсус ман қилинмаган мамлакатларда миллионлаб аёллар бачадон ичига қўйиладиган бўйида бўлишга қарши воситадан фойдаланиб келадилар. Бўйида бўлишдан сақланишнинг бу тури бизнинг мамлакатимизда ҳам кенг тарқалган. Совет олимлари ВМС ни контрацепциянинг гормонал методларидан афзал кўрадилар, чунки уларни қўллашга бўлган монеликлар кам ва улар камроқ асорат беради. ВМС нинг таъсирчанлиги анча юқори (бўйида бўлишдан сақлаш эффекти 97—98 %).

Бачадонга киритилган ёт таначанинг бўйида бўлишдан сақлаш таъсири врачларга аллақачонлардан бери маълум бўлган, аммо асримизнинг бошларига келганда ВМС ни ўзига номақбул пайтда ҳомиладор бўлишни хоҳламаганлар ундан сақланиш сифатида қўллайдиган бўлишган. У замонларда ВМС бачадонда узоқ сақлаганда оксидланиб қолмайдиган қимматбаҳо металлар (кумуш, олтин, платина) дан ясалар эди. Қимматбаҳо металлардан ясалган бачадон ичига қўйиладиган воситалар бўйида бўлишдан сақлаш эффекти юқори бўлишига қарамай кенг тарқалмади, чунки улардан ясалган спираль ва ҳалқалар жуда қаттиқлик қилар эди. Уларнинг эластик эмаслиги бачадон контураларига яхши ўрнашиб кетишига имкон бермас эди, бу — аёлларнинг қорни пастида оғриқ туришидан шикоятига сабаб бўлар ва бачадондан кучли қон кетишига олиб келар эди. Контрацепциянинг бу турининг тарқалмай қолишига, шунингдек, мазкур воситалар баҳосининг қимматлиги ҳам маълум даражада сабаб бўлиб келди.

Пласмассадан ясалган спираллар қимматбаҳо металлардан ясалган ВМС га хос салбий хусусиятлардан ҳоли эканлиги ва анча арзон турини туфайли бачадон ичига қўйиладиган контрацепция воситалари ривожланишида янги босқич бўлиб қолди.

Берадиган нафига боғлиқ бўлган ВМС нинг шакли, спирал тайёрланган материалнинг қаттиқлиги ва унинг қандай моддадан тайёрланганлиги каби масалалар кат-

та амалий қизиқиш уйғотади. Кенг сирт юзасига эга бўлган ВМС бўйида бўлишдан сақлаш эффектига эга бўлса-да аммо бунда асоратлар сони кўпайиши аниқланган. ВМС ясаладиган материалнинг қаттиқлиги юқори бўлганда пружинанинг ўз-ўзидан ҳайдалиш сони камаяр, бироқ бунда қон кетишлар сони ортарди. Кейинги йилларда асоратлар сонини анча камайтиришга имкон берган ВМС нинг янги Т-симон шакли таклиф қилинди.

Кўпгина муаллифларнинг ВМС нинг бўйида бўлишдан сақлаш таъсирини кучайтириш учун уларга қўшимча ҳар хил химиявий моддалар киритиш йўлидаги уринишлари диққатга сазовордир. Миснинг бўйида бўлишдан сақлаш хусусияти борлиги туфайли бу йўналишда катта имкониятлар бор. Бунда озод мис ионлари пружинанинг вертикал қисмини қоплаб олади ва эндометрийга маҳаллий равишда бўйида бўлишдан сақловчи таъсир кўрсатади. ВМС нинг бошқа турига ўзида синтетик гестагенлар тутган силикон капсулалар киради.

Адабиётда бўйида бўлишдан сақланиш воситаларини бачадон ичига қўйилганидаги улар нафининг ўта мураккаб механизмлари ҳақида гувоҳлик берувчи янгидан-янги маълумотлар берилаётган бўлишига қарамай, пружиналарнинг контрацептив таъсир механизми ҳали етарли даражада ўрганилмаган.

Етакчи назарияга кўра, ВМС нинг бўйида бўлишдан сақловчи таъсир механизми қуйидагилардан иборат: бачадонга киритилган воситалар таъсирида бачадон найчаларининг перистальтикаси анча тезлашади, бунинг оқибатида уруғланган тухум ҳужайра ўз ривожининг ўта эрта босқичларида бачадонга келиб тушади ва шу сабабли бачадонга нормал пайвандлана олмайди.

Эндометрийнинг яллигланиш инфильтрацияси ҳақидаги назария бачадонга ВМС киритилганда бачадон шиллиқ пардасидан лейкоцитар инфильтрация топилишига асосланган. Бачадонда бўйида бўлишдан сақланишда маҳаллий эффект берадиган асептик яллигланиш вужудга келади.

Гаметотоксик назарияга кўра бачадонга ВМС киритилганда бактерияларга ва спермага яллигланиш реакцияси кучаяди. Эндометрийнинг йирик адашган ҳужайраларининг (макрофагларнинг) сперматотоксик таъсирга олиб келадиган сперматозоидларни фагоцитоз қилиш ҳодисалари тасвирланган.

Кейинги йилларда бу мураккаб масала билан шуғулланувчи олимлар диққатини эндометрий ферментла-

ришнинг ўзгариб туриши ўзига тортди, буни улар киритилган воситанинг бўйида бўлишдан сақловчи таъсирига боғламоқчи бўладилар.

Ниҳоят, организмда ВМС таъсирида катта миқдорда ўзига хос лютеолиз деган модда ишланиб чиқади, бу модда сариқ танани вақтидан илгари қайта (тескари) ривожланишга олиб келади ва бу оқибат натижада ВМС нинг контрацептив эффектини таъмин этади.

Шундай қилиб, биз ВМС нинг эффективлиги ва таъсир механизми билан боғлиқ асосий масалаларни кўриб чиқдик.

ВМС киритиш оқибатида бачадонидан қон кетаётган беморга нима илож қилиш керак?

Аввало, шуни назарда тутиш керакки, мазкур контрацепция турида циклик ва ациклик табиати бўлган ҳайз кўриш циклининг турли хил издан чиқишлари кўпинча 1,5 % дан 24 % гача учрайди. Ҳаммадан кўп циклик бузилишлар (меноррагия) қайд қилинади, аммо метроррагияни ҳам кам учрайди, деб бўлмайди. Биз кузатаётган аёлда ҳам дастлаб ҳайз қони кучайган ва чўзилиб кетган, кейинчалик бу ҳол типик метроррагия билан алмашган. Бундай асоратлар, айниқса, анамнезида аборт бўлган аёлларда (биз кузатаётган аёл ҳам бир марта аборт қилдирган) тез-тез учраб туради.

Бачадондан қон кетганда уни тўхтатишга доир тегишли чора-тадбирларни кўриш учун беморни зудлик билан касалхонага ётқизиш керак. Колхоз тугруққхонасида қон тўхтатишга қарши курашиб бўлмайди.

ВМС қўлланилганда яна қанақа асоратлар учраши мумкин?

Бу, биринчи навбатда, оғриқ синдроми, пружинанинг ўз-ўзидан ҳайдаб чиқарилиши, жинсий органларнинг яллиғланиш ўзгаришлари, эндометрий раки ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик ривожланиш хавфи бўлишидир. Бу асоратларнинг ҳар бири устида тўхталиб ўтамиз.

ВМС киритилганидан кейин айрим аёллар қорнида ноҳушлик ва оғриқ синдромини сезадилар, бу, афтидан, киритилган спиралнинг бачадон аппаратини рецептор равишда таъсирлаши билан боғлиқ бўлса керак. Одатда, бу ҳолат узоқ давом этмайди ва бирмунча вақтдан кейин ўз-ўзидан ўтиб кетади. Оғриқнинг тўлғоқсимон бўлиши пружинанинг ҳайдала бошланганлигига хосдир. Худди мана шу асоратни мазкур ҳодисада бутунлай истисно қилиб бўлмайди.

ВМС нинг ўз-ўзидан ҳайдалиш сони (9 % дан 30 %

гача) бачадон тонусига, керакли пружина размерини тўғри танлай билишга, бачадоннинг истмикоцервикал бўлимининг функционал ҳолатига, ВМС киритилган пайтдаги ҳайз циклининг фазасига (ҳайз циклининг иккинчи фазасида ВМС киритилганда бу асоратнинг сони камаяди) боғлиқ. ВМС шакли ҳам катта аҳамиятга эга («Т» ҳарфига ўхшатиб ясалган восита сиртмоқ шаклида ясалганига қараганда кўпроқ ҳайдалади).

Эндометритлар пайдо бўлишида ВМС сабабчидир, деган масала баҳсли бўлиб қолди. Кўпчилик авторлар бачадон ичига қўйилган контрацептивлар эндометрийни ўта инфекцияланишга ва эндометрит ривожланишига олиб келмайди, деб ҳисоблайдилар. Одатда, бачадон ичидаги яллиғланиш процесси бирламчи инфекция ривожланишига эмас, балки аввалдан мавжуд хроник кечаётган эндометрит зўрайиши билан боғлиқдир.

ВМС дан фойдаланганда бачадон ракининг сони ортмайди, бу — мазкур контрацепция методини кенг қўллашга имкон берувчи жуда муҳим шарт ҳисобланади. ВМС қўлланилганида бачадондан ташқарида ҳомиладор бўлиб қолиш сонининг ортиши ҳақидаги масала баҳсли бўлиб қолди. Бачадон тешилиши кам учрайди.

ВМС нинг ҳомиладорликка ва ҳомила ривожланишига таъсирини ўрганиш катта қизиқиш уйғотади. Дарҳақиқат 2—3 % аёлларнинг ҳатто бачадонида ВМС бўлганида бўйида бўлиши ва кейинчалик туғиши мумкин.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра бачадонда ВМС бўлиши ўз-ўзидан ҳомила ташлаш ва ой-кунига тўлмай туғиб қўйиш, шунингдек, ҳомила ривожланишидаги аномалиялар сонини оширмайди. Борди-ю, аёлнинг бўйида бўлиб қолганлиги аниқланганда ВМС ҳали ҳам бачадонда турган бўлса, яхшиси уни олиб ташламаган маъқул. Кейинчалик у, одатда, туғруқ пайтида йўлдош билан бирга ёки ҳомила пардалари билан суриб туширилади, бунда у ҳамма вақт ҳомила тухумидан ташқарида жойлашган бўлади. Фақат 20 % аёлларда ВМС бачадонда қолади, бундай ҳолларда уни туғруқдан кейин сунъий йўл билан олиб ташлашга тўғри келади.

ВМС га боғлиқ ҳалда бачадондан қон кетишининг давоси қанақа?

Беморни касалхонада текшириб кўрилгандан кейин кетаётган қонни кальций, витамин К ва С ҳамда бошқалар буюриб тўхтатишга уриниб кўриш керак. Борди-ю, қон тўхтамаса, бу ҳолда ВМС ни ипидан ушлаб чиқариб олиш керак. Қон кетиши яна такрорланадиган бўлса, бачадонни диагностик қиришга ўтилади.

МУНДАРИЖА

Кириш. *А. П. Кирюшченков, Ҳ. С. Сабуров* . . . 3
I б о б. Аёллар жинсий органларининг яллиғланиш касалликлари *А. П. Кирюшченков* 4
Ўткир трихомонадали кольпит 4
Хроник эндометрит ва сальпингоофоритнинг қўзиши . 12
Бачадон ортиқларининг икки томонлама яллиғланиши, бачадондан дисфункционал қон кетиши 20
Ўткир параметрит 27
Ўткир пиосальпинкс, чаноқ перитонити 36
Аёллар жинсий органлари сўзаги 44
II б о б. Ҳайз кўриш функциясининг бузилиши *Ҳ. С. Сабуров* . 52
Ювенил қон кетиши 52
Бола кўрадиган ёшда бачадондан дисфункционал қон кетиши 60
Климактерик ёшда бачадондан дисфункционал қон кетиши 68
Альгодисменорея 78
III б о б. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик. Тухумдон апоплексияси *Ҳ. С. Собуров* 86
Бачадон найидаги бузилган ҳомиладорлик . . . 86
Найдаги узилган ҳомиладорлик Бачадон ортидаги гематома 92
Тухумдон апоплексияси 98
IV б о б. Сунъий аборт асоратлари. Бачадон хорионэпителиомаси *А. П. Кирюшченков* 103
Сунъий абортдан кейинги гематометра 103
Плацента полипи, бачадондан қон кетиши . . . 110
Бачадон хорионэпителиомаси, қон кетиши . . . 114
V б о б. Бачадон миомаси *Ҳ. С. Сабуров* 122
Бачадон миомаси, метроррагия 122
Бачадоннинг кўп тугунчали миомаси, меноррагия . 129
Бачадоннинг субмукоз миомаси ва тугун некрози . 136
Миоманинг субмукоз тугуни туғилиши 139
Бачадон миомаси субсероз тугуни оёқчасининг буралиб қолиши 144
Туғруқдан кейинги даврда бачадон миоматоз тугуни некрози 150
VI б о б. Эндометриоз *А. П. Кирюшченков* 157
Бачадон эндометриози 157
Бўйин орти эндометриози 163
Тухумдон эндометриоид кистаси ёрилганлигига шубҳа қилиш 167
VII б о б. Бачадоннинг рак олди ва рак касаллиги *А. П. Кирюшченков* 173
Бачадон бўйнининг рак олди касаллиги 173
II босқичдаги бачадон бўйни раки, қон кетиши . . 178
Бачадон танаси раки, қон кетиши 184
VIII б о б. Тухумдонларнинг киста ва ўсмалари *Ҳ. С. Сабуров* 192
Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиб қолиши . . 192
Тухумдонлар раки 198
Тухумдонлар метастатик раки ва ўсма оёқчасининг буралиб қолиши 203
Тухумдоннинг эстроген ишлаб чиқарувчи ўсмаси, бачадондан қон кетиши 207

Тухумдоннинг аренобластомаси, ўсма оёқчасининг буралиб қолиши 215
Тухумдон дисгерминомаси 221
IX боб. Нейроэндокрин синдромлар *Ҳ. С. Сабуров* . . . 229
Ҳайз олди синдроми 229
Климактерик синдром 235
X боб. Жинсий органларнинг аномалиялари *А. П. Кирюшченков* 245
Қин атрезияси, гематокольпос 245
XI боб. Контрацепцияда келиб чиқадиган асоратлар *А. П. Кирюшченков* 252
Орал (ичиладиган) контрацептивлар қабул қилинганда келиб чиқадиган метроррагия 252
Бачадон ичига қўйиладиган воситалардан фойдаланишдан кейинги метроррагия 257

БИБЛИОТЕКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

На узбекском языке

Александр Прокофьевич Кирющенков,
Хашимджан Сабурович Сабуров

СЕМИНАР ПО НЕОТЛОЖНОЙ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Редакция мудири А. Қамолов
Таржимон А. Қосимов
Редактор Ҳ. Исматов
Бадиий редактор О. Аҳмаджонов
Рассом Ю. Куликов
Техредактор Л. Жихарская
Корректорлар М. Хайдарова, С. Сафаева

Перевод с издания издательства «Медицина» УзССР 1985 г.

ИБ № 1135

Теришга берилди 23.03.88. Босишга рухсат этилди 01.10.88. Қоғоз формати 84×108 1/32. Қоғоз № 2. Юқори босма. Адабий гарнитура. Шартли босма л. 13,86. Шартли бўёқ-отт. 13,86. Нашр. ҳисоб л. 16,17. Нашр. № 257—85. Тиражи 15000 нусха. Заказ № 1067. Баҳоси 1 с. 30 т.

Издательство «Медицина», УзССР, Ташкент, 700129, Навои, 30.
Узбекистон ССР Нашриётлар полиграфия ва китоб савдоси ишлари Давлат комитети Тошкент «Матбуот» полиграфия ишлаб чиқариш бирлашмасининг 3-босмахонаси. Тошкент, Юнусобод массиви, Муродов кўчаси, 1.