

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

**O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMI MARKAZI**

**O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMINI  
RIVOJLANTIRISH INSTITUTI**

***M. A. FOZILBEKOVA, X. S. ZAYNITDINOVA***

**AKUSHERLIK  
VA GINEKOLOGIYADA  
HAMSHIRALIK ISHI**

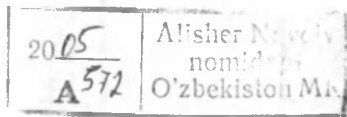
*Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma*

**„O'QITUVCHI“ NASHRIYOT-MATBAA IJODIY UYI  
TOSHKENT—2004**

57.1

Taqrizchilar: **D. F. Karimova** — O‘zbekiston Akusherlik va ginekologiya Assotsiatsiyasi prezidenti, professor; **M.X.Sodiqova** — Toshkent shahar perinatal markazi direktori, 1- ToshDTI „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasida dotsenti; **J. Y. Inog‘omova** — Toshkent shahar perinatal markazi bosh do‘yasi; **M. X. Toshpo‘latova** — M.S.Tursunxo‘jayeva nomli tibbiyot kolleji „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasida mudiri, oliy toifali o‘qituvchi.

Mazkur o‘quv qo‘llanmada tibbiyot kollejlari talabalariga akusherlik, hamshiralik ishiga oid, ya‘ni akusherlik fani tarixi, ayollar jinsiy a‘zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari; tug‘uruq jarayoni, homiladorlik va tug‘uruqning patologik kechishi; davolash-profilaktika ishlarida ayollar jinsiy a‘zolari kasalliklari, hamshiralik jarayoni haqidagi mavzular yoritilgan.



F 4108020000—117 Qat‘iy buyurt.—2004  
353 (04) 2004

ISBN 5—645—04234—4

© „O‘qituvchi“ NMIU, 2004

---

---

## SO‘ZBOSHI

Akusherlik fani ayollarning homiladorlik, tug‘uruq va chilla davrlarini va shu davrlarda yuz beradigan fiziologik-patologik jarayonlarni o‘rganadi.

Chaqaloqlarni to‘g‘ri parvarish qilishni o‘rgatish, homiladorlar va tug‘uvchi ayollarga tibbiy yordam ko‘rsatish ham akusherlikning muhim masalalaridan biri hisoblanadi.

Homiladorlik, tug‘ish, chilla davrlarida ayollar va tug‘ilgan chaqaloq organizmida bo‘layotgan o‘zgarishlar asosini bilmay turib, ularga t‘g‘ri tibbiy yordam ko‘rsatib bo‘lmaydi. Akusherlik yordamining asosiy mohiyati ko‘zi yoriyotganda ayollarda ro‘y beradigan fiziologik jarayonlarning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berishdan iborat.

Hozirgi kunda mamlakatimizda akusherlik va ginekologik yordami ko‘rsatishga mo‘ljallangan maxsus tibbiy muassasalar va ilmiy tekshirish institutlari mavjud. Tug‘uruq vaqtida yordam berish, ayollar jinsiy a‘zolari kasalliklarini davolashda qatnashadigan tibbiyot hamshiralarini tayyorlash tibbiyot kollejlari va oliy ma‘lumotli hamshiralar fakultetlari zimmasiga yuklatilgan.

Hozirgi kunda o‘rta tibbiyot mutaxassislari oldiga ma‘lum vazifalar qo‘yilmoqda. Jumladan tibbiyot hamshirasi chuqur bilimli, bemor oldidagi mas‘uliyatni to‘liq xis qiladigan, ularni yaxshi parvarishlaydigan mutaxassis bo‘lishi zarur. Bundan tashqari, tibbiyot hamshirasi asosiy va yondosh mutaxassis yordamini ko‘rsata olishi kerak. „Zarar yetkazmaslik“ hamshiraning shiori bo‘lib, uning asosiy vazifasi bemorga yuqori sifatli yordam ko‘rsatishdir. Hamshiraning xizmat doirasi keng bo‘lib, ular davolash-profilaktika muassasalarida kasallikning oldini olish; davolash-diagnostika yordami ko‘rsatish; salomatlikni tiklash; bemorlar, nogironlar, og‘ir yotgan bemorlarga tibbiy sanitar yordami ko‘rsatishdan iborat. Tibbiyot hamshirasi muolajalar bajarishda quyidagilarga amal qilishi shart:

- 1) bemorga ko‘rsatiladigan yordam ahamiyatini tushunishi va ko‘z oldiga keltira olishi;
- 2) bemorga bajariladigan muolaja mohiyatini, uning davomiyligi va olib borish tartibini tushuntira olishi;
- 3) bemorni ruhan tekshiruv yoki muolajaga tayyorlashni;
- 4) har bir o‘tkaziladigan muolajalarni to‘g‘ri va o‘z vaqtida bajarishi va bemorni bunga o‘rgatishi.

Tibbiyot hamshirasi shifokor boshchiligida poliklinikaning akusher-ginekologik bo'limida, ishlab chiqarishning tibbiy-sanitariya qismlarida, ko'rik xonalarida, tug'uruq yordamini ko'rsatish muassasalarining barcha bo'limlarida (qabulxona, tug'uruqdan oldingi palatalar, kichik va katta operatsiya xonasi, muolaja xonasi, tug'uruqdan keyingi palatalar, chaqaloqlar bo'limlarida) hamda ginekologik bo'limlarda xizmat ko'rsatadi.

Tibbiyot hamshirasi akusherlik va ginekologik patologiyalarda (eklampsiya xurujida, qon ketishlarda, chaqaloqlar asfiksiyasi va boshqa kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda) tez tibbiy yordam ko'rsata olishi zarur. Zaruriyatga ko'ra tibbiyot hamshirasi aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda normal tug'uruqni qabul qilishi, chaqaloqni birlamchi tozalashni bilishi va yaqin joylashgan tug'uruq muassasasiga yetkazishi zarur. Bularning hammasi undan yuqori malaka va ko'nikma talab qiladi. Tibbiyot hamshirasi kichik tibbiyot hamshiralari, sanitarkalar ishini boshqarishi kerak. Bu ishlarni to'g'ri bajarish bo'limlarda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinishini ta'minlaydi va turli yuqumli kasalliklarning oldini oladi. O'rta tibbiyot xodimi ishida tibbiy deontologiya muhim o'rin tutadi. Tibbiy etikaga amal qilish, shifokor va bemor sirini saqlay olish ham hamshiraning vazifalaridan biri hisoblanadi.

Shifokorga nisbatan tibbiyot hamshirasi bemor bilan ko'proq muloqotda bo'ladi. Shu sababli u bemor haqidagi barcha o'zgarishlar haqida shifokorga o'z vaqtida xabar berib turishi kerak.

Tug'uruq yordamini ko'rsatish muassasalarida ishlaydigan hamshiralalar ona va bola hayoti uchun javobgar hisoblanadilar. Ular homilador ayollarga homiladorlikning normal kechishi uchun shart-sharoitlarni, tug'ish jarayonining fiziologik jarayon ekanligini tushuntiradilar, gigiyena, parhez, jismoniy yuklanish, gimnastika mashg'ulotlari haqida ko'rsatmalar beradilar. Hamshira ayollarning homiladorlik, tug'uruq holati, chaqaloq parvarishi haqidagi barcha savollariga to'liq javob bera olishi kerak.

Mazkur qo'llanmada tibbiyot hamshirasiga zarur bo'lgan yuqorida ta'kidlangan bilim va ko'nikmalar keltirilgan. Mualliflar ushbu qo'llanmani yozishda talabalarga akusherlik fanidan mumkin qadar to'laroq ma'lumot berishga harakat qildilar.

Qo'llanmada qisqacha tarixiy ma'lumot, ayollar jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari, tug'uruq jarayoni, homiladorlik va tug'uruqning patologik kechishi, davolash, profilaktika omillari va boshqa zarur hujjatlar ham bayon etilgan.





## AKUSHER-GINEKOLOGIYA MUASSASALARI TARKIBI

### 1.1. Ayollar salomatligini saqlashga qaratilgan profilaktik yo'nalish turlari

Respublikamizda ayollar salomatligini saqlash bo'yicha ikkita asosiy profilaktik yo'nalishda ish olib boriladi: homiladorlar va jinsiy a'zolari kasallangan ayollarga yordam ko'rsatish. Ayollarga oilaviy poliklinika va statsionarlarning akusher-ginekologiya bo'limlarida tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Akusher-ginekologik yordamning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat: homilador ayollarga homiladorlik, tug'uruq va tug'uruqdan so'nggi davrlarda yuqori malakali yordam ko'rsatish, kuzatuv olib borish, parvarishlash, bemorlar va chala tug'ilgan chaqaloqlarga malakali yordam ko'rsatish, ayollar jinsiy a'zolaridagi kasalliklarni aniqlash, davolash va oldini olish.

### 1.2. Oilaviy poliklinikaning akusher-ginekologiya bo'limi

Poliklinikaning akusher-ginekologiya bo'limining vazifasi quyidagilardan iborat:

— homiladorlik va tug'uruqdan keyingi davrda, ginekologik kasallikka chalingan ayollarni davolash, kasalliklarni profilaktika qilish;

— ginekologik bemorlar va homilador ayollar ustidan doimiy nazoratni tashkil etish va ularga ixtisoslashgan maxsus yordam ko'rsatish;

— homiladorlarni jismonan va ruhan tug'uruqqa profilaktik jihatdan tayyorlash;

— homilani antenatal himoyalash va ginekologik kasalliklarning oldini olish maqsadida ishlab chiqarishda va qishloq xo'jaligida ishlovchi ayollarning ish sharoitini o'rganish;

— ayollarni ijtimoiy-huquqiy himoyalash;

— sanitar-oqartuv va gigiyenik ishlarni amalga oshirish;

— bolalar va o'smirlarga dastlabki ginekologik yordam ko'rsatish.

Akusher-ginekologik bo'lim o'ziga tegishli hududdagi ayollarga davolash-profilaktik yordam ko'rsatadi. Tibbiyot hamshirasi shifokorga bemorlarni qabul qilishda yordam beradi. Shifokor tayinlagan barcha muolajalarni bajaradi. Bundan tashqari, homilador ayollar va ginekologik bemorlarga patronaj xizmatini ko'rsatadi. Uylarda patronaj xizmati ko'rsatish vazifalari quyidagilardan iborat: homilador, tug'gan ayol, ginekologik bemorlarning umumiy holatini aniqlash; ularni gigiyena qoidalariga, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlashga o'rgatish; sanitar-gigiyenik jihatdan ko'nikmalar hosil qildirish; gigiyenik holatni yaxshilashda maslahatlar berish, buyurilgan ko'rsatmalar bajarilishini nazorat qilish, sanitar-oqartuv ishlari olib borish.

Patronaj davrida ayollarning sifatli ovqatlanishiga va shifokor ko'rsatmalariga aniq rioya qilishlariga alohida e'tibor beriladi. Olingan barcha ma'lumotlarni hamshira patronaj varaqasiga qayd qilib, homilador ayollarning shaxsiy kartasiga yopishtirib qo'yadi.

Homiladorlikni erta muddatlarda aniqlash va kuzatish akusher-ginekologik bo'limning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Bu homiladorlik noxush asoratlari kamayishini kafolatlaydi.

Akusher-ginekologiya bo'limiga birinchi marta kelgan homilador ayol yoki bemorni tibbiyot hamshirasi qabul qiladi. U homilador ayol shaxsiy kartasining pasport qismini to'ldiradi, uning bo'yi, tana og'irligi, chanoq o'lchamlari, arterial bosimini o'lchaydi, ayol venasidan tahlil uchun qon oladi. Homilador ayolni shifokor ko'rigiga tayyorlaydi, qindan surtma oladi, laboratoriya tekshiruvlariga, mutaxassislar maslahatiga yo'llanma yozadi.

Homilador ayol keyingi ko'rikka kelganda vaznini yana tarozida o'lchaydi. Arterial(qon) bosimi, bachadon tubi balandligi va qorin aylanasi aniqlab, homila yurak urishini eshitib ko'radi. Tahlillar uchun yo'llanma yozib, ovqatlanish borasida tavsiyalar beradi. Tibbiyot hamshirasi ginekologik bemorlarning o'z vaqtida qabulga kelishlarini qat'iy nazorat qiladi.

Ginekologik bemorlarning ko'p qismi davolanishni akusher-ginekologiya bo'limida boshlab, shu yerda tugatadilar. Bu yerda surunkali yallig'lanish kasalliklari, hayz sikli buzilishi, jinsiy a'zolar tushib va chiqib qolishi kuzatiladi, o'smaoldi kasalliklari, xavfli va xavfsiz o'smalarni jarroxlik yo'li bilan davolashdan keyingi holatlarda dispanser kuzatuvini olib boriladi. Bundan tashqari,

bo'limda abortga qarshi tushuntirish ishlari olib boriladi. Kontratsepsiya masalalari bo'yicha ko'rgazmali qurollar olib qo'yiladi va ayollar bilan suhbat o'tkaziladi.

### **1.3. Tibbiy sanitariya qismlari**

Ishlab chiqarish korxonalarining ishchi ayollari uchun akusher-ginekologik xizmat ko'rsatish korxonasi tibbiy-sanitariya qismida (TSQ) tashkil etiladi. Bu yerda ishlab chiqarish sharoitining ayol organizmiga ta'siri o'rganiladi. Homilador ishchi ayollar homiladorlik ta'tiliga chiqqunga qadar kuzatib boriladi. Homiladorlik ta'tiliga chiqqandan so'ng kuzatuvni turar joy poliklinikalarining akusher-ginekologik bo'limlari olib boradi.

TSQda yil davomida ishchi ayollar ikki marta profilaktik ko'rikdan o'tkaziladi.

Ginekologik kasalliklarning oldini olish choralaridan biri ayollar uchun shaxsiy gigiyena xonalari tashkil qilishdan iborat.

### **1.4. Akusher-ginekologiya majmuyi**

Akusher-ginekologiya majmuyi homilador, tug'uvchi va tug'agan ayollar, yangi tug'ilgan chaqaloqlar, jinsiy a'zolari kasallangan ayollarga statsionar yordami ko'rsatishga mo'ljallangan. Akusher-ginekologiya majmuyining ishini sifatli tashkil qilish uchun barcha bo'limlar ishi puxta rejalangan bo'lishi shart. Tug'uruq muassasasida ishni yaxshi tashkil etish orqali, tug'uruq va tug'uruqdan keyin uchraydigan asoratlarni, yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasalliklarining oldi olinib, o'lim yuz berishiga yo'l qo'yilmaydi.

Akusher-ginekologiya majmuyi quyidagi bo'limlardan tashkil topadi:

- qabul bo'limi;
- fiziologik bo'lim;
- observatsiya bo'limi;
- homiladorlar patologiyasi bo'limi;
- izolator (chetlatish xonasi);
- yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi;
- ginekologiya bo'limi;
- intensiv (tezkor) terapiya bo'limi;
- reanimatsiya bo'limi.

**Qabul bo'limining** vazifalari quyidagilardan iborat:

1) fiziologik tug'uruq bo'limiga tug'uvchi ayol orqali yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olish;

2) kasalxona ichi infeksiyasi tarqalishining oldini olish maqsadida sog'lom tug'uvchi ayollarni yuqumli xastalikka shubha qilingan ayollardan chetlatish (izolatsiya qilish);

3) shaxsiy sanitar ishlovidan o'tkazish yo'li bilan septik kasalliklarning oldini olish.

**Fiziologik bo'lim** sanitar ko'rigi xonasi, tug'uruq bloki, tug'uruqdan keyingi palatalar, bog'lov xonasi (ko'rik xonasi), chaqaloqlar bo'limi va uyga kuzatish xonalaridan iborat.

Tug'uruq bloki o'z navbatida, tug'uruqoldi palatalari, tug'uruq zali, kichik va katta operatsiya xonalaridan iborat. Tug'uruq zali kamida ikkita bo'lib, galma-gal ishlashi kerak.

**Observatsiya** (kuzatuv) bo'limi tuzilish jihatdan xuddi fiziologik bo'limga o'xshash, faqat undan kichikroq hajmda bo'ladi. U yerdagi o'rinlar soni umumiy o'rinlar soniga nisbatan 20%ni tashkil qilishi kerak. Yirik akusherlik muassasalarida izolator (chetlatish xonasi) bo'ladi.

**Homiladorlar patologiyasi bo'limi** umumiy o'rinlarning 30% ini tashkil etadi.

**Chaqaloqlar bloki** yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilishidan to uyiga kuzatguncha yoki boshqa bo'limga o'tkazguncha bo'lgan vaqtda kuzatib borish uchun mo'ljallangan.

Har bir tug'uruq muassasalarida qo'shimcha binolar bo'lib, ularga: avtoklav xonasi, oqlik va bog'lov materiallarini tayyorlash va sterillash xonasi, yuvish xonasi, hojatxona, dezinfeksiya xonasi, oshxona, toza oqliklar uchun omborxonasi, ishchi xodimlarning yechinish va yuvinish xonalari. Fiziologik tug'uruq bo'limi uchun umumiy ovqatlanish va xodimlar dam olish xonasi, ordinator xonasi kiradi. Tug'uruq zalida akusher xizmat ko'rsatadi. Tibbiyot hamshirasi esa tug'uruq zalidan tashqari tug'uruqqa yordam muassasasining barcha bo'limlarida ishlash huquqiga ega. Ammo favqulodda holatlarda tug'uruq qabul qilish va chaqaloqni artib, tozalash ko'nikmalariga ega bo'lishi shart.

**Ginekologiya bo'limi** qabul bo'limi, konservativ va jarrohlik-davolash bo'limlari uchun palatalar, operatsiya bloki, bog'lov xonalari (toza va yiringli), kuzatish xonasi, oshxona, tozalik (sanitar tozalash) xonasi, dam olish xonasi va yordamchi xonalardan tashkil topgan.

Operatsiya bo'limiga jarrohlik yo'li bilan davolanadigan bemorlar yotqiziladi. Jarrohlik aralashuvi rejali va shoshilinch, tez yordam shakllarida amalga oshiriladi. Konservativ usul bilan davolash bo'limida jarrohlik operatsiyasiz davolanadigan ginekologik bemorlar shifo oladilar. Bu yerda homiladorlikni sun'iy to'xtatish (abort) bo'limi ham joylashgan bo'ladi.

Tug'uruqdan so'ng uyga kuzatilgan va ginekologik yordam olgan ayollar poliklinikaning akusher-ginekologik bo'limida nazoratga olinadi. Tug'uruqxona va ginekologik statsionarlarning ishi bolalar va onalarning kasallanish, o'limning keskin kamayishi, ginekologik kasalliklar uchrash holatlarining pasayish ko'rsatkichlari bilan belgilanadi.

Tibbiyot hamshirasi tug'uruqqa yordam ko'rsatish muassasalarining tug'uruq zalidan boshqa barcha bo'limlarida ishlashi mumkin, ammo favqulodda holatlarda tug'uruq qabul qila olishi va chaqaloqning birlamchi holatini o'tkaza olishi ham kerak.

---



## AKUSHER-GINEKOLOGIYA STATSIONARIDA SANITARIYA- GIGIYENA VA EPIDEMIYAGA QARSHI CHORA-TADBIRLAR

Akusher-ginekologiya statsionarlarining muhim vazifalaridan biri— ayolga homiladorlik va tug'uruqdan keyingi davrda yuqumli kasalliklar o'tishi va shu tufayli kelib chiqadigan noxush asoratlarining oldini olishdan iborat.

### 2.1. Yuqumli kasallik manbalari va akusher-ginekologiya statsionarlarda sanitar-epidemiologik tartib-qoidalar

Ko'zi yorigan ayollarda jarohatlangan tug'uruq yo'llari infeksiya kirishining asosiy manbasi bo'lib hisoblanadi. Oraliq, jarohatlangan qin, bachadon bo'yni orqali infeksiya o'tadigan darvoza bo'lsa, bachadon yuzasi esa yo'ldosh ajralgandan so'ng yarali bo'lib qoladi. Bu yerda tug'uruqdan keyin infeksiya oson rivojlanadi.

Chaqaloqlarda kindik infeksiya o'tish darvozasi bo'lib, jarohatlangan, chaqalangan teri qoplami, shilliq qavat, nafas yo'llari, hatto hazm yo'li orqali ham infeksiya qonga tushishi mumkin.

Tug'uruqxonada quyidagilar infeksiya manbasi hisoblanadi:

— bakteriya tashuvchi xodimlar (ular yaxshi tekshirilmagan bo'lsa);

— bemor yoki bakteriya tashuvchi homilador, tug'uvchi va tug'gan ayollar;

— shifoxona ichidagi mavjud infeksiya (antibakterial va dezinfeksiyalovchi moddalarga chidamli mikroblar);

— oshqozon-ichak yo'llari, teri qoplami kasalligi bilan tug'ilgan chaqaloqlar.

Ko'pincha infeksiya tarqalishi kontaktda bo'lgan tibbiyot xodimi — ona-chaqaloqlar orasida zanjir tarzida o'tadi.

Akusher-ginekologiya statsionarlarida sanitar-epidemiologik tartib-qoidalarni bajarish borasida qator buyruq va yo'riqnomalar mavjud. Shu hujjatlarga asosan tibbiyot xodimlari ishga qabul qilinadi, ular salomatligi nazorat qilib boriladi.

Homilador va tug'gan ayollar, chaqaloqlarda turli yuqumli kasalliklar paydo bo'lganda o'z vaqtida izolatorlarga joylash, asbob-uskunalar, bog'lov materiallarini o'z vaqtida sterillash, xodimlar

qo'llarini, tug'uruq yo'llarini va operatsiya maydonlarini qoida bo'yicha tozalash, tug'uruq zallari, qo'shimcha xonalar tozaligini ta'minlash, ona sutini pasterizatsiya qilish kabi ishlar infeksiya tarqalishining oldini oladi.

Epidemiyaga qarshi tartibni saqlashda asosiy e'tibor palatalarni dezinfeksiya qilish, tug'uruq zalini o'z vaqtida tozalash-yuvishga qaratiladi. Shu maqsadda infeksiya tarqalishining oldini olish uchun tibbiyot hamshiralarida kerakli ko'nikmalar hosil qilish asosiy vazifa hisoblanadi.

Tibbiyot hamshirasi quyidagi ishlarni bajarishi kerak:

1) tug'gan ayol uyiga jo'natilgandan so'ng palatani yakuniy tozalashga tayyorlash;

2) palatani batamom tozalab, tug'uruq blokidan chiqqan ayolga o'rin tayyorlash;

3) tug'uruqqa qabul qilish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni dastlabki tozalash uchun kerakli buyumlarni avtoklavlashga tayyorlash;

4) zararsizlantirish uchun materiallarni boksga joylash.

## **2.2. Akusher-ginekologiya statsionarlarida palata va jihozlarni tozalash**

Ko'zi yorigan ayolga uyga ketishga ruxsat berilgandan so'ng palata quyidagicha bo'shatiladi:

— iflos oqliklar namlangan kleyonka yoki polietilen xaltalarga joylanib, bakka solinadi;

— yostiqlar, ko'rpa-to'shaklar dezinfeksiyalovchi kameralarga jo'natish uchun tayyorlanadi;

— palata (devor, karavot, pol) 5% li xloramin eritmasi bilan artib, 2 soatga yopib qo'yiladi; 2 soatdan so'ng qo'llarga rezina qo'lqop kiyib, yuvuvchi vositada ho'llangan latta bilan yaxshilab artiladi;

— 60 minut mobaynida palata kvarslanadi;

— barcha jihozlar nam latta bilan artiladi;

— palata yana 30 daqiqa kvarslanadi;

— 20 daqiqa mobaynida xona shamollatiladi.

Yumshoq buyumlar quyidagicha avtoklavlashga tayyorlanadi:

— tug'uruq qabul qilish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni artib-tozalash uchun kerakli buyumlarni paketlarga joylash;

— biksga cho'yshab, xalat, salfetkalar va zarur materiallarni joylash.

Palatalar kuniga 3 marta yuvuvchi vositalarda namlangan latta bilan artiladi, 1 sutkada 1 marta „2 chelak“ usulida dez.eritma bilan tozalanadi. Birinchi chelakka yuvuvchi yoki dez.eritma, ikkinchi chelakka toza oqar suv to'ldiriladi. Latta birinchi chelakda namlanib, 2—3 metr joy artib chiqiladi; 2- chelakdagi suvda latta chayib olinib, yana 1- chelakdagi eritmada ho'llab olinadi va tozalash davom ettiriladi. 2- chelakdagi eritma ifloslanishiga qarab almashtirib turiladi. 1- chelakdagi eritma bilan 60 m<sup>2</sup> sathni tozalash mumkin.

### 2.3. Statsionarlarda parvarish buyumlarini tozalash

Tibbiy *termometrlar* quyidagi eritmalardan biriga to'la cho'ktirib, so'ngra chayib tashlanadi:

- 05% li xloramin B eritmasiga — 30 minut;
- 1% li xloraminga — 15 minut;
- 2% li xloraminga — 5 minut;
- 3% li vodorod peroksidga — 80 minut solib qo'yiladi.

Huqna va qinni chayish uchun uchlik 3% li xloramin eritmasiga 1 soatga solib qo'yilib, keyin toza suvda chayiladi. So'ng yuvuvchi eritmada (50°C) 10 min saqlab, dastlab toza suvda, so'ngra distillangan suvda chayiladi, quritiladi, oqlikka o'rab avtoklavlanadi.

**Tuvaklar** (sudnolar) ga 1% li xlorli ohak eritmasi quyib, 1 soatga qo'yib qo'yiladi, so'ng to'kib tashlanadi, 3% li xloramin eritmasiga 2 soat solib qo'yiladi; eritmani to'kib, tuvak chayib quritiladi.

**Jihozlar** 3% li xloramin yoki 0,5 %li gipoxlorid eritmasiga 1 soat solib qo'yiladi, keyin yuvib quritiladi.

**Rezinali isitgichlar va muzli xaltalar** 1 %li xloramin, 0,15% li gipoxlorid eritmasi yoki boshqa dez.eritmada 2 marta 15 min oralig'ida artilib, keyin yuviladi.

**Qo'lqoplar** 3% li xloramin eritmasida 1 soat bo'ktirib qo'yiladi, keyin oqar suv ostida yuviladi, so'ngra yuvuvchi eritmaga (50°C) 15 minut solib qo'yiladi; chayib quritiladi va talk sepiladi, yumshoq matoga o'rab avtoklavlanadi.

**Cho'tkalar.** Oqar suv ostida yuvilib, 2 %li sodali eritmada 15 min qaynatiladi.

**Qaychi ustalar** 15 min 10 %li formalin eritmasiga solib qo'yiladi, so'ng toza suvda chayiladi yoki 0,5% yuvuvchi eritma qo'shilgan 3 %li vodorod peroksidi eritmasida 90 minut davomida zararsizlantiriladi.



**Kleyonkalar** 60 minut 3% li xloramin eritmasiga bo'ktirib, so'ngra chayiladi, quritiladi.

**Shippaklar** dez.kamerada zararsizlantiriladi yoki shippak uchiga 10 %li formalinda namlangan latta joylanadi, 2 soat xalta ichiga solib qo'yiladi; 1 %li ammiak eritmasida namlab artiladi, o'rab qo'yib 30 min saqlaniladi, keyin javonlarga taxlab qo'yiladi.

**Qo'lni tozalash** uchun quyidagi vositalar ishlatiladi:

— xlorgeksidin biglukonat (gibitan) ning 0,5 %li spirtli eritmasi, S-4 retsepturali 2,4 %li eritma (perform), 1 %li degmin eritmasi, 1 % li yodopiron eritmasi.

Qo'llar toza suvda dastlab cho'tka, so'ngra sovunlab yuviladi (bilakkacha), keyin steril salfetka bilan quruq qilib artiladi va quyidagi eritmalarning birontasi bilan ishlov beriladi:

— 0,5 %li xlorgeksidinda namlangan tampon bilan 5 minut artiladi;

— 1 %li degminda namlangan 2 ta tamponda 3—6 daqiqagacha artiladi;

— 0,1 %li yodopiron solingan sirlangan tog'orada 4 minut steril salfetka bilan yuviladi;

— performning 2,4 %li eritmasiga 2 minut davomida qo'l botirib turiladi va steril salfetka bilan artib quritiladi, steril qo'lqop kiyiladi.

**Operatsiya qilish maydonini tozalash.**

Bemor badanini yuvmasdan 1 %li yodopiron eritmasi yoki 0,5 %li xlorgeksidin, yoxud 5 %li yodning spirtli eritmasiga botirilgan steril tampon bilan 2 marta artib tozalanadi.

## **2.4. Ko'zi yoriyotgan va homilador ayollarning sanitar tozalovini o'tkazish**

Tug'uruq bo'limlariga infeksiya kirishining va sog'lom tug'uvchi ayollar orasida infeksiya tarqalishining oldini olishda **sanitar o'tkazish bloki — filtr** (qabulxona) muhim o'rin egallaydi. Bu yerda tug'uvchi ayol dastlabki so'rab-surishtiriladi va tekshirish ishlari amalga oshiriladi.

**Filtrda** ayol harorati o'lchanib, pulsi sanaladi. Ko'zi yoriyotgan ayolda yuqumli kasalliklar bor-yo'qligi yoki yuqumli kasalligi bo'lgan bemor bilan yaqin aloqada bo'lganligini aniqlash maqsadida so'rab-surishtiriladi, terisi va tomog'i ko'zdan kechiriladi.

Filtrda tug'uvchi ayollar sog'lig'iga qarab, kerakli bo'limga joylashtirish uchun saralov o'tkaziladi.

Filtrning ikkinchi muhim vazifasi homilador yoki tugʻuvchi ayolga sanitariya ishlovi berishdan iborat.

Hamshira homilador yoki koʻzi yoriyotgan ayollarni sanitar tozalashni, asboblar va parvarish vositalarini dezinfeksiyalash ishlarini toʻgʻri olib borishi zarur. Buning uchun quyidagi ishlar bajariladi:

- qoʻlqop kiyish;
- bemorning oyoq va qoʻl tirnoqlarini olish;
- qoʻltiq ostidagi tuklarni bir martalik usturada olib tashlash;
- steril suyuq sovunda namlangan tampon yordamida ushlab, qovdagi tuklarni namlab qirib tashlash;
- tozalovchi huqna oʻtkazish;
- huqna qilib boʻlgach, uchlik va Esmarx krujkasini bir soatga 3 % li xloramin eritmasiga solib qoʻyish;
- qoʻlqopni yechib, qoʻlni yuvish;
- tozalovchi huqnadan soʻng ayolni steril mochalka yordamida sovunlab dush qabul qildirish;
- artinib, steril koʻylak kiydirish;
- oyoq va qoʻl tirnoqlarini yod yoki brilliant yashiliga namlangan piliklar bilan artish.

Tozalovchi huqna homila tugʻuruq yoʻllaridan chiqish davrida, keserev kesish operatsiyasidan keyin, ogʻir gestozlarda, muddatidan oldin tugʻish xavfi boʻlgan hollarda oʻtkazilmaydi.

Qabul qilinayotgan ayol teri qoplamlari koʻzdan kechiriladi, tana harorati oʻlchanadi, bitlagan-bitlamaganligi tekshiriladi, har ikkila qoʻlda Q/B oʻlchanadi, puls sanaladi, homila yurak urishi eshitib koʻriladi va qin orqali koʻrish, tashxis qoʻyish hamda tugʻuruq rejasini tuzish uchun koʻruv xonasiga oʻtkaziladi.

## **2.5. Tibbiy xodimlarni nazoratdan oʻtkazish**

Tibbiy xodimlar uchun ishga qabul qilish vaqtida sanitar pasporti (tibbiy daftarcha) yuritiladi, unda mutaxassislar koʻrigi va laboratoriya tahlillari natijalari qayd etiladi. Tibbiy xodimlar nazorati harakatdagi buyruqlarga asoslangan holda belgilangan muddatlarda qayta oʻtkaziladi. Shu bilan birga, xodimlarning kundalik koʻrik jurnali ham yuritilib, bunda koʻrsatilgan jadval boʻyicha ishga kelgan xodimlarning holati belgilab boriladi.

Tugʻuruq statsionariga ishga kelgan xodim dush qabul qiladi,

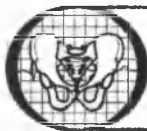
kiyimlarini almashtirib, toza xalat, qalpoq kiyadi, gripp tarqalgan vaqtda, har 2 soatda niqoblar almashtirilib turiladi. Doya va yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi tibbiyot hamshirasi shu bo'limda kiyadigan xalati bilan bo'limdan chiqishiga ruxsat berilmaydi.

Fiziologiya va observatsiya bo'limlari ish tartibi bir-biridan farq qiladi. Observatsiya bo'limida homilador va ko'zi yoriyotgan ayollar o'rtasida aloqa qilishga ruxsat etilmaydi. Kasalxona ichi infeksiyasining oldini olish maqsadida observatsiya bo'limidagi ayollar umumiy hojatxona, dam olish xonasi, oshxona, gigiyena xonalaridan foydalana olmaydilar.

Homiladorlik yoki tug'uruqdan keyingi davr asoratlari bo'lgan ayollar fiziologiya bo'limidan observatsiya bo'limiga o'tkaziladi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asoratlar aniqlanganda chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga ko'chiriladi.

Tug'uruq va tug'uruqdan keyingi yuqumli kasalliklar va asoratlar tarqalishining oldini olishga qaratilgan qoidalarga rioya qilish bolalar kasalliklari, onalar o'limining keskin kamayishi va sog'lom avlod tug'ilishini ta'minlaydi.

---

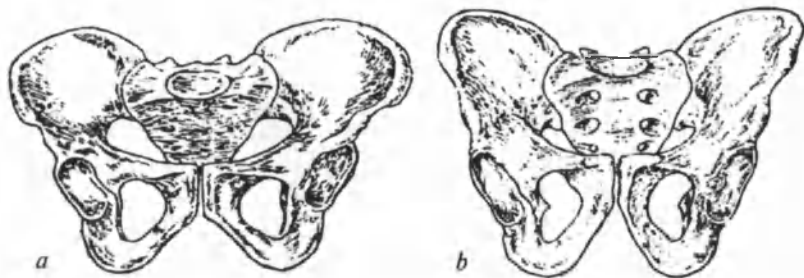


Ayol jinsiy a'zolari tuzilishi va funksiyasini o'rganish akusherlik va ginekologiya fanining asosini tashkil etadi. Buning uchun jinsiy a'zolar tuzilishini, ularning vazifalarini, homilador bo'lmagan vaqtda, homiladorlik, tug'uruq, tug'uruqdan keyingi davrda va ginekologik kasalliklarga chalinganda paydo bo'lgan o'zgarishlarni bilish muhim ahamiyatga ega. Bu bo'limda biz ayol jinsiy a'zolari anatomiyasi va fiziologiyasi hamda ayol chanog'i tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari bilan tanishamiz (1- ilova).

### 3.1. Ayol chanoq suyagining tuzilishi

Chanoq suyagi homila harakati sodir bo'ladigan tug'uruq kanalini hosil qiladi. Homilaning ona qornida rivojlanishidagi noqulay sharoitlaridan boshlab bolalik va jinsiy yetilish davrida chalingan kasalliklar chanoq tuzilishi va rivojlanishidagi buzilishlarga olib kelishi mumkin. Chanoq shikastlari, o'smalar va boshqa patologiyalar hisobiga deformatsiyalanishi (o'z shaklini o'zgartirishi) mumkin.

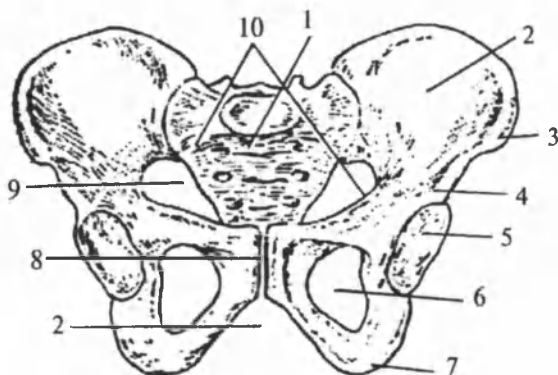
Ayol va erkak chanog'i tuzilishidagi farq jinsiy yetilish davrida aniq sezila boshlaydi. Ayol chanog'i suyagi yupqa, silliq, erkak chanog'iga nisbatan kengroq, chanoqqa kirish tekisliklari ayollarda ko'ndalang oval shaklida, kalta, keng va hajmi katta bo'ladi. Ayol chanog'i simfizi erkaklar simfiziga nisbatan kalta bo'lib, dumg'aza suyagi keng, dumg'aza burni turtib chiqqan, kichik chanoq



1-rasm. Ayol (a) va erkak (b) chanog'i.

bo'shlig'i silindrni eslatadi. Erkaklarda chanoq pastga voronkasimon torayib boradi. Qov burchagi ayollarda  $90-100^\circ$  bo'lsa, erkaklarda  $70-75^\circ$  ni tashkil etadi. Ayollarda dumg'aza suyagi erkaklarga nisbatan silliqroq joylashgan bo'ladi. Quymich suyaklar ayollar chanoq'ida bir-biriga nisbatan parallel joylashsa, erkaklarda bir-biri bilan tutashroq bo'ladi. Bu o'ziga xosliklarning hammasi tug'uruq vaqtida muhim ahamiyatga ega. Ayol chanoq'i 4 ta: 2 ta yonbosh, dumg'aza va 1 ta dum suyagidan iborat. Chanoq suyagi yoki nomsiz suyak 16—18 yoshgacha 3 ta: yonbosh, o'tirgich, quymich suyakdan tashkil topgan bo'lib, quymich kosasi sohasida tog'ay yordamida birlashadi (2- rasm).

Jinsiy yetilish davrida tog'aylar suyaklanib, yagona suyak — chanoq suyagi hosil bo'ladi. Qov suyagining yuqorigi va pastki shoxlari old tomondan tog'ay yordamida birikib, kam harakatlanadigan simfiz (birlashma) hosil qiladi va u chanoqning homiladorlik vaqtida birmuncha cho'zilish imkonini beradi. Umurtqa pog'onasining alohida qismlarini tashkil etuvchi dumg'aza va dum suyaklari chanoqning orqa devorini tashkil qiladi. Chanoq suyagi katta va kichik chanoqqa bo'linadi. Homiladorlik vaqtida kichik chanoq nisbatan muhim ahamiyatga ega bo'lib, tug'uruq vaqtida tug'uruq kanali qismini hosil qiladi. Uning o'lchami va shakli tug'uruqning kechishiga ta'sir qiladi. Kichik chanoq bo'shlig'ida keng va tor qismlar



2-rasm. Ayol chanoq'i:

- 1 — dumg'aza; 2 — yonbosh suyak qanoti; 3 — old yuqorigi o'sig'i (ko'sti); 4 — old pastki o'sig'i (ko'sti); 5 — quymich kosasi; 6—yopgich teshik; 7 — quymich do'mbog'i; 8 — simfiz; 9 — kichik chanoq og'zi; 10 — nomsiz chiziq.

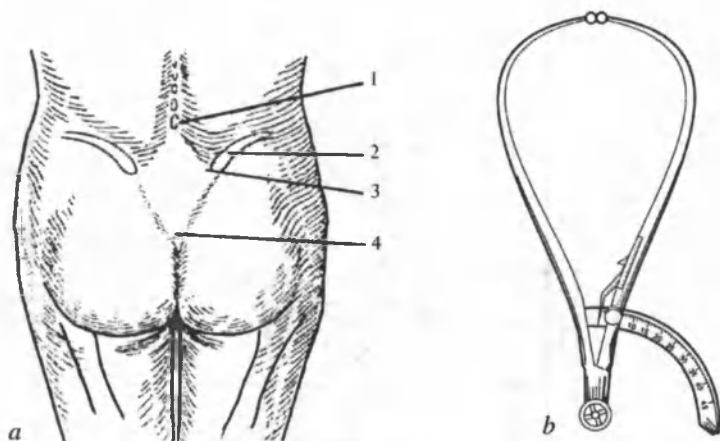
farqlanadi. Shunga ko‘ra kichik chanoq 4 ta: kirish tekisligi, keng tekislik, tor tekislik, chiqish tekisligiga ajratiladi. Shu tekisliklar to‘g‘ri o‘lchamlarning o‘rtasini birlashtirsa, hosil bo‘ladigan o‘q chanoqning o‘tkazuvchi o‘qi deyiladi. Homilaning tug‘uruq vaqtidagi harakati o‘tkazuvchi o‘q yo‘nalishi bo‘ylab boradi.

### 3.2. Chanoqni tekshirish

Chanoq o‘lchamlarini aniqlash ayollar maslahatxonasida birinchi qabul vaqtida amalga oshiriladi. Chanoq ko‘zdan kechirish, paypaslash, o‘lchash yo‘li bilan aniqlanadi. Ko‘zdan kechirilganda bel-dumg‘aza rombi, ya‘ni dumg‘aza orqa yuzasidagi maydonchaga e‘tibor beriladi. V — bel umurtqasi va I — dumg‘aza umurtqasining o‘rtasidagi chuqurcha rombning yuqori burchagi hisoblanadi. Pastki burchak dumg‘aza uchi va yon burchaklar yonbosh suyaklari qanotining orqa yuqori qirralariga to‘g‘ri keladi. Rombning shakli chanoqning o‘lcham va shakli o‘zgarishiga bog‘liq. Chanoqning o‘lchamlarini aniqlash uchun maxsus asbob tazomer — tos suyagini o‘lchagich qo‘llaniladi (3- rasm).

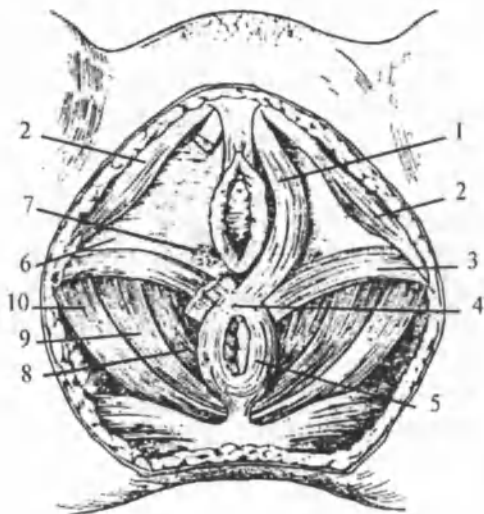
*Distantia spinarum* — yonbosh suyak old yuqori o‘siqlari orasidagi masofa — 25—26 sm.

*Distantia cristarum* — yonbosh suyak qanotlari eng uzoq nuqtalari orasidagi masofa — 28—29 sm.



3- rasm. Chanoq o‘lchamini aniqlash:

*a* — bel-dumg‘aza (Mixaels) rombi; *b* — tos suyagini o‘lchagich (tazomer); 1 — yuqori burchak; 2 — yonbosh suyagi ravog‘i; 3 — yon burchaklar; 4 — pastki burchak.



4- rasm. Chanoq tubi muskullari:

- 1—piyozcha-g'orsimon muskul; 2—quymich-g'orsimon muskul;  
 3—oraliqning yuza ko'ndalang muskuli; 4—oraliqning pay markazi;  
 5—to'g'ri ichak sfinkteri; 6—siydik-tanosil diafragmasi; 7—Bartolin bezi;  
 8—10—chanoq diafragmalari.

*Distantia trochanterica* — son suyak katta ko'stlari orasidagi masofa — 30—31 sm.

*Conjugata diagonalis externa* — qovning yuqori sohasidan Mixaels rombi yuqori burchagigacha bo'lgan masofa — 20—21 sm.

Chanoqning yumshoq to'qimalari chanoq suyagini tashqi va ichki tomondan yopib turadi. Chanoq tubi muskullari uch qavat bo'lib joylashadi. Mushaklarning bu xilda joylashuvi tug'uruq vaqtida homila tug'ilishida amaliy ahamiyatga ega bo'lib, keng mushak kanalini hosil qiladi. Jinsiy lablar orqa birlashmasi bilan tashqi chiqaruv teshigi orasidagi qismi *akusherlik oralig'i* deb yuritiladi.

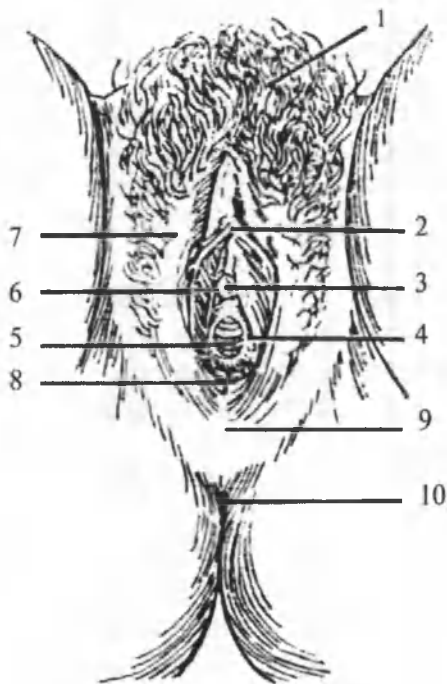
Uch qavatli mushak qatlami va fassiyalar hosil qiladigan chanoq tubi ichki jinsiy va qorin bo'shlig'i a'zolari uchun tayanch bo'lib hisoblanadi. Chanoq tubi muskullarining yetishmasligi jinsiy a'zolar, siydik qopi, to'g'ri ichak kabi a'zolarining tushuviga olib keladi (4- rasm).

### 3.3. Ayol jinsiy a'zolari

Tashqi va ichki jinsiy a'zolar bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolarga: qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qizlik parda, qin dahlizi, qin dahlizi bezlari (Bartolin), uretra, old va orqa chot sohalari kiradi (5- rasm).

**Qov** (*Mons pubis*) — teriosti yog' qatlami bo'lgan do'mboq soha bo'lib, qov burmalari bilan chegaralanadi. Qovning yuqori chegarasi ko'ndalang teri burmasi, qovusti burmasi, o'ng va chap tomondan chov burmalari, orqadan katta jinsiy lablar bilan chegaralanadi. Qov tuk bilan qoplangan bo'lib, uning o'sishi va qalinligi tuxumdonlar va buyrakusti bezi faoliyati bilan bog'liq.

**Katta jinsiy lablar** (*Labia majora*) — uzunasiga ketgan jinsiy yoriqni ajratib turuvchi 2 ta teri burmasidan iborat. Oldidan qov terisiga tutashib, orqa tomondan torayib borib, pastga tushadi va



5- rasm. Ayol tashqi jinsiy a'zolari:

1—qov; 2—klitor; 3—siydik chiqarish kanali; 4—qizlik parda; 5—qin og'zi; 6—kichik jinsiy lab; 7—katta jinsiy lab; 8—orqa bitishma; 9—oraliq; 10—orqa chiqaruv teshigi.



o'rtta chiziqda birikib, orqa bitishma hosil qiladi. Jinsiy lablar tashqi yuzasi tuk bilan qoplangan, ichki yuzasida ter va yog' bezlari joylashgan.

Tashqi jinsiy lablar orasidagi teshik *jinsiy yoriq* deyiladi.

Katta jinsiy lablar pastki qismida qin dahlizi katta bezlari — Bartolin bezlari joylashgan, orqa bitishma bilan to'g'ri ichak orasidagi joy *oralik* deb yuritiladi. Oralik muskul — fassiyadan tuzilgan qatlam bo'lib, tashqaridan teri bilan qoplangan, terida orqa bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha davom etadigan chiziq bo'lib, *oralik choti* deb yuritiladi. Tashqi tomondan oralik balandligi 3—4 sm ni tashkil etadi. Oralik ichki tomonga qarab torayib boradi, chunki qin va to'g'ri ichak bir-biriga yaqinlashib boradi.

**Kichik jinsiy lablar** (*Labia minora pudendi*) — uzunasiga joylashgan ikki juft teri burmalari bo'lib, katta jinsiy lablar ichida — uning asosida yotadi. Old tomondan kichik jinsiy lablar ikkiga bo'linib, ikki juft oyoqcha hosil qiladi. Old juftlik klitor ustidagi o'rtta chiziqda birikib, kichik bo'rtma — klitorning chekka kertmasini hosil qiladi. Oyoqchalarning ikki jufti klitor ostida birikib, klitor yuganchasini hosil qiladi. Orqa tomondan kichik jinsiy lablar nafislanib borib, katta jinsiy lablar ro'parasida unga qo'shilib ketadi.

**Klitor** (*Clitoris*) — ikkita g'ovaksimon tanadan iborat konussimon tuzilma. Klitor jinsiy yoriqning old burchagida kichik do'mboqcha shaklida turtib chiqib turadi. Klitor boshcha, g'ovaksimon tana va oyoqchalardan iborat. U tomirlar va nervlarga boy a'zodir, terisida juda ko'p nerv uchlari joylashgan. Klitor jinsiy sezish a'zosi hisoblanadi.

**Qin dahlizi** (*Vestibulum Vaginali*) — old tomondan klitor, orqadan jinsiy lablar orqa bitishmasi, yon tomondan kichik jinsiy lablar ichki yuzasi bilan chegaralangan bo'shliqdan iborat. Yuqoridan — qin tomondan qizlik parda bilan chegaralanadi. Qin dahliziga siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, Bartolin bezining chiqarish yo'llari ochiladi.

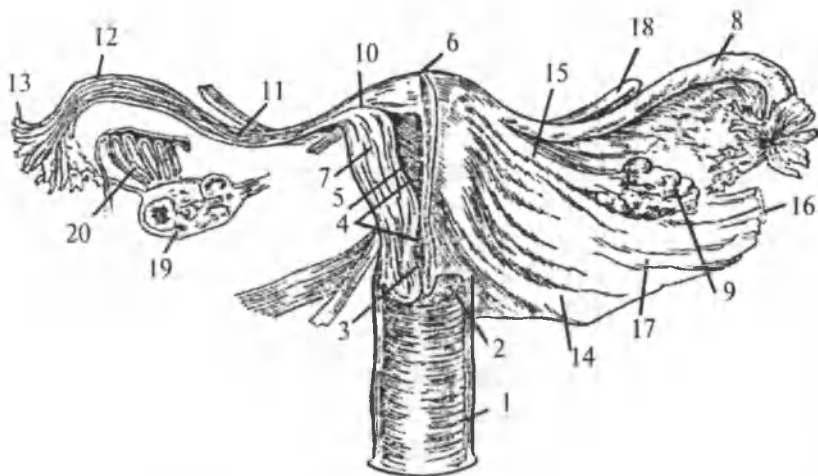
**Qizlik parda** (*Humer*) — biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'lib, qizlarda qinga kirish teshigini berkitib turadi. Tashqi va ichki qin tomondan yassi epiteliy bilan qoplangan bo'lib, biriktiruvchi to'qima, mushak tolalari, tomir va nervlar ham joylashgan. Qin teshigi har xil shaklda bo'lgani uchun qizlik parda ham turli xil: aylana, yarim oysimon, tishli, naysimon shaklda bo'ladi.

Birinchi jinsiy aloqa vaqtida qizlik parda yirtilib, undan geminal so'rg'ichlar qoladi. Tug'uruqdan keyin qizlik parda bir-biridan ajrab ketgan parchalari mirtasimon so'rg'ichlar deyiladi.

**Ichki jinsiy a'zolari** qin, bachadon, bachadon naylari, tuxumdonlar tashkil qiladi. Bu a'zolar bola tug'ish a'zolari hisoblanadi (6- rasm).

**Qin** (*Vagina, Colpos*) — uzunligi 10 mm atrofida bo'lgan cho'ziluvchan mushak—fibroz nay hisoblanadi. Yuqoriga qarab egilib, yuqori qirradi bilan bachadon bo'ynini o'rab oladi, pastdan qin dahliziga ochiladi. Qinning old va orqa devorlari bir-biriga tegib turadi. Bachadon bo'yni qinga chiqib, bachadon bo'yni atrofida gumbazsimon chuqurchalar hosil qiladi. Bular qin gumbazlari deyiladi. Orqa, old va ikkita yon gumbazlar farqlanadi. Qin devorlari uch: tashqi (zich biriktiruvchi to'qima), o'rta (yupqa mushak qatlam), ichki (shilliq qavat) qatlamdan iborat.

**Bachadon** (*Uterus*) — toq kovak a'zo bo'lib, kichik chanoqda siydik qopi bilan to'g'ri ichak o'rtasida joylashgan. Bachadon uzunligi



6- rasm. Ayol ichki jinsiy a'zolari (frontal sathdagi kesmasi):

1—qin; 2—bachadon bo'ynining qindagi qismi; 3—bachadon bo'yni kanali; 4—bachadon bo'g'zi; 5—bachadon bo'shlig'i; 6—bachadon tubi; 7—bachadon devori; 8—bachadon nayi; 9—tuxumdon; 10—bachadon nayining interstitsial qismi; 11—bachadon nayining istmik bo'g'iz qismi; 12—bachadon nayining ampular qismi; 13—bachadon nayi shokilalari; 14—dumg'aza-bachadon boylami; 15—tuxumdonning xususiy boylami; 16—voronka-chanoq boylami; 17—bachadonning serbar boylami; 18—yumaloq boylam; 19—tuxumdon (kesilgan) follikular va sariq tana bilan birga ko'rsatilgan; 20—parovarium.

6—7,5 sm, shundan 2,5—3 sm bachadon bo‘yniga to‘g‘ri keladi. Tub sohasi kengligi 4—5,5 sm, devor qalinligi 1—2 sm ni tashkil qiladi (1- ilova).

Bachadon tubi — bachadon nayining unga kirish sohasidan yuqoridagi qismidir. Bachadon tanasi uchburchak shaklida pastga qarab torayib boradi. Bachadon bo‘yni tananing davomi hisoblanadi.

Bachadon tanasi asosining burchaklarida uning bo‘shlig‘iga bachadon naylari ochiladi. Bachadon tanasi va bo‘yni o‘rtasida bachadon bo‘g‘zi joylashib, homiladorlik davrida pastki segment shakllanadi.

Bachadon devori asosiy uchta qavatdan iborat. Tashqi qatlam seroz qavat bo‘lib, qorin pardadir; o‘rta qatlam — mushak qavatdir, mushaklar uzunasiga, ko‘ndalang va qiyshiq yo‘nalishda joylashgan bo‘lib, homiladorlik vaqtida gipertrofiyalanib, vazni bir kilogrammgacha yetadi; ichki qavat shilliq pardadan iborat.

**Bachadon naylari** (*Tuba uterina, tuba Fallopii*) — uzunligi 10—12 sm bo‘lgan juft naysimon a‘zo. Bachadon naylari qorin parda ostida joylashib, bachadon keng boylami qismi hisoblanadi. Bachadon nayi bachadon ichi qismi, toraygan qismi, kengaygan ampular qismlardan iborat. Bachadon nayi uchlari ampular qism deb yuritiladi. Bu joyda ko‘p shokilalar bo‘lib, *fimbriyalar* deb ataladi. Shokilalardan biri qorin parda burmasi bo‘ylab tuxumdongacha cho‘zilib boradi. Nay bo‘shlig‘i ampular qismida 6—8 sm, bachadonga yaqinlashgan sari torayib, taxminan bir santimetrni tashkil qiladi. Nay tashqi tomondan biriktiruvchi parda bilan qoplanib, ostida mushak qavat joylashadi.

**Tuxumdonlar** (*Ovarium*) — ikkita yuza, ikkita qutbga ega bir juft a‘zo bo‘lib, uzunligi 2,5 sm, kengligi 1,5 sm, qalinligi 1 sm. Tuxumdonning yuqori qirradi bachadon nayiga qarab turadi. Bir qutbi bachadonga xususiy boylam bilan birikkan, ikki qutb chanoq yon devoriga qarab turadi, erkin qirradi qorin bo‘shlig‘iga qarab turadi.

Tuxumdonda po‘stloq va mag‘iz qavat bo‘lib, po‘stloq qavatida follikula, mag‘iz qavatida tomir va nervlar joylashadi. Ust tomondan epiteliy qobiq bilan o‘ralgan, uning ostida oqsil parda yotadi.

Bachadon arteriyasi, bachadon dumaloq boylami arteriyasi, tuxumdon arteriyasi tarmog‘i bilan bachadonda qon aylanishi ta‘minlanadi.

Bachadon naylari ham tuxumdon arteriyasidan qon oladi.

Bachadon va qin innervatsiyasi simpatik va parasimpatik asab sistemasi orqali amalga oshiriladi.

Jinsiy a'zo boylamlari 4 juft bo'lib:

— keng boylam bachadon qovurg'alaridan boshlanib, chanoq yon yuzalariga yopishadi;

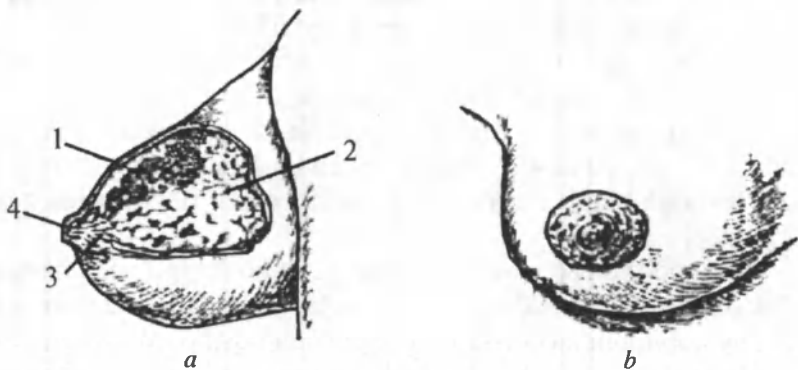
— yumaloq boylam keng boylam asosida joylashib, homiladorlik oxirida qalinlashadi, ozg'in ayollarda bu boylamni paypaslab sezish mumkin;

— dumg'aza bachadon boylami dumg'azadan bachadon orqa yuzasiga qarab ketadi. U qisqarganda bachadon orqaga tortiladi;

— tuxumdonning xususiy boylami.

### 3.4. Sut bezlari

Sut bezlari ko'krak qafasining old devorida III—IV qovurg'alar sohasida joylashgan murakkab anatomik a'zo hisoblanadi. Bez tanasi old tarafdin bo'rtgan disk shaklida, g'adir-budur bo'lib, yog' to'qimasi bilan qoplangan. Bezning orqa tarafi murakkab alveolar paysimon mayda bo'lakchali bezlardan tarkib topgan. Mayda bo'lakchalardan yirik bo'lakchalar shakllangan. Har bir bo'lakcha chiqaruv yo'liga ega. Ba'zi yo'llari so'rg'ichga chiqish sohasida birikib, 12—20 ta teshikchalar hosil qiladi. Bez parenximasi katta ko'krak va tishsimon mushaklar fassiyasining pardalariga o'ralib, biriktiruvchi to'qima qobig'ini hosil qiladi. Sut bezini o'rab turuvchi fassiya yuza qavati ostida ko'p miqdorda yog' to'qimasi joylashib, uni old tarafdin o'rab turadi va bo'lakchalar orasiga o'sib kirib,



7- rasm. Sut bezi:

*a*— sut bezining sxematik tuzilishi; *b*— emchak atrof doirasi va emchak uchi, 1—sut bezi bo'laklari; 2—yog' to'qimasi; 3—sut yo'llari; 4—emchak uchi.

biriktiruvchi to'qima tizimchalari va pardalarini hosil qiladi. Ular bezning yumshoq tirgovichlarini ushlab turadi. Bu tirgovichlar orasida yog' to'qimasi, sut yo'llari, qon va limfa tomirlari, nervlar joylashgan. Biriktiruvchi to'qima pardalari old tarafga qarab fassiyalardan o'tib, teri qatlamlariga birikadi va Kuper boylamlarini hosil qiladi (7- rasm).

Sut bezi ichki ko'krak va qo'ltiqosti arteriya tarmoqlari hamda qovurg'alararo arteriya shoxlaridan qon bilan ta'minlanadi.

### **3.5. Hayz sikli va uning boshqarilishi**

Hayz sikli ayollar organizmi murakkab biologik jarayonining bir ko'rinishidir (2- ilova).

Normal hayz sikli uch bosqichni o'z ichiga oladi:

1) gipotalamus — gipofiz — tuxumdon sistemasidagi siklik o'zgarishlar;

2) organizmning gormonal bog'liq a'zolarining siklik o'zgarishlari (bachadon, bachadon nayi, qin va sut bezlari);

3) nerv, endokrin va boshqa sistemalardagi siklik o'zgarishlar.

Hayz sikli davomida ayol organizmidagi o'zgarishlar ikki fazali xarakterga ega bo'lib, bu tuxumdonda follikula o'sib yetilishi, ovulatsiya, sariq tana rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

O'zgarishlar ko'proq bachadon shilliq qavatida kechadi. Tuxumdonda urug'lanish yuz bermasa, endometriyaning funksional qavati ko'chib, jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar (hayz) kela boshlaydi. Bu organizmda siklik o'zgarishlar tugaganligidan dalolat beradi.

Hayz sikli davomiyligi hayz boshlangan birinchi kundan keyingi hayzning birinchi kunigacha davom etadi va 25—30 kunni tashkil qiladi. 28 kunlik sikl juda normal hayz siklidir.

Tuxumdonlarda gonadotrop gormonlar ta'sirida ikkita faza kuzatiladi:

— follikular faza: follikula yetilishi va yetilgan follikulaning yorilishi;

— lutein faza: sariq tana rivojlanish fazasi.

Follikula yetilish jarayoni hayz siklining birinchi yarmida sodir bo'ladi. Follikuladagi tuxum hujayra bo'linish hisobiga kattalashadi. Tuxumdonda bu vaqtda ostrogen gormonlar (estradiol, estron, estriol) ishlab chiqariladi. Ularning ta'sirida bachadon o'sishi va rivojlanishi, qin, tashqi jinsiy a'zolar, ikkilamchi jinsiy a'zolar bachadon muskullari tonusi oshishi, sut bezlari rivojlanishi, bachadon shilliq pardasi proliferatsiyasi ro'y beradi.

Ovulatsiya fazasida yetilgan follikula yoriladi va undan yetuk tuxum hujayra ajralib chiqadi. Yaltiroq parda bilan o'ralgan tuxum hujayra follikular suyuqlik bilan birga qorin bo'shlig'iga, undan keyin esa bachadon nayiga tushadi. Bu jarayonlar hayz sikli o'rtalariga to'g'ri keladi.

Yorilgan follikula o'rnida yangi ichki bez — sariq tana hosil bo'ladi. Bu bez organizmni homiladorlikka tayyorlash uchun homiladorlik gormoni deb ataluvchi gormon — progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, bu bez bachadonning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik faoliyatini susaytirib, sut bezlarini sut ishlab chiqarishga tayyorlaydi, bachadon naylarining peristaltikasini kuchaytirib, tuxum hujayraning bachadonga tushishiga yordam beradi.

Sariq tana qaytish jarayonidan boshlab progesteron ishlab chiqarilish to'xtatiladi. Tuxumdonlarda yangi follikula yetila boshlaydi.

Bachadondagi siklik o'zgarishlarni uchta fazaga ajratish mumkin:

- 1) proliferatsiya fazasi;
- 2) sekretsia fazasi;
- 3) qon ketish (hayz fazasi).

*Proliferatsiya fazasi* — follikular faza bilan bir paytda kechib, hayz davomiyligi o'rtasigacha davom etadi. Bu faza hayz qoni to'xtagandan keyin boshlanib, tuxumdonda yetilayotgan follikulalar ta'sirida bachadon shilliq qavatni bezlari o'sishi bilan xarakterlanadi.

*Sekretsia fazasi* — hayz sikli yarmini tashkil etadi. Bu davrda sariq tana gormonlari ta'sirida bezlar sekret ishlab chiqara boshlaydi.

*Hayz ko'rish fazasi.* Bu faza o'z ichiga endometriy deskvamatsiyasi (ko'chib tushishi) va regeneratsiyasi (tiklanishi) ni oladi. Bazal qavat to'qimalaridan funksional qavat to'qimalari ko'chib tushgandan so'ng regeneratsiya boshlanadi. Fiziologik sharoitda siklning to'rtinchi kuni shilliq qavatning yara yuzasi epitelizatsiyalanadi.

### 3.6. Ayol umri davrlari

Ayol umri ruhiy va jismoniy o'zgarishlarga qarab bir necha davrlarga bo'lib o'rganiladi. Davrlar o'rtasidagi chegara nisbiy bo'lib, rivojlanish sharoitlari, irsiy omillar, biologik va ijtimoiy omillar ta'sirida o'zgarishi mumkin.

**Ona qornidagi davr.** Bu davrda homila rivojlanishi, paydo bo'lishi va shakllanish jarayoni, jinsiy a'zolarining shakllanishi ona qonidan, platsentadan keluvchi gormonlar ta'sirida amalga oshadi. Embrional rivojlanishning 3—4 haftasida jinsiy bezlar rivojlanadi, 6—8 haftada esa tashqi va ichki jinsiy a'zolar kurtaklanadi. Homilaning 20- haftasiga kelib tuxumdonlarda premordial follikulalar hosil bo'ladi. 31—32- haftada follikulalar rivojlanishining birlamchi belgilari, ya'ni granuloz hujayralar qavati oshib, 6—8 qatorga yetadi. Homila ona qornida rivojlanishining har haftasida reproduktiv sistemaning muhim jarayonlari amalga oshadi.

**Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri.** Bu davr chaqaloq tug'ilgandan boshlab 4 haftani yoki 28 kunni o'z ichiga oladi. Bola tug'ilganda uning jinsi tashqi jinsiy a'zolar tuzilishiga qarab belgilanadi. Chunki bu davrda boshqa jinsiy belgilar rivojlanmagan bo'ladi. Qiz bolaning chaqaloqligida hayotining birinchi haftasida estrogen to'yinganlik va jinsiy kriz belgilari namoyon bo'ladi. Sut bezlari shishishi, ba'zan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishi kuzatiladi. Hayotining 5—10 kuniga kelib bu belgilar o'tib ketadi.

**Bolalik davri.** Tug'ilishning birinchi oyidan boshlab 8 yoshgacha davom etadi. Bu davrda reproduktiv sistemada sezilarli o'zgarishlar bo'lmaganligi uchun neytral davr deb ataladi. Organizm asta-sekin fiziologik va jinsiy jihatdan tayyorlanib boradi. Bolaning mukammal rivojlanishi uchun uni 3—4 yoshligidanoq, ya'ni o'z jinsini ajrata olishi bilanoq, ma'lum tartib va gigiyena qoidalariga o'rgatib borish zarur. Qiz bolalar o'z to'shagida uxlashi, zarur shaxsiy gigiyena vositalari bilan ta'minlanishi, bolalar kiyimlari kattalarnikidan alohida yuvilishi kerak. Hayotining birinchi yilida pampers tagliklar faqat sayr va tungi uyqu vaqtidagina qo'llanilishi shart. Qiz bola tashqi jinsiy a'zolari shilliq qavati haddan tashqari nozik bo'lib, u turli yuvish vositalari va sintetik matolarga sezgir bo'ladi. Shuning uchun ham tashqi jinsiy a'zolarida qizarish paydo bo'lsa yoki turli ajralmalar kelgan taqdirda bolalar ginekologiga murojaat qilish kerak.

Bolalarni har kuni yuvib, ozoda yurishga, bir kunda 2 marta tish yuvish, bir kunda 4—5 marta siydik qopini, bir marta ich bo'shatishi, hojatdan so'ng va ovqatdan oldin qo'llarini yuvish, agar uyda uy hayvonlari boqilsa, bolalarni ehtiyotlash maqsadida parazitlarga qarshi davolash, hayvonlar bilan to'g'ri munosabatda bo'lishga o'rgatish lozim.

4—5 yoshdan boshlab tashqi jinsiy a'zolar parvarishiga alohida e'tibor berish zarur. Har gal ich bo'shatilgandan so'ng maxsus salftkada artish, har kuni ich kiyimini almashtirish kerak.

Bolaning dam olishi va foydali mehnat bilan shug'ullanishi uchun qulay sharoit yaratish, darmondorilarga boy, quvvatli ovqatlanishni, 10 soatlik osoyishta uyqu, toza havoda bo'lishni ta'minlash lozim.

**Jinsiy yetilish davri.** Jinsiy yetilish davri taxminan 10 yil davom etib, bu davrda jismoniy va jinsiy rivojlanish baravar kechadi. 18—20 yoshda qiz bola jismoniy va ruhiy tomondan to'liq yetiladi, farzand ko'rishga, ya'ni ona bo'lishga tayyor bo'ladi. Jinsiy yetilish 7—8 yoshdan boshlanib, uchta davrni o'z ichiga oladi:

**1-prepubertat davr** (7—9 yosh) miyaning gipotalamik sistemalari yetilishi har 5—7 kunlik asiklik tartibda gonadotropin (GT) ajralishi bilan xarakterlanadi.

**2- pubertat davrning birinchi fazasi** 10—13 yoshga to'g'ri keladi. Bu davrda tuxumdonlarda estrogenlar ishlab chiqarilishining kuchayishi kuzatiladi.

**3- pubertat davrning ikkinchi fazasi** (14—17 yosh) gipotalamo-gipofizar tizimi reproduktiv funksiyasi to'liq shakllanib ulguradi.

Jinsiy yetilish mukammalmi yo nuqsoni bormi, buni bilish uchun ikkilamchi jinsiy belgilar hosil bo'lish vaqti, tartibi, jinsiy a'zolar va belgilar rivojlanish darajasini hisobga olish lozim.

Qiz bolalarda 8—9 yoshda sut bezlari rivojlanishining birlamchi belgilari — sut bezlari so'rg'ichlari giperemiya va pigmentatsiyasi hosil bo'ladi. Sut bezlari 10—11 yoshda hosil bo'lib, *telarxe* deb nomlanadi. Qo'ltiq osti chuqurchasida tuklar hosil bo'lishi (11—12 yosh) *adrenarxe*, qov sohasida paydo bo'lishi (10—11 yosh) *pubarxedan* deb atalib avvalroq kuzatiladi. Tananing o'sishi va vaznning oshuvi 9—10 yoshdan boshlanib, menarxedan bir yil oldin, yuqori pog'onasiga yetadi (1 yilda bo'y 10 sm, vazn 12 kg gacha).

11—12 yoshdan boshlab ichki jinsiy a'zo, sut bezlari o'sishi va rivojlanishi, chanoq suyaklari kengayishi kuzatiladi. Birinchi hayz — menarxe 12—13 yoshda keladi. 15—17 yoshga kelib qiz bolaning bo'yi o'sishdan to'xtaydi, tanasi ayollarga xos shakllanadi.

Jinsiy yetilish — ayol umrining o'zgaruvchan davri bo'lib, bu vaqtda qiz bola tashqi muhitning salbiy ta'sirlariga va ichki omillarga o'ta sezgir bo'ladi. Jinsiy yetilish davrida ovqatlanish, o'qish va



dam olish qat'iy rejim asosida amalga oshirilishi, uning jismi va ruhiyatiga og'irlik tushmasligi shart. 10—12 yoshdan qiz bolani jismoniy va ruhiy o'zgarishga tayyorlab, unga jinsiy rivojlanish haqida so'zlab berish lozim. Qiz bolaga birinchi hayz vaqtida nimalar qilish lozimligi tushuntiriladi. Hayz paytida jismoniy zo'riqishdan ehtiyotlab, qo'shimcha dam olish tavsiya etiladi. Bu kunlarda qiz bola maxsus gigiyenik salfetkalarini qo'llaydi, tamponlardan esa faqat ginekolog shifokor tavsiyasiga ko'ra foydalanadi. Gigiyenik chora-tadbirlar, suv muolajalari, har kuni kechqurun badan, ayniqsa, tashqi jinsiy a'zolar, qo'ltiq ostini tozalab yuvish tavsiya etiladi. Chunki bu joylarga gormonlar aktiv ta'sir ko'rsatadi.

**Jinsiy yetuklik davri** — reproduktiv davr deb ham atalib, 16—18 yoshdan 45—47 yoshgacha — o'rtacha 30 yil davom etadi. Bu davr mobaynida ayol organizmi nasl qoldirish qobiliyatiga ega bo'lib, reproduktiv sistema turg'un ravishda faoliyat ko'rsatadi. Sog'lom ayolda butun reproduktiv davr mobaynida hamma sikllar ovulator sikl bo'lib, 350—400 tuxum hujayra yetiladi. Tuxumdonlarda follikulalarning muntazam yetilishi va ovulatsiyasi ayol organizmida homiladorlik uchun eng qulay sharoit yaratadi.

Har bir ayol bu davrda homilador bo'lish ehtimoli yuqoriligini hisobga olib, homiladorlikdan saqlanish usullarini bilishi va qulayini tanlay olishi, o'zining va turmush o'rtog'ining sog'lig'i uchun qayg'urishi kerak. Homilador bo'lishdan 2—3 oy oldin tibbiy muolajalarni to'xtatish tavsiya etiladi.

Tug'uruqdan so'ng reproduktiv sistemaning tiklanishi uchun 3—6 oy kifoyadir. Bola ko'krak suti bilan boqilganda ayol homilador bo'lmaydi deb hisoblanadi. Ammo bu fikr noto'g'ri, chunki tug'uruqdan keyin 2—3 oy ichida hayz sikli tiklanib, oilada kontratseptiv vositalardan foydalanishga ehtiyoj paydo bo'ladi. Tug'uruqlar orasidagi me'yoriy muddat 2 yildan kam bo'lmasligi kerak. Chunki bu davrda ayol organizmi to'liq tiklanib, yangi homiladorlikka tayyor bo'ladi. Kontratsepsiya vositalaridan foydalanmasdan, doimiy jinsiy hayot bo'lganda 12 oy ichida ayol homilador bo'lishi kerak. Agar homilador bo'lmasa, bepushtlik sanalib, er va xotindagi bepushtlik sabablari aniqlanadi.

Reproduktiv yoshda jinsiy yo'llar orqali tarqaladigan yuqumli kasalliklar asosiy muammo hisoblanadi. Kasallikning oldini olishning eng ishonchli usuli sog'lom odam bilan jinsiy aloqa qilishdir. Hayz kunlari jinsiy aloqada bo'lish, operativ muolajalar o'tkazish tavsiya etilmaydi. Har bir ayol a'zolari o'ziga xosligini bilishi va o'zi uchun qulay sharoit yaratishi lozim.

**Klimakterik davr** ayollar reproduktiv sistemasi funksiyasining soʻnib borish davri hisoblanib „klimaks“, „klimakterik davr“ terminlari oʻrniga quyidagi terminlar qoʻllanilishi qabul qilingan:

- menopauzaoldi davri — 45 yoshdan menopauzagacha;
- menopauza davri — menopauzaoldi davri bilan menopauzadan keyingi 2 yil;
- menopauzadan keyingi davr — menopauzadan keyin boshlanib, ayol umri oxirigacha davom etadi.

Menopauzaoldi davrida, yaʼni ayol 45 yoshga oʻtishi bilan tuxumdonlarda 10 mingdan kamroq ootsitlar qoladi, follikulalarda kuchli distrofik oʻzgarishlar amalga oshadi, estrogenlar ishlab chiqarish keskin kamayadi, FSG va LG ishlab chiqarilishi bir necha bor oshadi. Bu davrda organizm yosh oʻzgarishlarga mos ravishda tuxumdonlar funksiyasi sekin-sekin susayadi. Patologik kechishda esa klimakterik sindrom rivojlanadi. Bunda metadolik surilishlar yuz berib, yogʻ toʻqimasi hisobiga tana ogʻirligi oshadi, xolesterin, trigletsirid, qondagi glukoza miqdori oshadi. Neyrovegetativ (issiqlik quyilishi, terlash, bosh ogʻrigʻi, arterial bosimning oshuvi, qaltirash, taxikardiya), psixoemotsional (jahldorlik, uyquvchanlik, holsizlik, parishonxotirlik), urogenetal (teri quruqligi, qinda achishish, siydik tuta olmaslik) buzilishlar kelib chiqadi.

Hayz sikli ritmi va davomiyligining oʻzgarishi menopauzaoldi davri uchun xos holat boʻlib, 50—53 yoshlarga kelib, hayz qoni batamom toʻxtashi — menopauza bilan tugaydi.

Menopauzaoldi davrida bachadondan disfunktsional qon ketish holati ham kuzatilib, bunda onkologik kasalliklar xavfi kuzatiladi, shu bois gistologik tekshirishlar olib borilishi muhimdir.

Hayzning bir yil davomida boʻlmasligi menopauzadan keyingi davr boshlanganligini bildiradi.

**Menopauzadan keyingi davr.** Klimakterik davrni boshidan kechirayotgan ayolga nihoyatda sabr-chidam bilan xushmuomalada boʻlish maqsadga muvofiqdir. Ular oʻz salomatliklari uchun qaygʻurishlari lozim boʻlib, ularda turli somatik kasalliklar paydo boʻla boshlaydi. Bu davrda mutaxassislar yordamchi gormonal terapiya buyurishni tavsiya etadilar.

Menopauzadan keyingi davr erta, yaʼni tuxumdonlar faolligi kamroq saqlangan va kechki, yaʼni tuxumdonlar funksiyasi toʻliq toʻxtab, organizm qariy boshlagan davrlarga boʻlinadi.

BSSST tasnifi boʻyicha 70—74 yosh atrofida keksalik, 75—89 yoshga yetganlar qarilik, 90 yoshdan oshgan kishilarni uzoq yashayotgan kishilar tasnifiga kiritilgan.



#### 4.1. Urug‘lanish

Erkak (spermatozoid) va ayol (tuxum hujayrasi) jinsiy hujayralarining bir xil xromosoma yig‘indisining qo‘shilishi *urug‘lanish* deyiladi. Natijada xromosomalarning diploidli yig‘indisi, ya’ni yangi hujayra — zigota hosil bo‘ladi. U yangi organizm rivojlana boshlanishidan darak beradi (3- ilova).

Yetilgan tuxum hujayrasi protoplazma va yadrodan iborat bo‘lib, uning ustki qismi yaltiroq, tiniq qobiq bilan o‘ralgan. Tuxum hujayrasi follikuladan chiqqanidan so‘ng u yana epiteliydan tarkib topgan nurli qobiq bilan o‘ralgan bo‘ladi.

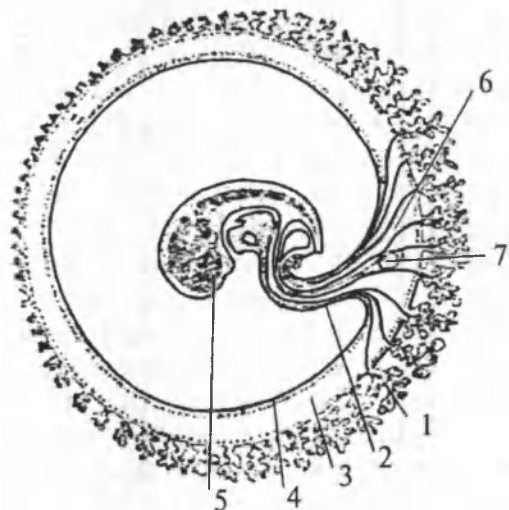
Yetilgan spermatozoid boshcha, bo‘yin va dumchadan iborat. Otaning nasliy belgilarini o‘zida mujassamlashtirgan boshcha jinsiy hujayrada yadroga qaraganda ham muhim o‘rin tutadi. Spermatozoid harakatsiz tuxum hujayrasiga qaraganda o‘zining dumchasi yordamida faol harakatlanadi. Tuxumdon hujayrasi ovulatsiya vaqtida bachadon naylarining kiprikchalari yordamida nay bo‘ylab bachadonga qarab harakatlanadi. Ovulatsiya davri urug‘lanish uchun eng qulay davr hisoblanadi, agar urug‘lanish sodir bo‘lmasa, tuxum hujayrasi parchalanadi.

Jinsiy aloqa vaqtida eyakulat ayol qiniga tushadi, nobop muhitga tushgan spermatozoidlarning ma’lum bir qismi nobud bo‘ladi, qolgan qismi esa bachadon bo‘yni orqali bachadon bo‘shlig‘iga tushadi, u yerdagi ishqoriy muhitda spermatozoidlar o‘zining harakatchanligini va hayot faoliyatini saqlab qoladi. Urug‘lanish hosil bo‘lishi uchun bir dona spermatozoidning o‘zi yetarlidir, qolgan spermatozoidlar gialuronidaza fermentini ishlab chiqarib, uning yordamida tuxum hujayrasining oqsil qavatini eritib yuboradi, natijada bir dona spermatozoid erigan qavatdan o‘tib, tuxum hujayra yadrosi bilan uchrashadi. 75% dan kam bo‘lmagan spermatozoidlar faol harakatlansa, urug‘lanish ishonchli kechadi.

Tuxum hujayra bo‘linib, naylar orqali bachadon tomon harakat qiladi. Bu jarayon 6—7 kun davom etadi, undan so‘ng homila bachadon bo‘shlig‘iga tushib, shilliq qavatga (funksional qavat, endometriy) yopishadi. Bu jarayon implantatsiya deyiladi. Bu vaqtda endometriy sekretiya fazasida bo‘ladi. Homila bachadon

devorlariga tobora chuqur o'sib kirib boradi, uning ustidan shilliq qavat hosil bo'ladi. Yo'ldosh rivojlanib borish vaqtida, undan *detsidual qavat* hosil bo'ladi. Ikkinchi qavati — trofoblastdan *xorion* hosil bo'ladi. Homilani o'rab turuvchi uchinchi qavat *suvli qatlam* — *amnion* deyiladi; xorion qilchalaridan asta-sekin homilaning tomirlari o'sadi va kelgusida homila qonida ona organizmi o'rtasida jadal modda almashinuvini bajaradi (8- rasm).

Homiladorlikning uchinchi haftasida yo'ldosh hosil bo'la boshlaydi. Homila — yo'ldosh qon aylanishi paydo bo'lgandan so'ng 13-hafta oxirida yo'ldosh hosil bo'lish davri tugaydi. Homila kindik-tomir yo'li bilan mahalliy tomirga birlashganda yo'ldosh qon aylanishini, ya'ni bachadon — yo'ldosh kompleksi nafas olishni ta'minlaydi. Homilaning nafas olishi, oziqlanishi va siydik ajratish faoliyati yo'lga qo'yiladi. Ona qon tomirlaridan xorion devori orqali homila qon tomirlariga oziq moddalar va kislorod o'tadi. Shundan keyin tomirlar bo'ylab oqqan qon vena orqali homilaga boradi. Aks yo'nalishda homila qonidan ona qoniga kindik arteriyalari bo'ylab modda almashinuvini mahsulotlari chiqib ketadi.



**8- rasm. Embrional pardalar hosil bo'lish sxemasi:**

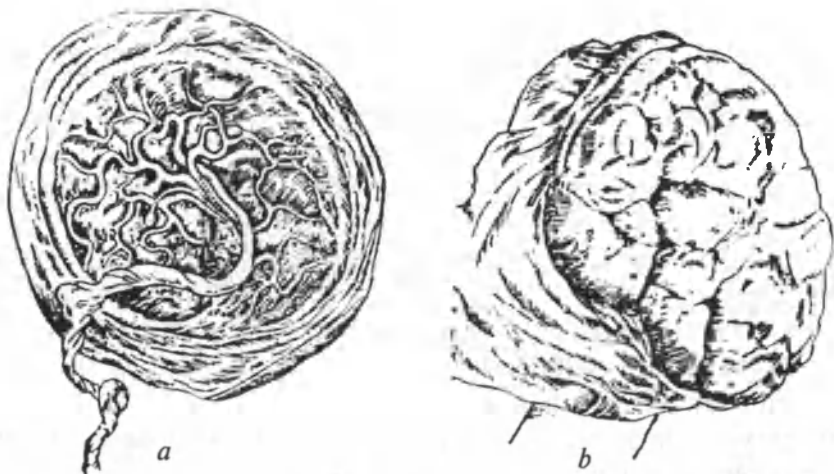
1—shokila parda (xorion); 2—kindik kurtagi; 3—ekzotsilom; 4—qog'onoq pardasi (amnion); 5—embrion; 6—allontois; 7—sariqlik pufakchasining qoldig'i.

Ona va homila qoni aralashib ketmaydi, chunki homilaning mustaqil qon aylanish sistemasi bor.

Yangi yo‘ldosh yirik ichki sekretiya bezlari homila bilan birga va ona gormonlari bilan yagona endokrin sistema (fetoplansentar kompleks) hosil qiladi. Yo‘ldosh ona qon tomirlariga homila uchun kerak bo‘lgan biologik faol moddalar va gormonlarni sintez qilib, ajratib beradi (9- rasm).

Yo‘ldosh homilaning immunobiologik himoya manbayi bo‘lib, uni tashqi ta’sirlardan saqlaydi (zaharli va ba’zi dori moddalari, mikroorganizmlar va boshqalar). Lekin yo‘ldosh ham kuchli ta’sirlarga bardosh bera olmaydi. Spirt, turli xil narkotiklar, nikotin, simob, nurlanish, ba’zi dori moddalar, toksoplazma, qizilcha viruslari va boshqalar yo‘ldosh orqali oson o‘tadi. Homila atrofida suv — homilani o‘rab turuvchi biologik faol muhit bo‘lib, bir qancha vazifalarni bajaradi. Homila suvi 1/1,5 l atrofida bo‘ladi. Suvning 1/3 qismi har soatda almashinib turadi. Suv gomeostazni ta’minlaydi; homilani turli xil tashqi ta’sirdan, kindikning ezilib qolishidan saqlaydi, homila uchun oziq-muhit hosil qiladi va bachadonda homilaning mustaqil harakatlanishiga yordam beradi.

*Kindik* homilani yo‘ldosh bilan birlashtirib turadi, unda ikkita arteriya va bitta vena qon tomiri bo‘lib, yumshoq to‘qima bilan o‘ralgan. Kindik uzunligi 50—55 sm, kengligi 1—1,5 sm, homila qismida 2—2,5 sm ni tashkil qiladi.



**9-rasm. Platsenta:**

*a*—homilaga qaragan yuzasi; *b*—onaga qaragan yuzasi.

## 4.2. Homilaning rivojlanishi

Implantatsiya yakunlangandan so'ng, homila a'zo va sistemalarining rivojlanish davri boshlanadi. Asab sistemasi homiladorlikning 2- oyidan boshlab shakllanadi. 5- oyda orqa miya, 6—7- oylarda bosh miya shakllanishi yakunlanadi. Lekin bosh miya qobig'i faoliyati homila tug'ilgandan so'ng boshlanadi.

Endokrin sistema organogenez boshlangan davrdan faoliyat ko'rsata boshlaydi, ya'ni fetoplatsentar kompleks hosil qiladi.

Homilada qon hosil qilish sistemasi 2- oydan boshlab doimiy faoliyat ko'rsata boshlaydi. Homiladorlikning 4- oyiga kelib taloq faoliyati paydo bo'ladi. Yetilgan homilada gemoglobin va eritrotsitlar soni katta odamga nisbatan ko'p bo'lib, ular homilani kislorod bilan ta'minlashga yordam beradi. Nafas olish sistemasi homila rivojlanishining birinchi oyidan boshlanadi, yetilgan davrida homila nafas olish sistemasi to'liq rivojlanib bo'lgan bo'ladi.

Yo'ldosh orqali homilaning zarur miqdordagi kislorod bilan ta'minlanmasligi homila rivojlanishidagi o'zgarishlarga va hatto homilaning nobud bo'lishiga sabab bo'ladi.

Oshqozon-ichak sistemasining shakllanishi butun homiladorlik davrida davom etadi, lekin jigar 4—5- oydan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi. Homila ichaklarida birlamchi axlat (mekoniy) hosil bo'ladi. Yo'ldosh homilaning oziqlanishini ta'minlaydi. Homilaning rivojlanishi ona organizmidan kelayotgan oziq moddalarga bog'liq. Shuning uchun homilador ayolning ratsional ovqatlanishi homila uchun katta ahamiyatga ega. Homilada so'rish jarayoni 2- oyda shakllanadi. Siydik ajratish funksiyasi 7- oyda shakllanib bo'ladi, lekin uning haqiqiy faoliyati tug'ilgandan so'ng boshlanadi.

*Homilaning yetilganlik belgilari:*

— chaqaloq uzunligi 45 sm, tana og'irligi 2500 g dan oshiq bo'ladi;

— kindik halqasi qov va xanjarsimon o'simta orasida bo'ladi;

— terisi och pushtirangda, teriosti yog' qatlami yaxshi rivojlangan, terida tug'uruqdan qolgan shilliq qoldiqlar; tuklar faqat yelka va orqa kurakning yuqori qismida, soch uzunligi 2 sm, tirnoqlari to'la shakllangan bo'ladi;

— burun va quloq tog'aylari egiluvchan;

— o'g'il bolalarda tuxumlar yorg'oqqa tushgan, qizlarda kichik jinsiy lablar va klitor katta jinsiy lablar bilan yopilgan.;

— yetilgan chaqaloqning harakati faol, yig'isi baland, ko'zlari ochiq, so'rish refleksiga ega bo'ladi.

*Yetilgan homila boshi* o'ziga xos belgilarga ega. Uning shakli, katta-kichikligi, suyaklarining harakatchanligi tug'uruq ikkinchi davrining qanday kechishiga bog'liq. Bolaning boshi ona tos suyagi o'lchamlariga bog'liq. Homila boshi tekshirilganda unda bir nechta chok va liqildoqlar borligi aniqlangan. Tug'uruq vaqtida bosh suyaklari bir-biri bilan kirishib, o'lchamini kichraytiradi.

Homila bosh suyagi 2 ta peshana, 2 ta chakka, 2 ta tepa va 1 ta ensa hamda asos va to'rsimon suyaklardan tashkil topgan (10- rasm).

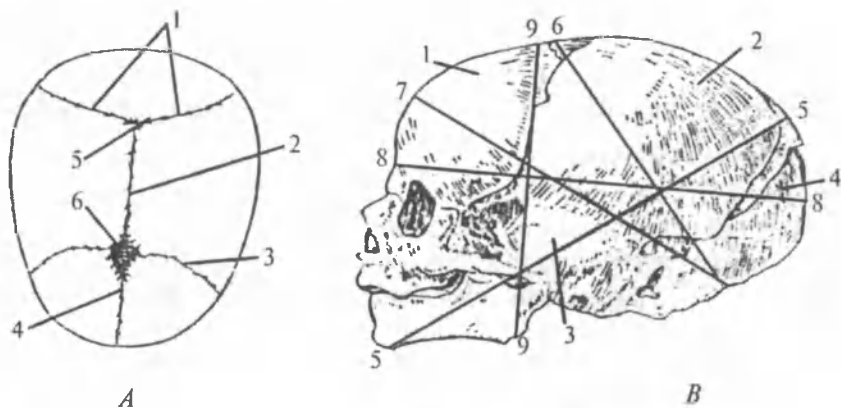
Akusherlikda quyidagi choklarni bilish zarur:

— o'qsimon chok 2 ta tepa suyaklar orasidan o'tadi, oldinda katta liqildoq, orqadan kichik liqildoq bilan tutashadi;

— peshona choki o'qsimon chokning yo'nalishi bo'ylab, peshana suyaklari orasidan o'tadi;

— tojsimon chok peshana suyaklarni tepa suyaklari bilan birlashtiradi, o'qsimon va peshona choklarga perpendikular ravishda o'tadi;

— lambdasimon (ensa) chok ensa suyagini tepa suyaklar bilan birlashtirib turadi.



10- rasm. Yangi tug'ilgan bola kallasi.

*A* — yuqoridan ko'rinishi: 1—lambdasimon chok; 2—o'qsimon chok; 3—toj chok; 4—peshona choki; 5—kichik liqildoq; 6—katta liqildoq.

*B* — yondan ko'rinishi: 1—peshana suyagi; 2—tepa suyak; 3—chakka suyagi; 4—ensa suyagi; 5—5—katta qiyshiq o'lchov; 6—6—kichik qiyshiq o'lchov; 7—7—o'rta qiyshiq o'lchov; 8—8—to'g'ri o'lchov; 9—9—tik o'lchov.

Choklarning birlashish sohasida katta va kichik liqildoqlar joylashgan bo'lib, uning teshiklari fassiyalardan iborat parda bilan qoplangan:

— oldi katta liqildoq o'qsimon, peshana va tojsimon choklar orasida joylashgan, romb shakliga ega;

— orqa kichik liqildoq o'qsimon va lambdasimon choklar orasida joylashgan, uchburchak shakliga ega.

Homila boshida 2 ta tepa, 2 ta peshana va ensa do'mboqchalari bo'ladi.

*Chaqaloqning bosh suyagi o'lchamlari:*

— to'g'ri o'lcham — 12 sm (qosh ravog'idan ensa do'mboqlarigacha), bosh aylanasi to'g'ri o'lcham bo'yicha 34 sm;

— katta qiyshiq o'lcham (pastki jag'dan ensa do'mboqchasigacha) — 13—13,5 sm, bosh aylanasi 38—42 sm;

— kichik qiyshiq o'lcham (ensa osti chuqurchasidan katta liqildoqning old burchagigacha) — 9,5 sm;

— o'rta qiyshiq o'lcham (ensa osti chuqurchasidan peshananing sochli qismi chegarasigacha) — 10 sm, bosh aylanasi 33 sm;

— vertikal o'lcham (tepa suyaklardan tilosti sohasigacha) 9,5—10 sm, bosh aylanasi 32 sm;

— katta ko'ndalang o'lcham (tepa do'mboqchalari orasidagi eng uzoq masofa) — 9,5 sm;

— kichik ko'ndalang o'lcham (tojsimon chokning eng uzoq nuqtalari orasi) — 8 sm.

### **4.3. Homiladorlik vaqtida ayol organizmidagi o'zgarishlar**

Homilador ayol organizmining faoliyati homilaning rivojlanishi uchun eng qulay sharoit yaratishga moslashgan. Urug'langan tuxum hujayrasi implantatsiyasidan boshlab, bola tug'ilganidan keyin ham ayol organizmiga tamomila bog'langan. Ona organizmi bolaning to'g'ri rivojlanishini ta'minlashga moslashadi. Homila onadan hayot uchun zarur kislorod, oqsil, yog', uglevod, vitamin, minerallar oladi. O'z navbatida, homila faoliyatining chiqindi mahsulotlari ona organizmiga tushadi va uning siydik ajratish sistemasi orqali chiqib ketadi. Bu doimiy almashinuv jarayoni gomeostazning yangi, ayolning homiladorlik holatiga xos o'zgarishlarni belgilab beradi.

Homiladorlik davrida ayol organizmidagi o'zgarishlar butun a'zo va sistemalarni MAS (markaziy asab sistemasi) dan tayanch-harakatlanish sistemasigacha o'z ichiga oladi. Modda almashinuvining hamma turlari o'zgaradi.



*Markaziy asab sistemasi.* Homila tuxumi, bachadon intra-retseptorlarini qo'zg'atib, ayolda reflektor reaksiyalarni yuzaga keltiradi. Bosh va orqa miya qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi. Markaziy asab sistemasi quyi qismining ta'sirchanligi pasayganligi tufayli bachadonda qo'zg'aluvchanlik kamayadi, natijada homiladorlik normal kechadi. Tug'ish vaqtida orqa miya qo'zg'aluvchanligi ortadi, bu to'lg'oqning hosil bo'lishini kuchaytiradi.

Homilador ayollarda periferik asab qo'zg'aluvchanligi oshadi. Shuning uchun bel va dumg'aza sohalarida asabga bog'liq og'riqlar paydo bo'lishi mumkin. Bu holat keyinchalik yo'q bo'lib ketadi.

Bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari o'zgaradi, natijada homiladorlarda uyquga moyillik, kayfiyatning tez o'zgaruvchanligi, hid va ta'm sezishning buzilishi, ko'ngil aynish, qayd qilish, og'izdan suv kelishi, qabziyat va boshqa o'zgarishlar kuzatiladi.

*Endokrin sistema.* Homilador bo'lish va bu davrning me'yorda kechishida bezlarning faoliyati muhim o'rin tutadi. Homiladorlik boshlanishi bilan tuxumdonlarda yangi bez — sariq tana faoliyat ko'rsatadi, u o'zidan progesteron gormoni ishlab chiqarib, homilaning implantatsiyasini va yo'ldosh faoliyat ko'rsatgunga qadar ta'minlaydi (10—16- hafta). 16- haftadan gormonal faoliyat fetoplatsentar kompleksga o'tadi.

Platsenta yangi a'zo bo'lib, ona organizmi bilan homila o'rtasida aloqachi vazifasini o'taydi. U ko'p va xilma-xil funksiyalarni, shu bilan birga, endokrin funksiyani ham bajaradi. U yerda xoriongonadotropin, estrogenlar, yo'ldosh laktogeni, progesteron va boshqa gormon va biologik aktiv moddalar hosil bo'ladi. Homilador ayol organizmidagi gormonlarning nisbati homiladorlik muddatiga qarab o'zgarib turadi. Agar homiladorlik vaqtida progesteronlar ko'p bo'lsa, homiladorlik oxirida estrogen gormonlar miqdori ko'payib ketadi.

Gipofizning old bo'lagi sariq tana faoliyatini boshqaruvchi gonadotrop gormonlarni, shuning bilan birga, sut bezlari, qalqonsimon bez, buyrakusti bezi va o'sish gormonini boshqaruvchi gormonlarni ham ishlab chiqaradi. Gipotalamusdan ishlab chiqilgan oksitotsin gormoni bachadonning qisqarishiga yordam beradi.

Tug'uruq vaqtida qalqonsimon bez faoliyati susayadi. Qalqonsimon bezoldi bezlari kalsiy almashinuviga ta'sir ko'rsatadi. Homila suyaklarining rivojlanishi hisobiga kalsiy almashinuvu faoliyati

kuchayadi. Bu buyrakusti bezlari, yog‘, uglevod va minerallar almashishiga ta‘sir qiluvchi gormonlarning hosil bo‘lishiga ta‘sir ko‘rsatadi.

*Immun sistema.* Homiladorlik vaqtida gormonlar (kortizon, estrogen, progesteron) miqdorining ko‘payishi immunitet pasayishiga olib keladi va bu vazifani yo‘ldosh bajara boshlaydi.

*Moddalar almashinuvi.* Homiladorlik vaqtida moddalar almashinuvi sezilarli darajada o‘zgaradi. Tug‘uruq vaqtida almashinuv yana ham kuchayadi.

*Oqsil almashinuvi.* Homilador ayollardagi oqsil almashinuvi hali to‘liq o‘rganilgan emas, lekin homiladorlik oxirida azot qoldiqlari ko‘paymaydi, siydik kam miqdorda ajraladi. Ayol organizmida oqsil tug‘uruq va tug‘uruqdan keyingi ko‘krak bilan emizish vaqtigacha yig‘ilib turadi.

*Uglevod almashinuvi.* Glukoza ona va bolani quvvat bilan ta‘minlovchi asosiy manba hisoblanadi. Homiladorlik vaqtida unga bo‘lgan talab tobora oshib boradi. Ba‘zi homiladorlarda keragidan ortiq uglevod iste‘mol qilinganda siydik tarkibida qand moddasi paydo bo‘ladi. Bu noxush holatni to‘g‘ri ovqatlanish bilan asl holiga keltirsa bo‘ladi.

*Yog‘lar almashinuvi.* Homiladorlik vaqtida qonda, buyrakusti va sut bezlarida, teriosti yog‘ qatlamida yog‘lar to‘planishi mumkin. Lipidlar ona va bola organizmi to‘qimasining tuzilishigasarflanadi, neytral yog‘lar esa energetik manba hisoblanadi. Homilador ayol ovqatlanishining buzilishi (yog‘larni ko‘p iste‘mol qilishi) yog‘larning to‘liq parchalanmasligiga sabab bo‘ladi, natijada ayol va homilada ortiqcha vazn paydo bo‘ladi.

*Minerallar almashinuvi.* Homilador ayol organizmida ko‘p miqdorda noorganik moddalar ko‘payib ketishi mumkin (fosfor, kalsiy tuzlari, temir, kaliy, natriy, magniy va boshqalar). Fosfor suyak va asab sistemasining tuzilishiga, temir esa gemoglobin uchun zarur, u taloq va jigarda to‘planadi. Temir yetishmovchiligida ayol organizmida anemiya rivojlanadi, natijada homila rivojlanishi sekinlashadi (nobud bo‘lishi mumkin).

Homiladorlarning siydigi tarkibida natriy xlor miqdori kamligi yoki bu moddaning organizmda to‘planib qolishi turli xil shishlarga sabab bo‘ladi. Bu homiladorlikning ikkinchi davrida ko‘proq ko‘zga tashlanadi.

*Vitaminlar.* Homiladorlik vaqtida vitaminlarga bo‘lgan ehtiyoj bir necha marta ortadi. Masalan, vitamin C ga bo‘lgan ehtiyoj

miqdori 2—3 marta, A vitaminiga bo'lgan ehtiyoj ikki marta ortadi. Bu vitamin homila rivojlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. B vitamin guruhi fermentativ jarayonlarda va asab sistemasining tiklanishida ishtirok etadi, D vitamini homila suyaklarining to'liq rivojlanishi uchun zarur, E vitamini tanqis bo'lganda yo'ldoshda nekrotik o'zgarishlar paydo bo'lib, homila nobud bo'lish ehtimoli kuchayadi.

Homiladorlik davrida, ayniqsa, homiladorlikning oxirgi haftalarida tana og'irligi ortadi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida har haftada 300—350 g r vazn qo'shilsa, bu normadagi holat hisoblanadi. Homiladorlik oxirida esa ayol vazniga 8—10 kg qo'shiladi.

Ayol tana og'irligining ortishi bir necha sabablar tufayli yuzaga keladi: homilaning o'sishi, homila atrofi suvining yig'ilishi, bachadonning kattalashishi, teriosti yog' qatlamining qalinlashishi va homiladorning qoni hajmi ortishi.

Homiladorlik davrida ona organizmida ma'lum immun o'zgarish hosil bo'ladi. Immun sistemadagi boshlang'ich o'zgarishlar urug'lanish va implantatsiya davrida hosil bo'ladi. Ayol organizmining immun sistemasida homilani muhofaza qilishga qaratilgan o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Homiladorlik og'ir kechganda ayol organizmida moslashish mexanizmi buziladi va immun sistemasida o'zgarishlar sodir bo'ladi, bu holatlar homiladorlik yomon kechayotganligining asosiy belgilaridir.

*Teri.* Homilador ayol terisida ba'zi o'zgarishlar kuzatiladi. Qorinning oq chizig'ida, ko'krak so'rg'ichlari va so'rg'ich atrofida pigment dog'larning kuchayishi kuzatiladi. Dog'lar yuzda ham paydo bo'lishi mumkin, bu buyrakusti bezlari funksiyasining zo'riqishidan dalolat beradi. Mexanik kattalashish hisobiga homilador ayol qorin, sut bezi, boldir sohasining terilarida ochpushti chiziqchalar paydo bo'ladi, tug'uruqdan keyin bular yo'qolib ketadi.

#### **4.4. Homiladorlik tashxisi. Homiladorlik muddatini aniqlash**

Homiladorlik oddiy tekshirish (anamnez yig'ish, palpatsiya) va murakkab tekshirish usullari (laboratoriya, apparatlar) yordamida ham aniqlanadi. Anamnez yig'ayotganda ayolning yoshi (reproduktiv) va shikoyatlariga (hayz ko'rmay qolishi yoki hayz

siklidagi o'zgarishlar, ko'ngil aynash, qayd qilish, uyquga moyillik, ta'm sezishning o'zgarishi, sut bezlarining dag'allashishi va h.k.) alohida e'tibor berish kerak.

Homilasi bor ayolning ishlash va yashash sharoitini yaxshilash zaruriyati tug'iladi, chunki bu holat ayol salomatligi va homila rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Ayol va erning irsiy kasalliklari haqidagi ma'lumotga ega bo'lish lozim. Ayol tanada kechirgan kasalliklaridan to'la xabardor bo'lish, hayz ko'rish funksiyasining xarakteri haqidagi ma'lumot (hayz ko'rishning boshlanishi, sikl xarakteri, so'nggi hayzning vaqti) jinsiy apparat funksiyasida patologik o'zgarishlar borligi hisobga olinadi, bu esa homiladorlik muddati haqida aniq fikrlashga yordam beradi.

Reproduktiv funksiya haqidagi batafsil ma'lumotlar haqiqiy homiladorlikni aniqlashda va tug'uruq asoratlarining oldini olishga yordam beradi.

Obyektiv tekshirish usullari umumiy, ayol sog'lig'i haqidagi ma'lumot hamda akusherlik usullaridan iborat. Bunda homila borligi, uning kattaligi va homilaning tuzilishi va hokazolar haqida ma'lumot yig'iladi. Homiladorlikning belgilari tashxis qo'yish darajasiga ko'ra 3 guruhga bo'linadi: taxminiy, aniq va ishonchli.

**Taxminiy** belgilarga subyektiv o'zgarishlar kiradi:

— so'lak oqishi, ko'ngil aynishi, nahorda qusish, ishtahaning o'zgarishi, ba'zi ovqatlarning yoqmasligi, achchiq va sho'r ovqatlarga ehtiyoj, dispeptik o'zgarishlar, qabziyat;

— asab sistemasining funksional o'zgarishi: tez ta'sirlanish, hid sezuvchanlikning ortishi, eshitishning yaxshilanuvi, yig'loqi bo'lib qolish va boshqalar;

— modda almashinuvidagi o'zgarishlar: qorin hajmining kattalashishi, pigmentlar hosil bo'lishi;

— homiladorlik chandiqlarining hosil bo'lishi.

**Aniq** belgilarga sut bezlari va jinsiy a'zoldagi obyektiv o'zgarishlar kiradi. Bu belgilar nafaqat homiladorlikda, balki ginekologik kasalliklarda ham uchraydi. Ularga:

— hayz ko'rishning to'xtashi;

— qin, bachadon va sut bezlaridagi o'zgarishlar;

— laboratoriya reaksiyalari natijalari kiradi.

**Ishonchli** belgilar homiladorlikning aniq ekanligidan dalolat beradi. Homilaning holati turli tekshirishlar orqali aniqlanadi. Bu tekshirishlarni shartli ravishda quyidagicha tasniflash mumkin:

- homila yoki uning qismlarini aniqlash;
- homilaning yurak urishini eshitish;
- homilaning faol harakatini aniqlash.

Homiladorlik qo‘shimcha tekshirish usullari yordamida ham tasdiqlanishi mumkin. UTT (UZI), rentgenografiya hamda laboratoriya tekshirishi qo‘shimcha tekshirish usullari hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda homiladorlikni tez aniqlaydigan, ayollarning o‘zlari foydalanishlari mumkin bo‘lgan test sistemasi mavjud.

**Homiladorlik muddatini aniqlash.** Kundalik amaliyotda homiladorlik muddatini aniqlash anamnezga asoslanishi ham mumkin (oxirgi hayz, homilaning birinchi qimirlashi). Oxirgi hayz kundan homiladorlik muddatini aniqlash uchun 2 hafta olib tashlanadi (homiladorlik faqat siklning o‘rtasida bo‘lishi mumkin). Ma‘lumki homilaning ilk qimirlashi birinchi tug‘uvchi ayollarda 20 haftada, qayta tug‘uvchi ayollarda 18 haftada kuzatiladi.

Homiladorlikning 16-haftagacha bo‘lgan davri obyektiv bimanual tekshirish yo‘li bilan aniqlanadi (eng erta aniqlash mumkin bo‘lgan muddat 5 haftalik muddat).

16- haftadan keyin bachadon tubi balandligining joylashishiga qarab homiladorlik muddatini aniqlash mumkin (3- ilova).

Homiladorlik muddatini homilaning uzunligiga qarab ham aniqlash mumkin (tazomer yordamida).

UTT (UZI) tekshirish usulini qo‘llash bilan homiladorlik muddatini aniq belgilash mumkin.

Tug‘uruqning taxminiy muddatini bilish uchun oxirgi hayzning 1 kuniga 280 kun qo‘shiladi (yoki kalendar oyi bo‘yicha 10 oy yoki 40 hafta). Shunday formula mavjud, oxirgi hayzning 1 kundan 3 kalendar oyi orqaga olinadi, chiqqan songa 7 kun qo‘shiladi. Masalan, oxirgi hayz 11 fevralda boshlangan, orqaga 3 kalendar oyi olinsa va 7 kun qo‘shilsa, 18 noyabr — tug‘uruqning taxminiy muddati kelib chiqadi.

#### 4.5. Homilador ayolni tekshirish usullari

**So‘rab-surishtirish** natijasida ayolning hozirgi salomatlik darajasi, uning irsiy kasalliklari va hokazolar haqida ma‘lumot olish mumkin. Olingan barcha ma‘lumotlar homiladorning shaxsiy kartasiga yoki tug‘uruq tarixiga yoziladi.

1. Pasport qismi: familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, ish joyi va kasbi, yashash joyi.

2. Shikoyatlari, ya'ni ayolning nima sababdan tibbiy yordam so'rab murojaat qilish asosi.

3. Irsiyati va boshidan kechirgan kasalliklar.

4. Hayz funksiyasi:

— birinchi hayz ko'rish qaysi yoshda boshlangan;

— hayz ko'rish turi (siklning davomiyligi, yo'qotilayotgan qon miqdori, hayz kunining davomiyligi, og'riqlar bor-yo'qligi);

— jinsiy hayot boshlagandan keyin, tug'uruq yoki abortlardan so'ng hayz ko'rishdagi o'zgarishlar;

— oxirgi hayznng muddati.

5. Jinsiy va sekretor funksiya. Bunda jinsiy a'zolardan chiqayotgan ajralma xarakteri (yiringli, qonli), og'riqlar bor-yo'qligi.

6. Bola tug'ish funksiyasi. Bunda quyidagilarga e'tibor qilinadi:

— necha marta homilador bo'lgan;

— oldingi homiladorlikning kechishi va tugallanishi (tug'uruq, abort, bola tashlash, ulardan keyingi asorat.)

7. Jinsiy hayot boshlaganidan to birinchi homiladorlikkacha bo'lgan oraliq muddat (agar bu muddat 1 yildan ohsa, saqlanganmi-yo'qmi).

8. Erining sog'lig'i haqidagi ma'lumot olinadi.

9. Homiladorning salomatlik darajasini belgilashda yashash va ishlash sharoiti.

So'rab-surishtirishdan keyin obyektiv tekshirishga o'tiladi.

**Homilador ayolni ko'zdan kechirish** paytida bo'yi, umurtqa va chanoq suyagining shakli, sut bezlarining tuzilishi, teriosti yog' qavatining rivojlanish darajasi, shishlarning bor-yo'qligiga e'tibor beriladi.

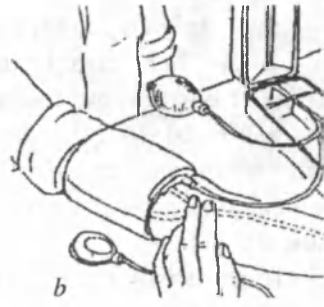
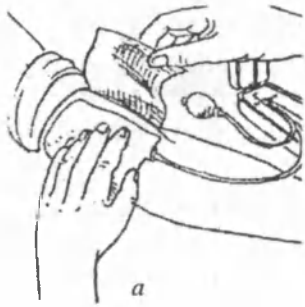
Teri va shilliq qavatlarining rangiga ham e'tibor beriladi (sariqlik, ko'karish yoki oqarish).

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirish juda muhim, chunki u homiladorlik me'yorini aniq ko'rsatadi (homila ko'ndalang joylashganda qorni noto'g'ri shaklga ega bo'ladi, suv ko'payganda qorin kattalashib ketadi, tor chanoqda — qorin uchliroq ko'rinish oladi).

Mixaelis rombinning tuzilishiga ahamiyat berish lozim, chunki undan chanoq suyagining tuzilishi haqida aniq tasavvurga ega bo'lish mumkin.

Qon bosimi har ikkala qo'lda ham o'lchanishi shart.

**Homilador ayol qon bosimini o'lchash.** Maxsus asbob yordamida qon bosimini o'lchashni bilish lozim (11- rasm).



11- rasm. Qon bosimini o'lchash.

**Jihozlar:** tonometr, fonendoskop.

**Muolajani bajarish tartibi.**

Homilador ayolning shaxsiy kartasini stol ustiga qo'yib, quyidagi ishlar bajariladi:

- homilador ayolga ikkala qo'lda ham qon bosimini o'lchash zarurligi tushuntiriladi;
- ayol stulga o'tirib, qo'llarini stol ustiga qo'yadi;
- tirsakdan 3—4 sm yuqoriga;
- yelkaga manjet kiydiriladi;
- manjet mahkamlanadi (11- rasm, a);
- kaftni ochib, o'zini bo'sh qo'yishi so'raladi;
- tonometr manjetga ulanadi (11- rasm, b);
- tirsakoldi chuqurchasi sohasida tomir urishi aniqlanib, fonendoskop qo'yiladi;
- balloncha yordamida manjetga tomir urishi eshitilmay qolgunga qadar havo yuboriladi;
- manjetdan havo sekinlik bilan chiqariladi, bir vaqtning o'zida fonendoskop yordamida yelka arteriyasining tovushi manometrdan kuzatiladi;
- ilk bor paydo bo'lgan tovushdan sistolik bosimning darajasi belgilanadi;
- tovush eshitilmay qolgan daqiqadan diastolik bosim belgilanadi;
- qolgan havo manjetdan chiqarilib, ikkinchi qo'lda tekshirish o'tkaziladi;
- qo'llar yuviladi;
- qon bosimi o'lchab olingan ma'lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi.

**Tomir urishi sonini aniqlash.**

**Jihozlar:** sekundomer, homilador ayol shaxsiy kartasi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- o'tkaziladigan tekshiruv zarurligi haqida ayolga tushuntiriladi;

- ayol stolga o‘tqazilib, qo‘llari stolga qo‘yiladi;
- 2—3—4- barmoqlar homilador ayol bilak suyagining ichki yuzasiga, 1 barmoq esa tashqi yuzasiga qo‘yiladi;
- sekin-astalik bilan barmoqlarni bosib, arteriya tomirining urishiga ahamiyat beriladi;
- 30 soniya — 1 daqiqa davomida tomir urishlar soni aniqlanadi;
- tomir urishlar zarbi aniqligi va bir maromdaligi belgilanadi;
- qo‘llar yuviladi;
- olingan ma‘lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi.

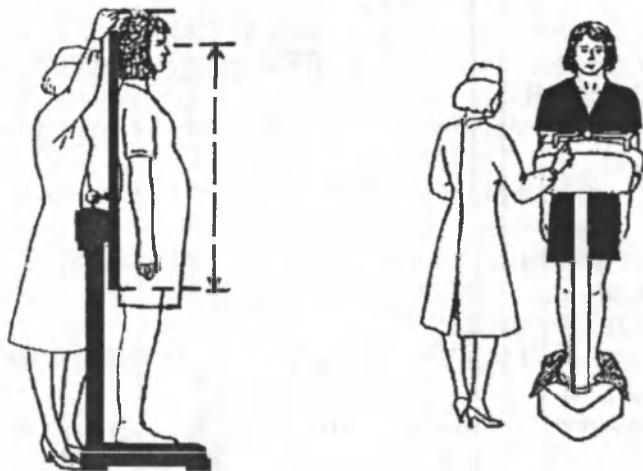
Shundan so‘ng ayol boshqa mutaxassislar (terapevt, jarrox, LOR, okulist, stomatolog, ftziatr) maslahatiga yo‘llanadi. Homilador ayol vazni, bo‘yi, qon guruhi va rezus-omili, sifilis, OITS bor-yo‘qligi hamda siydik va umumiy qon tahlili ham tekshiruv asosida aniqlanadi.

#### **Ayolning bo‘yini o‘lchash.**

**Jihozlar:** bo‘y o‘lchagich, homilador ayol shaxsiy kartasi.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

- homilador ayolga tekshiruv turi va qanday o‘tkazilishi tushuntiriladi;
- bo‘y o‘lchagichning yonida turib belgi yuqoriga ko‘tariladi;
- homilador ayol oyoq kiyimsiz bo‘y o‘lchagichda tekis, to‘g‘ri turadi;



12-rasm. Ayolning bo‘yini va tana vaznini o‘lchash.



— belgi ayolning boshigacha tushirilib, ko'rsatkich aniqlanadi (12- rasm);

— natija yoziladi;

— tekshiruvdan so'ng bo'y o'lchagich xloramining 1% li eritmasida namlangan latta bilan artiladi;

— qo'llar yuviladi.

#### **Tana vaznini o'lchash:**

a) tekshirish paytida homilador ayol ovqat yemagan, oshqozon, ichaklari bo'sh bo'lishi shart;

b) tana vaznini aniqlashdan oldin ichaklar, siydik qopi bo'shatiladi.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

**Jihozlar:** tibbiy tarozi, homilador ayol shaxsiy kartasi:

— homilador ayolga tekshiruv maqsadi tushuntiriladi;

— tarozi ko'rsatkichi to'g'riligi tekshiriladi;

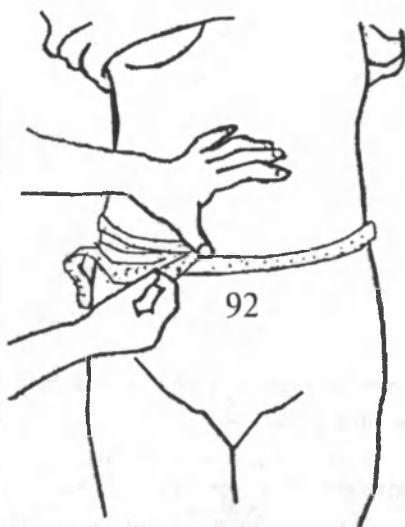
— ayol tarozi o'lchash maydonchasing o'rtasiga oyoq kiyimsiz turadi;

— ayol vaznini aniqlab, homiladorning shaxsiy kartasiga belgilab qo'yiladi.

So'ng maxsus akusherlik tekshiruvlari o'tkaziladi (13- rasm).

#### **Qorin aylanasinini o'lchash.**

**Jihozlar:** o'lchash tasmasi, kushetka, homilador ayol shaxsiy kartasi.



13- rasm. Qorin aylanasinini o'lchash.

Ayol o'tkaziladigan tekshiruv haqida ogohlantiriladi va tekshiruv oldidan siydik qopi bo'sh bo'lishligi tushuntiriladi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- ayol kushetkaga yotqizilib, oyoqlari to'g'rilanadi;
- o'lchov tasmasi qorin atrofidan, oldindan, kindik orqasidan, bel sohasidan aylantirib o'tkaziladi;
- olingan ma'lumot belgilanadi;
- ayolga o'rnidan turishga yordam beriladi;
- qo'llar yuviladi;
- olingan ma'lumot homilador ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi.

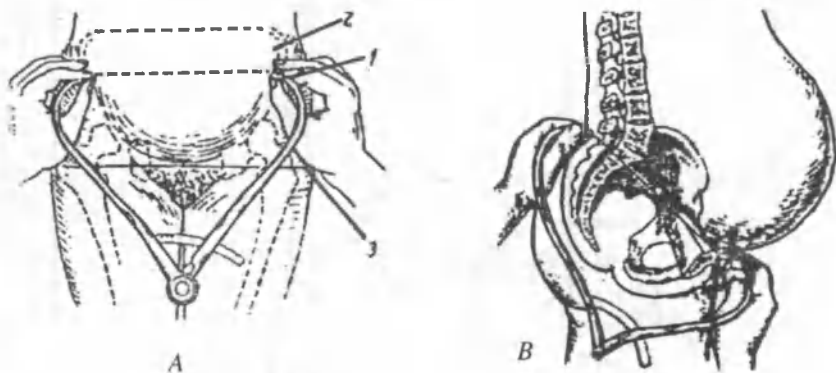
**Chanoqni o'lchash.**

**Jihozlar:** chanoq o'lchagich, kushetka.

Ayolga tekshirish maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- chanoqning ko'ndalang o'lchamlarini aniqlashda ayol kushetkaga yotqiziladi va oyoqlari to'g'rilanadi;
- hamshira ayolning o'ng tomonida yuziga qaragan holda turadi;
- chanoq o'lchagich olinadi va ko'rsatkichlarini yuqoriga qaratgan holda bosh va ko'rsatkich barmoqlar bilan tugmachasi ushlanadi;



14- rasm. Chanoq o'lchamlarini aniqlash.

A—chanoq o'lchamlarini old tomondan o'lchash:

- 1—distantia shinarum (old yuqori o'siqlar masofasi); 2—distantia cristarum (yonbosh suyaklar qirralari masofasi); 3—distantia frochanterica (son suyaklari katta boshi ko'stlari).

B—chanoq o'lchamini yon tomondan o'lchash (conjugata diagonalis extrema — tashqi konyugata.)

— ko'rsatkich barmoq yordamida o'lchanadigan soha paypaslab aniqlanadi va chanoq o'lchagichning tugmachalari mo'ljallangan belgiga qadaladi (14- rasm);

— ikki yonbosh suyaklarning old ustki o'siqlari orasidagi masofa aniqlanadi (25—26 sm);

— ikki yonbosh suyaklari ustki qirralarining eng uzoq nuqtalari orasi o'lchanadi (28—29 sm);

— son suyaklarining katta troxanterlari (katta bosh ko'stlari) orasidagi masofa o'lchanadi (30—31 sm);

— tashqi konyugata diametrini o'lchash uchun ayol yonboshga yotqiziladi, pastdagi oyog'i chanoq-son va tizza bo'g'imidan bukiladi, yuqori oyog'ini uzatgan holda yotadi;

— chanoq o'lchagichning bir uchi tugmasi ayol simfizining yuqori qismiga, ikkinchi uchidagi tugmasi esa Mixaeles rombingning pastki burchagiga yoki V bel umurtqasining o'tkir o'sig'i sohasiga qo'yiladi. Bu o'lcham 20—21 sm ni tashkil qiladi. Bundan 9 sm olib tashlansa, kichik chanoqning to'g'ri o'lchami kelib chiqadi;

— olingan ma'lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi;

— qo'llar yuviladi;

— chanoq o'lchagich spirtda namlangan paxta bilan artiladi.

**Bachadon tubi balandligini o'lchash.** Hamshira o'lchov tasmasi yordamida bachadon tubi balandligini o'lchashni bilishi lozim (15- rasm).

**Jihozlar:** o'lchov tasmasi, kushetka, ayolning shaxsiy kartasi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

Ayolga tekshirish muhimligi va tekshirishdan oldin siydik pufagi bo'shatilishi lozimligi tushuntiriladi;

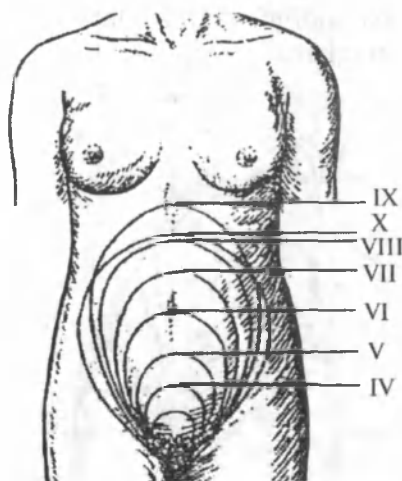
— ayol kushetkaga oyoqlari to'g'rilangan holda yotqiziladi;

— o'lchov tasmasini qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, qovning yuqori qirrasidan bachadon ko'proq bo'rtgan joygacha qo'yib, ma'lumot belgilanadi;

— ayolga kushetkadan turishga yordam beriladi;

— qo'llar yuviladi;

— olingan ma'lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi.



15- rasm. Bachadon tubi balandligini aniqlash.

## Homiladorlik muddatiga qarab bachadon tubi balandligini aniqlash (4- ilova).

Homiladorlik muddati (oy):      Bachadon tubi balandligi (sm):

IV	6—7
V	12—13
VI	20—24
VII	24—28
VIII	28—30
IX	32—34
X	28—32

### Homilador ayolni tashqi akusherlik tekshirish usullari (*Leopold-Levitskiy usuli*).

Tashqi akusherlik tekshiruvining 4 usulini bilish va ularni bajara olish shart. Bu usul yordamida homilaning bachadonda joylashishi, vaziyati, ko'rinishi va oldinda keluvchi qismi aniqlanadi (16- rasm, a, b).

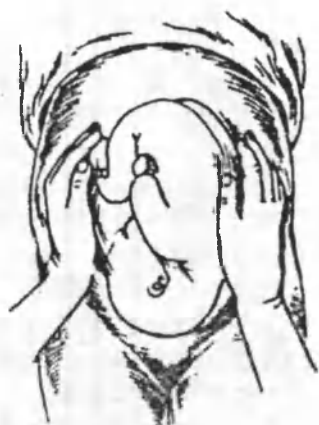
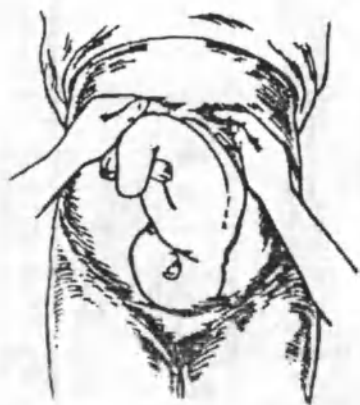
**Jihozlar:** kushetka, ayolning shaxsiy kartasi.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

— ayolga tekshirish maqsadi tushuntiriladi. Uni kushetkaga oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukilgan holda yuqoriga qarab yotishi kerakligi aytiladi;

— o'lchov olayotgan tibbiyot xodimi homilador ayolning o'ng tomonida turib, unga yuzma-yuz bo'ladi.

**I usul** (16- rasm, a). Bu usul yordamida bachadon tubi balandligi va homilaning bachadon tubida joylashgan qismi aniqlanadi.



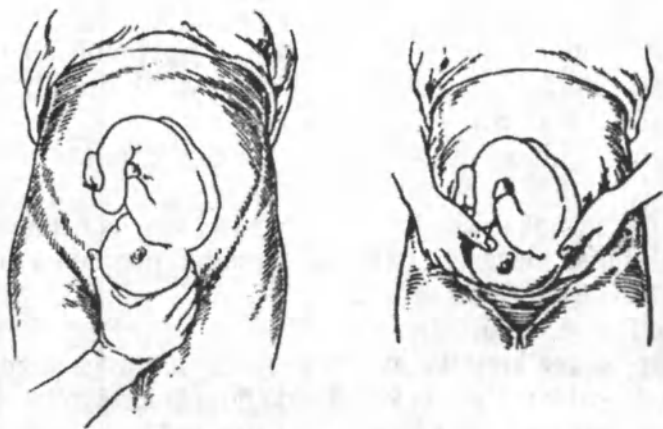
16- rasm, a. Homiladorni tashqi tekshirish (1—2- amallar).

Buning uchun ikkala qo‘lning kaftlari bachadon tubiga qo‘yiladi, barmoqlar asta-sekin bosilib yaqinlashtiriladi va bachadon tubi balandligi hamda homilaning bachadon tubida joylashgan qismi aniqlanadi.

*II usul.* Bu usul yordamida homilaning umurtqa pog‘onasi va tana mayda qismlarining turishiga qarab, uning qanday holatda ekanligi aniqlanadi, buning uchun ikkala qo‘l kaftlari bachadon tubidan ikki yoniga o‘tkaziladi. Ikkala qo‘l barmoqlari navbatma-navbat bosib ko‘rish yo‘li bilan bachadon paypaslanadi. Bu usul bilan homilaning orqasi va tananing mayda qismlari aniqlanadi. Homilaning orqasi paypaslanganda tekis yuzani, mayda qismlari esa unga qarama-qarshi tomonda uncha katta bo‘lmagan harakatlanuvchi do‘mboqchalarni tashkil qiladi (oyoq va qo‘llar). Agar homilaning umurtqa pog‘onasi ayolning chap biqinida joylashgan bo‘lsa, bu b i r i n c h i ko‘rinish bo‘ladi. Agar homilaning umurtqa pog‘onasi o‘ng biqinida joylashgan bo‘lsa, i k k i n c h i ko‘rinish deyiladi (5, 6, 7, 8- ilovalar).

Homilaning umurtqa pog‘onasi bachadon old devorida joylashgan bo‘lsa, o l d ko‘rinish, orqa devorida joylashgan bo‘lsa, o r q a ko‘rinish deyiladi.

*III usul* (16- rasm, b). Bu usul yordamida homilaning oldinda keluvchi qismi aniqlanadi. Tekshirish quyidagicha o‘tkaziladi: akusher homiladorning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo‘li bilan bachadon pastki qismining o‘ng va chap tomoniga kaftlarini qo‘yadi va pastga qarab asta-sekin harakatlantirib boradi, bunda tekshiruvchi qo‘lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq



16- rasm, b. Homiladorni tashqi tekshirish (3—4- amallar).

kirish qismigacha uzatadi va shu usulda paypaslash yordamida oldinda keluvchi qism va uning turish holati aniqlanadi. Bu usulda homila boshi qattiq, dumaloq yirik qism bo'lib, dumbalari esa yirik bo'lgani bilan qo'lga yumshoq unnaydi.

*IV usul* (16- rasm, b). Bu usul yordamida homilaning oldinda joylashgan qismi (bosh, dumba, homila ko'ndalang vaziyatda turib qolganda oldinda keluvchi qism yo'q) aniqlanadi.

Buning uchun homilador ayolga orqa bilan turib, ikkala kaftini bachadon pastki segmentiga — o'ng va chap tomonlariga qo'yadi, barmoqlar uchi simfizga tegib turadi. Tekis barmoqlar bilan sekin-asta chanoq bo'shlig'iga qaratib barmoqlar sirg'altiriladi va homilaning oldinda joylashgan qismi, uning balandligi aniqlanadi. Homila joylashishining quyidagi turlari farqlanadi:

- bosh chanoqqa suqilgan;
- bosh chanoqqa kichik o'lcham bilan joylashgan;
- bosh chanoqqa katta o'lcham bilan joylashgan;
- bosh kichik chanoq bo'shlig'ida joylashgan.

Tashqi akusherlik tekshiruvining 4 usuli yordamida olingan xulosalar ayolning shaxsiy kartasiga yozildi.

**Homilaning yurak urishini eshitib, sanab ko'rish.** Homilaning yurak urishi eshitaladigan soha qorinning old devoridan topiladi: 1 daqiqadagi yurak urishi soni aniqlanganda, homilada gipoksiya xavfi tug'ilsa, zudlik bilan chora ko'rishni bilish shart.

**Jihozlar:** stetoskop, sekundomer, kushetka.

Tekshirish usuli va zarurligi haqida homiladorga tushuntiriladi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— ayol orqasi bilan oyoqlar to'g'rilangan holda yotadi;

— stetoskopni qorinning old devoriga qo'yib, homilaning yurak urishi aniq eshitaladigan soha qidiriladi va yurak urishilari soni hisoblanadi (17- rasm);

— ayni vaqtning o'zida homilador ayolning tomir urishi sanaladi:

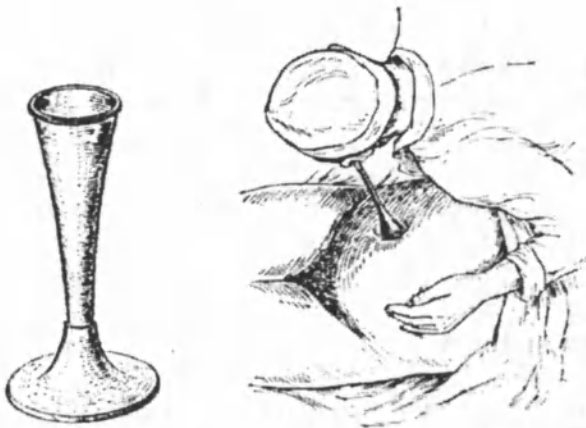
— homila yurak urishining bir daqiqadagi soni ham aniqlanadi;

— tekshirish tugagach, stetoskop xloraminning 1 % li eritmasida namlangan latta bilan artiladi;

— qo'llar yuviladi;

— olingan ma'lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi.

Homiladorlik me'yorda kechganda homilador ayollar maslahatxonasiga homiladorlikning birinchi yarmida 4 haftada bir marta, ikkinchi yarmida ikki haftada bir marta, 32 haftadan so'ng har



17- rasm. Homilaning yurak urishini aniqlash.

haftada ko‘rinishi kerak. Har safar akusher-ginekologiya bo‘limiga kelishdan oldin, albatta, siydik tahlili, har oyda bir marta umumiy qon tahlili, ro‘yxatga qo‘yilgan va dekret ta‘tiliga chiqishdan va tug‘uruqxonaga yotishidan oldin, albatta, RW (zahm) va OITS qon tahlili bo‘lishi kerak.

Akusher-ginekologiya bo‘limiga kelgan ayolning vazni o‘lchab ko‘riladi. Q/B (qon bosimi) o‘lchanadi va umumiy ko‘zdan kechiriladi. 16 haftadan keyin kushetkaga yotgan holda tekshiriladi, ya‘ni unda homilaning joylashishi, oldinda kelgan qismining ko‘rinishi va turi, homilaning yurak urishi aniqlanadi. Bular hammasining me‘yordan chetga og‘ishi, homila asfiksiyasi xavfi borligini bildiradi.

Akusher-ginekologiya bo‘limiga kelgan homilador ayolning umumiy ahvoriga qarab, ish joyidan dekret ta‘tili beriladi. Dekret ta‘tili homila 30 haftalik bo‘lgandan keyin 126 kunni o‘z ichiga oladi.

#### **4.6. Homilador ayol gigiyenasi va zararli omillarning organizmga ta‘siri**

Homiladorlik fiziologik jarayon bo‘lib, u me‘yorida borganda homilador ayolning a‘zo va sistemalarining faoliyati bir tekis bo‘ladi. Bunda ayol organizmida homila rivojlanishi bilan bog‘liq birmuncha zo‘riqish paydo bo‘lishi mumkin. Homiladorlik vaqtida ovqatlanish va dam olishning buzilishi va tashqi ta‘sirlar ayol organizmiga salbiy ta‘sir qilib, homila rivojlanishida o‘zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Demak, homilador ayolning o'z vaqtida to'g'ri ovqatlanishi, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishi homilaning to'g'ri rivojlanishi, uning umumiy ahvolini yaxshi bo'lishi hamda tug'uruqqa tayyorlanish va chilla davrining bir maromda o'tishiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik me'yorda borganda homilador ayol kundalik oddiy ishlarni hech qanday zo'riqishsiz bajarishi mumkin, chunki jismoniy harakat qilish organizm faoliyatiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi, ya'ni semirish, mushaklarning bo'shashib ketishi va tug'uruq davri sust borishining oldini oladi.

Shu bilan birga, homiladorlik vaqtida ortiqcha jismoniy zo'riqish, tashqi zararli ta'sir (nurlanish, kimyoviy moddalar, yuqori harorat) lar, ayol jismi, ruhiyatida o'z izini qoldirishi va homila shakllanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Homiladorlik vaqtida toza havoda ko'proq yurish homilaga kislorod kelishi va bachadon-yo'ldosh qon aylanishini yaxshilaydi.

Homilador ayol 8 soatdan kam uxlamasligi, uyqudan oldin 1—2 soat toza havoda sayr qilishi zarur. Homilador ayolning karavoti qulay, choyshablari tez-tez almashtirib turilishi va ayol faqat orqasi hamda yonboshi bilan yotishi kerak (qorni bilan yotishiga ruxsat berilmaydi).

Homiladorlikning birinchi va oxirgi oylarida jinsiy aloqadan tiyilish maqsadga muvofiqdir.

Homilador ayolning yuqumli kasallikka chalingan bemorlar bilan muloqati qat'iy taqiqlanadi, chunki bu ona uchungina emas, bola uchun ham xavflidir.

Nikotin, spirtli ichimliklar, narkotik moddalar inson organizmi uchun juda ham zararli bo'lganligi uchun ularni iste'mol qilish yoki ulardan foydalanish man qilinadi.

*Nikotin* sigaret tarkibida bo'lib, o'ta zararli modda hisoblanadi. U qon tomirlarini toraytiruvchi xususiyatga ega. Chekuvchi ayollarda bachadon-yo'ldosh qon aylanishi buziladi, natijada homilaga kislorod va boshqa oziq moddalar kelishi qiyinlashadi. Bunday holatda homila gipotrofik (sust rivojlangan) va Angar shkalasi bo'yicha past ko'rsatkich bilan tug'iladi.

Homiladorlik vaqtida muntazam *spirtli ichimliklar* ichish oqibatida bachadonda Alkogol sindromi paydo bo'ladi, bola jismoniy va ruhiy nuqsonlar bilan dunyoga kelishi, ya'ni aqli zaif yoki yuz va qo'l-oyog'ida ayrim nuqsonlar bo'lishi mumkin.

Ota-onalar alkogolizmi avlodiga 3 xil yo'l bilan ta'sir qilishi mumkin: jinsiy hujayralarga zaharli (toksik) ta'siri; o'sayotgan



homilaga ta'siri; bola tug'ilgandan keyin chaqaloqlik davrida alkogol bilan zaharlanish belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Bola aqlining zaiflik darajasi otaning spirtli ichimliklar ichib yurish muddati va ichish darajasiga bog'liq. Spermatozoidlar orasida harakatsiz yoki shakli o'zgargan hujayralar ko'p uchraydi. Ularning urug'lantirish faoliyati birmuncha past bo'ladi. Bunday holat kam ichadigan erkaklarda ham uchrashi mumkin. Ular jinsiy aloqa vaqtida mast bo'lsalar, shunday holatni kuzatish mumkin.

Ayolning spirtli ichimlik iste'mol qilishi natijasida homilaning tushishi, bolaning o'lik tug'ilish xavfi paydo bo'ladi.

Ba'zida ayollar homilador ekanliklarini bilmay, spirtli ichimlik iste'mol qilishlari mumkin. Ko'pchilik kam miqdordagi alkogol hech qanday ta'sir qilmaydi, deb o'ylaydi, lekin bunday emas.

*Narkotik moddalarni* ta'sir doirasiga ko'ra bir nechta guruhga bo'lish mumkin: tinchlantiruvchi, faoliyatni buzuvchi, qo'zg'atuvchi va fantastik his-tuyg'ular hosil qiluvchi.

Narkomanlik jamiyatimiz uchun yangilik emas. Qadimdan ba'zi xalqlarda har xil moddalar iste'mol qilib kelingan. Narkotiklardan eyforiya hosil qilish uchun, ya'ni kayf qilish, jismoniy yoki ruhiy yengillik sezish maqsadida foydalaniladi.

Hozirgi vaqtda ham bu moddalar shunday maqsadlarda ishlatiladi. Narkotiklar narkotik iste'mol qiluvchilarning hayoti uchun muhim narsaga aylanib qoladi, ya'ni ular bu moddani sotib olib, iste'mol qilish uchun hamma narsaga tayyor bo'ladilar. Kasallikning rivojlanishi zaharning bosh miyaga, ya'ni asab sistemasiga nechog'liq tez va qanday ta'sir ko'rsatishiga bog'liq. Qayta-qayta ruhiyatida jo'shqinlik hosil bo'lishini kutib, ko'p marotaba iste'mol qilish insonni bu moddaning quliga aylantiradi.

Narkotik moddalar iste'mol qilishning tobora kengayib ketishiga ijtimoiy sharoit sabab bo'lmoqda. Chunonchi, ko'p miqdorda mablag' orttirishga intilish, haqiqatni ko'ra olmaslik, aholi ma'lum tabaqasining kun ko'rishining og'irligi, yolg'izlik hissi sabab bo'lmoqda.

Yoshlarning giyohvandlikka berilib ketishiga, avvalo, oiladagi sharoit sabab bo'lmoqda. Tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, narkotik moddalarni ko'proq yoshlar, ya'ni oilasida to'liq, yaxshi moddiy sharoit bo'lsa-da ota-ona va farzandlarning orasida mehr-oqibatning yo'qligi, bir-birini tushunmaslik, ma'naviy yaqinlikning yo'qolib borishi sabab bo'lmoqda.

Narkomaniyaning keng tarqalib borish sabablaridan yana biri—yoshlarning qarovsiz va nazoratsiz qolib ketishidir.

Narkomaniya bu jamiyat uchun muhim muammodir, chunki bu kasallikka chalinganlar o'zlari uchun bedavo dardni sotib oladilar. Giyohvandlik faqat jismoniy kulfat emas, u turli jinoyatlarga yo'l ochib, ma'naviy tanazzulga ham sabab bo'ladi. Narkotik moddalarni uzoq vaqt iste'mol qilish odamning sog'lig'iga juda yomon ta'sir qiladi. Narkomanlarda gastrit, gepatit, yurak faoliyatining susayishi hamda tana vaznining kamayib ketishi kuzatiladi. Bemorlar o'z yoshiga nisbatan ancha katta ko'rinadilar, yuzlarida ajinlar paydo bo'lib, tishlari tushib ketadi. Jinsiy gormonlar faoliyati susayib, urug'lantirish xususiyati pasayib ketadi. Jinsiy moyillik tez so'nadi. Narkomanlarning 1/4 qismigina farzandli bo'la oladi. Bunday bolalarning taqdiri ham ayanchlidir, chunki narkotik moddalarning ta'siri ularning nasliga ham ta'sir ko'rsatadi.

Homila narkotiklar bilan zaharlansa, u nuqsonlar bilan tug'iladi. Gallutsinatsiya chaqiruvchi moddalar xromosomalarning tarkibini buzadi. Ma'lumki, ota-ona xromosomalardagi ozgina o'zgarish ham naslga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Xromosoma tarkibining buzilishi ko'p tuxum hujayralarining nobud bo'lishiga olib keladi. Narkoman ayollarda o'z-o'zidan bola tushish sabablari ham xromosomalarning tarkibining o'zgarishi tufayli sodir bo'ladi. Nobud bo'lmay, rivojlanib boruvchi tuxum hujayrasi og'ir asoratlarga sabab bo'ladi, ya'ni homila o'lik tug'iladi yoki aytib o'tilganidek, majruh farzandlar dunyoga keladi.

Homiladorlik vaqtida narkotiklarni iste'mol qilishning salbiy ta'siri ikki xil yo'l: bevosita (embrion yoki hujayraning buzilishi natijasida) hamda bilvosita (ayol gormonlarining tarkibi va bachadon shilliq qavati xususiyatining o'zgarishi) bilan yuzaga chiqadi.

Narkotik moddalar kichik molekular og'irlikka ega bo'lib, yo'ldoshdan oson o'tib ketadi va homilada uzoq vaqt davomida aylanib yuradi. Homiladorlikning birinchi uch oyida suyak, mushak va ichki a'zolar (buyrak, yurak, o'pka va boshqalar) sistemasiga ta'sir qiladi, kechki muddatlarda esa homila o'sishining to'xtashi kuzatilishi mumkin. Giyohvandlikka berilgan homiladorning farzandlarini 30—50% da tana vazni me'yorida kam bo'ladi.

Homilaning narkotik moddalarga o'rganib qolishi u tug'ilgandan keyin ham xatarli bo'lib qolaveradi: bolaning uyqusi buziladi, qattiq chinqiradi, tez-tez esnab, ko'p terlaydi, aksa urish, ko'ngil aynash, ich ketish, tana haroratining ko'tarilishi, mushak tonusining ortishi yoki kamayishi, reflekslarning kuchayishi kuzatiladi. Bunday vaziyatda kasallik belgilarining hammasi ham xatarli bo'lib qolaveradi.

Chaqaloqda bu sindrom paydo bo'lishi, bo'lajak onaning oxirgi marta qachon va qanday modda iste'mol qilganiga bog'liq, bu sindrom agar ayol tug'ishdan oldin morfin yoki shunga o'xshash o'tkir narkotik moddalar qabul qilgan bo'lsa, bola tug'ilganidan 2—3 kun keyin, agar tinchlantiruvchi moddalar qabul qilgan bo'lsa, ikkinchi hafta oxirida paydo bo'lishi mumkin. Boshqacha aytganda, bu sindromning klinik kechishi va ko'rinishi narkotik moddalarning turi, qabul qilingan miqdori va homiladorlikda iste'mol qilgan vaqtiga bog'liq.

Chaqaloq tug'ilgandan so'ng tez-tez nafas olsa, bu unga kislorod yetishmayotganligini bildiradi.

Ma'lumki, narkotik moddalar onada immunologik, endokrin va biokimyoviy jarayonlarning buzilishiga olib keladi, bu, o'z vaqtida, tug'ma yoki tug'ilgandan keyin paydo bo'ladigan turli kasalliklarga asos bo'ladi. Bunday onalardan albatta „nimjon“ farzandlar tug'iladi.

Chaqaloqni narkoman ona emizishiga yo'l qo'ymaslik kerak, chunki narkotik moddalar boshqa dori moddalari kabi ayol qonida aylanib yuradi va hosil bo'lgan sut tarkibiga kiradi. Ma'lumotlar shuni ko'rsatmoqdaki, so'nggi paytlarda narkotik va spirtli ichimliklarni birga iste'mol qiluvchi onalar ko'p uchramoqda. Ularni birgalikda iste'mol qilish homilaga yanada salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Hozirgi vaqtda bir qancha mamlakatlarda giyohvandlik va alkogolizm muammosiga qarshi kurash uchun ilmiy tekshirishlar olib borilmoqda.

*Ion nurlarining ta'siri.* Organogenez va yo'ldosh hosil bo'lish vaqtida homilador organizmiga radiatsion nurlar yomon ta'sir qiladi, ya'ni homila rivojlanishida nuqsonlar paydo bo'ladi. Radiatsion nurlarga ko'proq MAS (markaziy asab sistemasi), ko'rish va qon hosil bo'lishida ishtirok etuvchi homila a'zolari sezgirdir. Homiladorlikning dastlabki 2—3- oyida har qanday rentgen tekshirishlardan voz kechish kerak, ayniqsa, bu tekshirishlar kichik chanoq a'zolari bilan bog'liq bo'lsa. Homiladorlikning oxirgi oylarida ham rentgen tekshirish faqat majburiy holatdagina o'tkaziladi, agar zarurat tug'ilsa, ultratovush tekshirishlar bilan almashtirilgani ma'qul.

Homilador ayollarga *kimyoviy moddalarning* ma'lum darajada zararini nazarda tutgan holda, ularni (benzin, fenollar, dimetil-dioksan, formaldegid, oltingugurt uglerodi, simob va boshqalar) atrof-muhitdagi hamda ishlab chiqarishdagi me'yorini qat'iy nazorat qilish kerak.

Homiladorlik vaqtida dori moddalarning organizmga ta'sirining ahamiyati muhim. Homilador ayolda jigar faoliyatining o'zgarishi

tufayli, homilador bo'lmagan ayolga nisbatan ular organizmidagi qon tarkibida aylanib yuruvchi moddalar miqdori yuqori bo'ladi.

Dorivor moddalarning ko'pchiligi bachadon-yo'ldosh to'sig'idan oson o'ta oladi va homilaga teratogen hamda embriotoksik ta'sir ko'rsatadi (6—8- haftagacha). Shuning uchun homiladorlik vaqtida faqat shifokor ruxsati bilan dori moddalarni qabul qilish lozim. Chunki ehtiyotsizlik oqibatida qabul qilingan dori moddalar ta'sirida hattoki homila tug'ma nuqsonlar bilan dunyoga kelishi mumkin. Tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmasiga asosan homilador ayolning muolaja varag'iga dori moddalarni yozib beradi.

Homiladorlik vaqtida baland poshnali poyafzal kiyish mumkin emas, chunki bunda chanoq suyagining og'ish burchagi o'zgaradi hamda bel va oyoq mushaklari zo'riqadi.

*Homilador ayolning ovqatlanishi.* Homilaning to'g'ri rivojlanishi va har xil asoratlarning oldini olish uchun homilador ayol vitaminlarga boy ovqatlar iste'mol qilishi kerak.

Homiladorlikning I yarmida ayolda ovqat sezgisi o'zgarishi mumkin, sho'r va achchiq narsalarga ishtahasi uyg'onadi. Homiladorlikning uchinchi oyidan boshlab nahorda ayolning ko'ngli aynib, qayd qilishi mumkin.

Homiladorlikning birinchi yarmida maxsus parhez buyurilmaydi va ko'ngil aynishining oldini olish maqsadida ovqatni sovuq holda hamda yotib iste'mol qilish tavsiya qilinadi.

Homiladorlikning II yarmida go'shtli ovqatlarga nisbatan sutli ovqatlarni ko'proq iste'mol qilish kerak. Tarkibida kalsiy moddalari bo'lgan (pishloq, yong'oq) mahsulotlarni, vitaminlarga boy va mikroelementlari ko'p bo'lgan meva va sabzavotlar iste'mol qilish tavsiya etiladi. Achchiq narsalar yeyishga ruxsat berilmaydi. Spirtli ichimliklar iste'mol qilish qat'iy man qilinadi. Go'shtli mahsulotlarning chegaralanganligi bois oqsil miqdori pishloq, tuxum, baliq mahsulotlari bilan to'ldiriladi.

Homiladorlikning II yarmida suv va tuz miqdori chegaralanadi, chunki bu moddalar almashinuviga ta'sir qilib, organizmda suvning ushlanib qolishiga va shishlar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Terida moddalar almashinuvu mahsulotlari qisman ajralishi tufayli homilador ayol tanasini toza tutishi kerak. Qin orqali infeksiya kirishining oldini olish maqsadida vanna qabul qilishga ruxsat berilmaydi, faqat dush tagida cho'milishga ruxsat etiladi.

Jinsiy yo'llardan ajralmalar kelib turganligi sababli tashqi jinsiy a'zolar kunida ikki marta, albatta, sovunlab yuvilishi va har safar

bo'shangandan keyin tahorat qilish zarur. Bu jinsiy a'zoldan kasallik tarqalishining oldini oladi.

Sut bezlarini tug'uruqqa, ya'ni bola emishiga tayyorlab borish (kunora sut bezlarini sovunlab yuvib, sochiq bilan yaxshilab artish) kerak. Sut bezi uchi toza qo'l bilan, moy yoki yumshatuvchi vazelin surtilib, uqalanib turilishi kerak.

Homilador ayol siynabandi paxtali, ipak matodan tikilgan bo'lib, sut bezlarini qisib turmasligi, kiyimi sut bezi va qorniga xalaqit bermaydigan, keng va qulay bo'lishi zarur.

Homiladorlikning II yarmidan boshlab maxsus belbog' taqib yurish tavsiya etiladi, u og'irlik markazini bir xilda ushlab turadi va qorin old devorining cho'zilib ketmasligi hamda bachadonning pastki qismiga og'irlik tushmasligining oldini oladi.

Homiladorlik vaqtida vitaminlarga ehtiyoj ortadi. Organizmda vitamin yetishmovchiligi homilador ayol organizmining kasallikka qarshiligining kamayishi, mehnat faoliyatining susayishi, homila rivojlanishidagi o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Homilador ayollarda qabziyat (ich qotish) uchrashi tabiiy. Uni qora non, sutli mahsulotlar, meva va sabzavotlar iste'mol qilish bilan bartaraf etish mumkin.

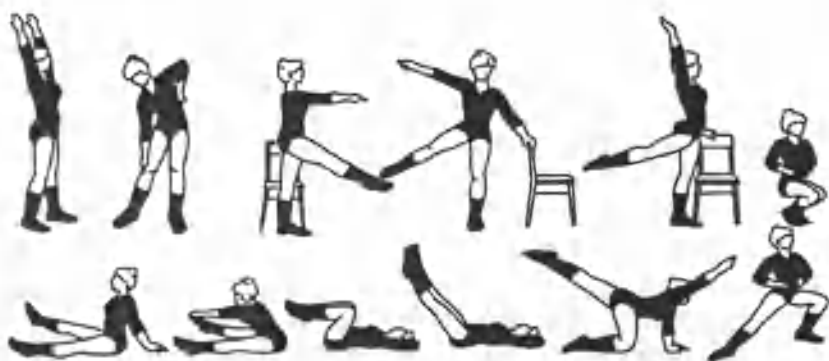
Homilador ayollarni dispanser ko'rigidan o'tkazish vaqtida homilada biror xatarli holat sezilsa, unga zudlik bilan tug'uruqxonaning homiladorlar patologiyasi bo'limiga yotish uchun yo'llanma beriladi va nazorat ostiga olinadi.

Qon aylanish va nafas olishni yaxshilash maqsadida, modda almashinuvi va asab sistemasi faoliyatini tiklash maqsadida homilador ayolga gimnastika mashg'ulotlari buyuriladi. Homiladorlik vaqtida jismoniy tarbiya bilan shug'ullangan ayollarda tug'uruq asoratsiz kechishi tasdiqlangan, shuning uchun hech qanday kasalliklarsiz kechayotgan homiladorlikda jismoniy mashg'ulotlar buyuriladi (18- rasm).

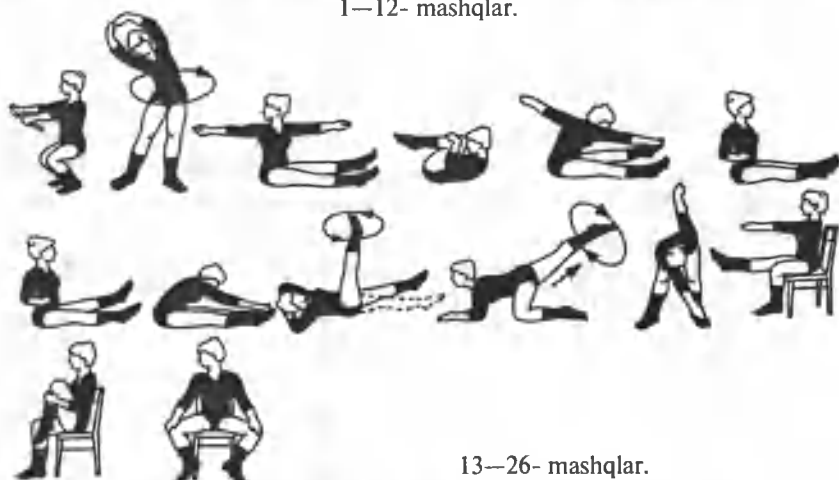
***Homilaning rivojlanish shartlari.*** Hozirgi vaqtda dunyodagi ko'pgina psixologlarning diqqati homilaning ilk bolalik davri muammosiga qaratilgan. Bu bejiz emas, bolaning kelajagi har taraflama qanday sharoitda rivojlanishiga bog'liq.

Hali tug'ilmagan bola — rivojlanuvchi kichkina odamchadir.

Tug'ilmagan bolaga, uning rivojlanishi uchun ona mehri juda zarur. Shuningdek, bolaning rivojlanayotgan ruhiyatiga yaxshi ta'sir etadigan omillar ona va otaning bir-biriga munosabati, onaning mehr-muhabbat bilan homilani ko'tarib yurishi, xayolan u bilan



1—12- mashqlar.



13—26- mashqlar.



27—37- mashqlar.

**18- rasm. Homiladorlik davridagi mashqlar majmuyi.**

1—12- mashqlar — homiladorlikning 16- haftasigacha; 13—26- mashqlar — 16 haftadan 32- haftagacha; 27—37- mashqlar — 36- haftagacha.

muloqot qilishi va dunyoga kelishi haqidagi o‘ylari kerakli asoslardan biri hisoblanadi.

Torontolik ruhshunos, shifokor Verni 1983- yil iyul oyida 500 ta ayoldan so'rov o'tkazdi. Natija shuni ko'rsatadiki, ularning uchdan bir qismi ko'tarib yurgan homilasi haqida umuman o'ylamagan. Ular tug'gan bolalarda ruhiy xastalik holatlari uchragan. Ilk chaqaloqlik davrida bunday bolalar boshqalarga nisbatan ko'proq yig'laganlar. Shuningdek, ular atrof-muhitga o'rganishida ma'lum qiyinchiliklarga duch kelganlar.

Chaqaloqlik davridayoq ruhiy jihatdan to'laqonli rivojlanishi uchun o'z vaqtida sharoit yaratish lozim.

Har bir bolalik davri o'ziga xos qaytarilmas xususiyatga, aniq rivojlanish vaqtiga ega.

Go'dak bilan katta odamlardek ijobiy kayfiyat, ijobiy tuyg'ular uyg'otuvchi doimiy muloqotda bo'lish kerak. Shu jarayonda bolada ijobiy tuyg'ular uyg'onadi. Bu esa, o'z vaqtida, jismoniy va ruhiy salomatlikka yaxshi ta'sir qiladi.

Ko'pgina olimlar (R. Spits, J. Boulbi) ma'lumotlariga ko'ra bola qachon onadan ajratib olinsa, uning ruhiy rivojlanishiga putur yetadi. Bu holat bolaning butun umrida o'chmas iz qoldiradi. Bola o'z onasidan qanchalik mehr-muhabbat olgan bo'lsa, shu tarzda qaytaradi.

Bolaning har taraflama yetuk bo'lib o'sishiga jismoniy, ruhiy sharoit yaratib berish kerak.

Ko'pincha ona o'z bolasini ixtiyoriy yoki ixtiyorsiz dunyoga keltirganiga ahamiyat berilmaydi. Ona xohlamasdan dunyoga keltirgan bolaning ruhiyati tug'ilmasdanoq jarohatlanadi. Uzoq davom etgan mojarolar onaning qonida steroid gormonlar ko'payib ketishiga sabab bo'ladi. Bu holat yo'ldosh to'sig'i orqali o'tib, homilaning endigina shakllanayotgan miyasiga ta'sir etadi.

Homila va ona orasidagi hissiy muloqot ko'pincha bolaning ruhiyati shakllanishida asosiy omil bo'lib hisoblanadi.

Hayot turli xil qiyinchiliklardan iborat. Ana shu qiyinchiliklar paytida ona — ayol noto'g'ri harakatlar bilan va keraksiz hissiy mojarolarga berilib ketsa, tug'uruqdan keyin yomon asoratlarga olib keladi: nevroz, bezovtalik, aqlan zaiflashish va ko'pgina patologik holatlar shu asoratlar jumlasiga kiradi.

Bo'lajak ona o'z bolasi uchun eng asosiy kuch va qo'riqchi ekanligini his etsa va quvvat beruvchi eng asosiy omil uning mehr-muhabbati ekanligini tushunsa, bu qiyinchiliklarni bartaraf etish oson bo'ladi.

Bu jarayonlarda otaning ham o'rni katta. Uning rafiqasi homiladorligiga va kutilayotgan bolaga munosabati eng asosiy

omillardan biri hisoblanadi. Rivojlanayotgan homila kuch va baxtni onasidan qay darajada sezishiga bog'liq.

Ota onaga tug'ilajak farzand tufayli mehr-muhabbat ko'rsatsa, onadagi bu quvonch, baxt homilaga ijobiy ta'sir qiladi.

Perinatal rivojlanish jarayoni embrionga va keyinchalik homilaga eng kerakli shart-sharoitlar yaratish bilan bog'liq. Bu esa avvalambor tuxum hujayraga solib qo'yilgan hamma qobiliyat va imkoniyatlarni o'z ichiga oladi. Buni tabiiy jarayonning bir bo'lakchasi deb aytish mumkin.

Ona o'zidan nimani o'tkazsa, bola ham shularni o'zida his etadi. Ona bola uchun birinchi „tirik xomashyo bazasi“dir; ham ruhiy, ham jismoniy nuqtayi nazardan bu qoida amalda va ilmiy asoslangan.

Ona bola va atrof-muhit oralig'ini bog'lab turuvchi omildir. Rivojlanayotgan bola dunyoni to'g'ridan to'g'ri his etmaydi. Lekin dunyo onada qanday aks etsa, homila ham shuni his eta oladi.

Misrliklar, hindular, keltlar, afrikaliklar va ko'pgina boshqa xalqlar onalari, er-xotinlar va umuman jamiyat tajribalariga asoslangan holda qonunlar ishlab chiqqanlar. Bu qonunlar homila va bolaning rivojlanishi, uning o'sib-unishi uchun zarur shart-sharoitlarga taalluqlidir.

Ming yillar oldin Xitoyda perinatal klinikalar mavjud bo'lgan. Bu yerda bo'lajak onalarning homiladorligi tinch kechishi uchun zarur shart-sharoitlar yaratilgan, barcha muolajalar, barcha xatti-harakatlar tinch va osuda, go'zallik bilan bog'liq holda olib borilgan. Zamonaviy fandagi izlanishlar natijasiga ko'ra, homilaning rivojlanishi uchun asosiy omil bo'lib, uning sezuvchanlik qobiliyati, hissiy aloqasi hisoblanadi.

Fransuz tadqiqotchilarining fikriga ko'ra homilada faol sensor sistema mavjud ekan. Ma'lum bo'lishicha, his etish a'zolari va miyaning markazi homiladorlikning III oyidan rivojlanadi. 6 haftalik homilada miyaning faoliyati qayd etiladi, 7 haftaligida sinapslar ishga tushadi, ular nerv tolalari to'qimalariga signal yuborib turadi. Bu vaqtda homilada birinchi reflekslar paydo bo'ladi. Uning burni yoki og'ziga tegib ko'rilsa, u boshini orqaga tashlaydi. Qo'lga tegib ko'rilsa, 9 haftalik homila ushlashga moyillik ko'rsatadi, qovog'iga tegib ketilsa, u yoq-bu yoqqa qaraydi. Qo'lga qattiqroq tegilsa, u qo'lini tortib oladi.

Hayotining uchinchi oyi oxiriga borib, homila tanasining ko'proq qismida sezish qobiliyati oshadi. U ona qornida aylana



boshlaydi. Kindik tizimchasi, bachadon devorlari va bachadon harakatlarini his etib turadi. Ko'rish qobiliyati boshqa xislatlarga nisbatan birinchi bo'lib rivojlanadi va miyaning shakllanishida homilaning asab sistemasi rivojlanishida katta o'rin egallaydi. Gap shundaki, miya moddasi o'z-o'zidan emas, balki miyaga borib turuvchi signallar ta'sirida rivojlanib boradi.

Ichki quloq 8 haftaligida rivojlanadi, 5 oylik davrida tashqi quloq va butun eshitish sistemasi rivoj topadi.

Agar ota homila bilan tez-tez gaplashib tursa, u tug'ilgandan keyin darrov otasining ovozi taniydi. Ota-onalar ta'kidlashlaricha, bolalar perinatal davrda eshitgan musiqa va ashularini darrov tanishadi. Xuddi o'sha ovozlari bolani tinchlantirish uchun eng qulay vosita bo'lib xizmat qiladi.

Ona ovozi ta'sir kuchi haqida ham aytib o'tish kerak. Shifokor Tomatis kattalar va bolalarda asabiylashish holatini yumshatish uchun suyuqlikdan o'tkazib yozilgan ona ovozi eshittiradi. Bemorlar bu ovozni ona qornida qog'onoq suvlarida suzganda eshitganday qabul qilishadi. Bu usul bilan perinatal davrga xayolan qaytiladi va turli yoshdagi bemorlar o'sha davr quvvatini qayta tiklashadi hamda ular ruhiyatida xatarlarga bardosh beruvchi ruhiy qobiq hosil qiladi.

Rivojlanayotgan bola faqat sensor axborotni eslab qolmay, balki eslab qolish hujayralarida emotsional xarakterga ega bo'lgan ma'lumotlarni saqlab qoladi.

Psixolog va psixiatr olimlar ona va bola o'rtasidagi yana bir bog'liqlikni kashf etishdi va buni hissiy bog'liqlik sifati deb ta'kidlashdi. Onaning bola bilan mehr-muhabbatli munosabatda bo'lishi, go'dakni sog'inib kutishi, bular hammasi homilaning rivojlanayotgan ruhiyatiga yaxshi ta'sir etadi. 3- oy oxirida homila barmog'i ko'pincha og'izda bo'ladi. Onaning xavotirini, xomushligini u shu ko'rinishda ifoda etadi. Xursandchilik, hayajon, qo'rquv va xavotirlanish onaning yurak urish ritmi, qon aylanishi va moddalar almashinuviga qattiq ta'sir etadi: ona xursand bo'lganda qonda xursandchilik gormonlari — endorfinlar, xafa bo'lsa, stress gormonlari — katexolaminlar ortadi. Xavflilik va xavfsizlik holatlarini ham homila his eta oladi. Homila bu signallarni hali tushunmay turib sezadi. Lekin shu tarzda u bularga qanday yon bosishni biladi va ona xursandchilik yoki xavotirlanish, osoyishtalik yoki qo'rquv tuyg'ularini o'zi bilan bo'lishayotganini sezadi. Homila onaning yuragi ostida yotgan vaqtida uning o'sishi, rivojlanishiga, tashqi

olamda o'z o'rnini his etishiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiladi. Tashqaridan kelayotgan karaxt qiluvchi omillar homilaga bevosita ta'sir etmaydi, faqat ona homilasiga filtrlab, ya'ni eng yomon hissiyotlarni iloji boricha olib qolib, yaxshilarini o'tkazadi. Homilador ayolning kuchli hissiyotlari bolaga yomon ta'sir o'tkazmaydi, aksincha, gormonal o'zgarishlar, ona ichki hayotining har xilligi homilaning yaxshi rivojlanishiga ta'sir qiladi. Shifokor Verni (torontolik psixiatr) birinchi bor 1983- yilning iyul oyida Amerikada o'tkazilayotgan kongressda perinatal tarbiya haqidagi so'z bilan chiqadi. Kongressni o'tkazishda ko'pgina Yevropa davlatlari va Kanada mutaxassislari qatnashdilar. Bu yerda kattalarning homilalik vaqtida onasi bilan bo'lib o'tgan voqealar haqida gap yuritilgan. Homiladorlik vaqtida ona homilaga nisbatan mas'ul munosabatda bo'lishi kerak. Odamni o'rab turgan hissiyotlar va atrof-muhit bir-biri bilan chambarchas bog'liq. Baxtsizlikni qalb his qilishi, yurak og'rishini havo yetishmasligiga olib keladi.

Salbiy hissiyotlar qo'rquv, rashk, jahldorlik, og'ir kechinmalar, o'zini yomon his etish qaramlikka olib keladi. Xursandchilik esa onada xotirjam tuyg'ular uyg'otadi. Bu esa homilaga ijobiy ta'sir etadi. Bola tug'ilishi bilanoq, atrof-muhitda bo'layotgan voqealarga moslashadi. Unda ilk ehtiyojlar (ovqatlanishga, issiqlikka, harakatga) namoyon bo'ladi, miyaning rivojlanishiga ehtiyojlar (masalan, yangi qiziqishlar) va nihoyat ijtimoiy talablar hayotning birinchi yilida kelib chiqadi va shakllanadi. Boshqa odamlar e'tiborini tortish ham go'dak tuyg'ularining ilk belgisidir. Bu holatlarning hammasi bolaning did bilan shakllanishiga yordam beradi. Go'dakda bu talablarga javoban hissiy kechinmalar namoyon bo'ladi. Biron ehtiyoji qoniqmasa, bolada salbiy ta'sir uyg'onadi. Bola bezovta bo'ladi, chinqiradi, qoniqishi esa xursandchilik, umumiy hayotiy tonusining ortishida namoyon bo'ladi.

Ona suti bilan emizish — bu bolaning faqat ovqatlanishigina emas, balki ruhiy, jismoniy rivojlanish jarayonidir.

Bu jarayonda bolalarda onasiga nisbatan mehr ortadi. Bola qanchalik ona ko'ragidan barvaqt ajratilsa, u shunchalik mehrsiz va yolg'izlikka moyil bo'ladi. Kattalar bola bilan qanchalik ko'p muloqotda bo'lishsa, uning jismoniy va ruhiy rivojlanishi tezlashadi. Hayotining ilk yilida bola tashqi dunyoga ishonadi. Bola hayotining ilk bosqichida tashqi dunyoga nisbatan ishonch hislari oshmasligi zarur, dunyoga kelganligi, dunyo uni kulib qarshi olganligini his

qila olishi kerak. Agar bularning aksi bo'lsa, qalbini ishonchsizlik hissi egallaydi, dunyoga nisbatan qo'rquv paydo bo'ladi. Bola yaxshi rivojlanib borishi uchun quyidagilarni esda tutishi kerak:

- ona doim bola yonida bo'lishi;
- u bilan muloyim va xushchaqchaq muomalada bo'lishi;
- har doim emizganda, yo'rgaklash vaqtida go'dakni avaylashi, bag'riga bosganda mehr mamlakatiga kirgandek o'zini baxtli his etishi kerak.

Ona bu vazifalarni jon dili bilan bajarmog'i lozim.

Yangi tug'ilgan chaqaloqni onadan mahrum qilish — bola uchun og'ir judolikdir. Bola ona mehridan mahrum bo'lmasligi zarur, chunki bola yonida ishonchli himoyasi va ozuqasi borligini his etishi kerak.

Fransuz psixologi R. Spis bolalar uyida va a'lo sharoitli bog'chalardagi bolalarni hamda tarbiyalanuvchilarni kuzatib borish natijasida quyidagi ma'lumotlarga ega bo'lgan. Bolalar uyida tarbiyalanuvchi bolalar aqlan zaif bo'lib, ruhiy rivojlanishi orqada qolgan. Gigiyenik sharoitlari, ovqatlanishi, parvarishi yaxshi bo'lishiga qaramay, o'lim ko'rsatkichi yuqori bo'lgan. Tirik qolgan 4 yoshli bolalar yurishni, kiyinishni, qoshiq bilan o'zi ovqatlanishni, hojatga o'zi borishni, gapirishni bilmagan. Vazni va bo'yi yoshiga nisbatan orqada qolgan. Bog'chada tarbiyalangan bolalar esa yaxshi rivojlanishgan.

6—12 oylik bolalar nimjon bo'lishadi. Bu vaqtda bolani onadan mutlaqo ajratish mumkin emas.

Go'dak tug'ilganidanoq atrofdagi odamlarning har tomonlama yordam berishlari bola organizmining jismoniy parvarishini ta'minlaydi, tarbiyalaydi, unga odamiylik xislatlari, jamiyatdagi sharoitlarni o'rgatadi. Ota-onalar farzandlari mustaqil hayotga qadam qo'ygunlariga qadar mas'uldirlar.

---



## TUG'URUQ, TUG'URUQ PAYTIDA KO'RSATILADIGAN YORDAM. TUQQAN AYOL VA'CHAQALOQLAR PARVARISHI

### 5.1. Tug'uruqdagi fiziologik jarayon

Tug'uruq murakkab fiziologik jarayon hisoblanadi. U homilador ayol organizmining hamma a'zolariga o'zaro ta'sir o'tkazishi natijasida paydo bo'ladigan yetuk homilaning va homila tuxumi qismlarining tug'ilishini o'z ichiga oladi.

Tug'uruq boshlanishining sabablari shu kungacha to'liq aniqlanmagan. Bu ona va homilaning gormonal hamda asab-reflektor sistemasiga bog'liq, deb hisoblanib kelinadi. Homiladorlik oxirida estrogenlar miqdori keskin ko'payadi, progesteron kamayib ketadi, bu bachadon muskullarining kuchli qisqarishiga sabab bo'ladi.

Ikkinchi tomondan, bachadon muskullarining reflektor qo'zg'aluvchanligi ortadi. Bosh miya qatlamida qo'zg'alish va tormozlanish jarayoni o'zgaradi. Homiladan onaning orqa miyasiga impulslar keladi. Bularning hammasi tug'uruq faoliyati boshlanishiga olib keladi. Homiladorlikning oxirgi 1,5—2- haftasida homilador ayol organizmida tug'uruqqa tayyorgarlik yakunlanadi. Tug'uruqqa tayyorgarlik qator belgilarda namoyon bo'ladi. Bu belgilar tez kunda tug'uruq boshlanishi mumkinligini ko'rsatadi. Tug'ishga 10—14-kun qolganda tug'uruq „xabarchi“lari paydo bo'ladi, ya'ni:

— homilaning old qismi kichik chanoq og'ziga taqaladi, natijada bachadon tubi balandligi bir qancha tushadi va homilador ayolning nafas olishi yengillashadi;

— bachadon qo'zg'aluvchanligi kuchayadi, vaqt-vaqti bilan og'riq paydo bo'ladi, bu soxta dard hisoblanadi. Bu holat muntazam bo'lmaydi va bachadon bo'yni ochilishiga yordam bermaydi;

— homilador ayolning tana vazni kamaya boshlaydi;

— bachadon bo'ynidan ko'p miqdorda shilimshiq ajralib chiqadi (shilimshiq tiqini ajralishi). Homilador ayol bu holatni qog'onoq suvlari ketayotganligi deb taxmin qiladi.

Tug'ish uzluksiz jarayon, uni to'xtatib bo'lmaydi. Tug'uruq shartsiz reflektorli akt, u bachadondagi homilani haydab chiqarishga yo'naltirilgan harakatga bo'ysunadi. U bachadon bo'yni yetilgandan keyin boshlanadi. Bachadon bo'yni „yetilganligi“ qin orqali tekshirib ko'rib aniqlanadi. Bachadon bo'yni butunlay yumshagan,

2 sm ga qisqargan, bachadon bo'yni kanali bir barmoq o'tkazadigan bo'lib, ichki gumbaz orqali homilaning old qismini aniq paypaslab bilish mumkin. „Yetilgan“ bachadon bo'yni chanoqning to'g'ri o'lchamida joylashgan bo'lishi kerak. Homilaning 28—41 haftaligidagi tug'uruq o'z vaqtidagi tug'uruq deb aytiladi. 28 haftagacha bo'lgan tug'ish vaqti erta tug'uruq hisoblanadi. 41 haftadan keyingi tug'uruq muddati o'tgan tug'uruq deb hisoblanadi.

Tug'uruq 3 davrdan iborat: I — bachadon bo'yni ochilishi; II — homilani haydash davri; III — yo'ldosh tug'ilish davri.

Tug'uruq boshlangan vaqtda ko'zi yoriyotgan, tug'andan keyingisi esa ko'zi yorigan ayol deb ataladi.

## 5.2. Tug'uruq biomexanizmi

Tug'uruqning birinchi davrida haydab chiqaruvchi kuch *dard* bo'ladi, uning hisobiga bachadon bo'yni ochiladi. Dard — bu bachadonning ixtiyorsiz davriy qisqarishidir. Tug'ish faoliyati tezlashishi bachadon ichki va tashqi mushaklarining aniq mo'ljalli qisqarishi hisobiga sodir bo'ladi.

Tug'uruq me'yorida davom etganda, dardning kuchi va davomiyligi uzluksiz oshib boradi. Dard tutish orasidagi vaqt qisqarib boradi. Dard natijasida bachadonning ichki bosimi oshadi va homila pardasi bachadon bo'yni kanaliga o'tadi. Bu bachadon bo'ynining ochilishiga yordam beradi. Bachadon bo'yni ochilish mexanizmi birinchi va qayta tug'uvchi ayollarda bir xil bo'lmaydi. Birinchi tug'uvchi ayolda bachadon bo'yni ochilishi ichki bo'g'iz tomondan boshlanadi, keyin bachadon bo'yni silliqlanadi va tashqi bo'g'izi ochila boshlaydi. Qayta tug'ayotgan ayollarda ichki va tashqi bo'g'iz ochilishi bir vaqtning o'zida bachadon bo'yni qisqarishi bilan sodir bo'ladi. Bachadon bo'yni to'liq yoki qisman ochilganda homila pardasi yoriladi va qog'onoq suvlari chiqib ketadi. Qog'onoq suvlari bachadon to'liq ochilmay turib oqib ketsa, *barvaqt suv ketish* deyiladi. Agar suv dard boshlanguncha oqib ketsa, bu holat *ilgari suv ketish* deyiladi. Kam hollarda qog'onoq suvlari ketishi kechikadi. Bu holatda qog'onoq pardasini ochib yuborishga to'g'ri keladi.

Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi tug'uruq birinchi davri-ning tugaganini bildiradi. Tug'uruqning ikkinchi — homilani haydab chiqarish davrida homila tug'ilishi sodir bo'ladi.

Qog'onoq suvlari oqib bo'lgach, dard birmuncha to'xtaydi yoki sekinlashadi. Bachadon tubi balandligi kichrayadi va bachadon homilaga zich tegib turadi.

Tug'uruqdagi ikkinchi davrning haydab chiqaruvchi kuchlari kuchanIQ bo'ladi. Kuchaniqning darddan farqi shundaki, bachadon mushaklarining ixtiyorsiz reflektor qisqarishiga qorin mushaklari, diafragma, dumg'azaning to'laligicha reflektor qisqarishlari kelib qo'shiladi. Kuchanish quvvati tug'ayotgan ayol tomonidan ixtiyoriy boshqariladi. Ayol o'zi kuchanishni kuchaytirishi yoki kamaytirishi mumkin.

Homilaning avval old qismi, keyin gavidasi tug'iladi.

Homila tug'ilgandan keyin tug'uruqning III davri boshlanadi. Bu davrda yo'ldosh va qobiqlar bachadon devoridan ajralishi va yo'ldosh tug'ilishi kuzatiladi.

*Yo'ldosh ajralishining belgilariga* quyidagilar kiradi:

— yengil dard paydo bo'lishi;

— bachadon tubi balandligi avval ko'tariladi, so'ng qorin o'rta chizig'idan chetga chiqadi;

— kaft qirradi qov ustiga bosib ko'rilganda, qisqich qisilgan kindik tizimchasi ichkariga qarab ko'tarilmaydi, aksincha, tushib turadi.

Yo'ldosh bachadonga yoki homilaga qaragan yuzasi bilan tug'ilishi mumkin. Yo'ldoshning homilaga qaragan yuzasi yaltiroq (qobiq) bo'lib, unda kindik tizimchasi aniqlanadi.

*Bachadonning qisqaruvchanligini baholash.*

Tug'uruq vaqtida bachadonning qisqaruvchanlik faoliyati uning tonusi, kuchi, davomiyligi, dard tutish oralig'i va ritmi bilan xarakterlanadi. Bachadonning qisqaruvchanligini baholash uchun tug'uruq vaqtida paypaslab ko'rish, maxsus apparat yordamida bachadon qisqarishini yozib olish mumkin. Paypaslab ko'rilganda qo'l bachadonning yuqori qismiga qo'yiladi, sekundomer bilan bachadon qisqarish davomiyligi va oralig'i, shuningdek, dard kuchi aniqlanadi.

Bachadonning qisqaruvchanlik faoliyati 2 xil: tashqi va ichki gisterografiya (tokografiya) usulida yozib olinadi.

Tashqi gisterografiya usulida qorinning old devoridan bachadon qisqaruvchanligi datchiklar yordamida aniqlanadi. Bu usul xavfsiz va aseptik, lekin ko'rsatkichlarga teriosti yog' qatlamining qalinligi, mushaklar zo'riqishi hamda datchiklardan qanchalik to'g'ri foydalana olishlik ta'sir ko'rsatadi.

Datchiklarni bachadon bo'yniga qo'yib ichki gisterografiya (tokografiya) o'tkaziladi.

Tug'uruqning davomiyligini raqamlarda quyidagicha ifodalash mumkin:

*I davr.* Birinchi bor ko'zi yoriyotgan ayollarda 10—11 soat, qayta ko'zi yoriyotgan ayollarda 6—7 soat;

*II davr.* Birinchi tug'uvchi ayollarda 1—2 soat, qayta tug'uvchi ayollarda 15 daqiqadan 1 soatgacha;

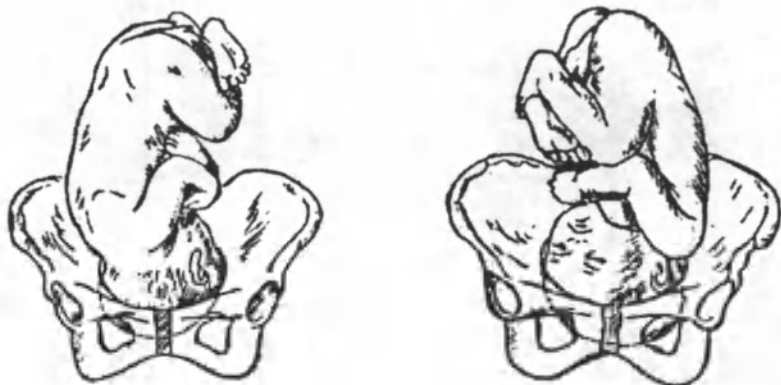
*III davr.* 30 daqiqadan oshmasligi kerak.

Tug'uruq biomexanizmi homilaning onadagi tug'uruq yo'llaridan o'tib borayotgandagi harakatlari yig'indisiga teng. Tug'uruq biomexanizmi homilaning holati, turi, joylashishi va oldinda keluvchi qismiga bog'liq, u har bir turda o'ziga xos bo'ladi. Tug'uruqning ko'p uchraydigan turi ensa oldinda kelishining old turidir, ya'ni tug'uruq boshlanishidan oldin bosh bukilgan holda kichik chanoqning kirish qismida joylashgan, ensa kichik chanoqning kirish tekisligiga qaragan bo'ladi. Homila boshining o'qsimon choki kichik chanoqning kirish tekisligida ko'ndalang yoki qiyshiq o'lchamda bo'ladi (tug'uruqlarning 95 %i).

*Ensa oldinda kelishining old turida* tug'uruq jarayoni 4 holatdan iborat:

birinchi vaziyat — boshning bukilishi. Bosh o'z o'qi atrofida aylanadi. Bunda bosh kichik chanoq og'ziga taqaladi. O'q yoysimon chok chanoqning ko'ndalang yoki qiyshiq o'lchamiga to'g'ri keladi. Bachadon ichki bosimi umurtqaga beriladi va undan homila boshiga o'tadi. Ensa qismi pastga tushadi, kichik liqildoq taqalish nuqtasi bo'lib hisoblanadi. Taqalish nuqtasi homilaning oldinda keluvchi qismi bo'lib, tug'uruq yo'llaridan birinchi bo'lib o'tadi;

ikkinchi vaziyat — boshning ichki burilishi. Pastga tushgan sari boshcha bir vaqtning o'zida chanoqning o'tkazuvchi

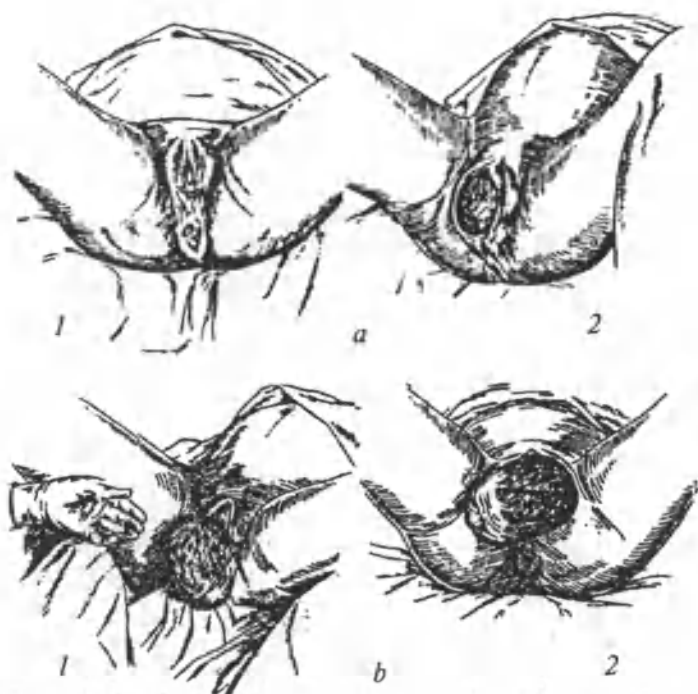


19- rasm. Homilaning tug'uruqdan oldingi vaziyati.

nuqtasi atrofida aylanadi. Bunda ensa old tomonga aylanadi, peshana esa orqaga. O'qsimon chok qiyshiq o'lchamdan, chanoqning to'g'ri o'lchamiga o'tadi. Bunda kichik liqildoq qovga o'tirilgan bo'ladi. I holatda boshcha 45°, II holatda 135° ga aylanadi;

u chinchi vaziyat — boshning yozilishi. Boshcha chanoq tubida chanoq tubi mushaklarining qarshiligiga uchraydi, u boshning yozilishiga yordam beradi. Bu ensa chuqurchasi qovosti sohasiga kelganda sodir bo'ladi. Bu vaqtda boshning yorib chiqishi kuzatiladi. Uning yorib chiqqanligini kuchanish vaqtida ko'rish mumkin. Boshning taqalib turganligini jinsiy yoriqdan (kuchaniq bor yoki yo'q bo'lganda ham) ko'rish mumkin.

to'rtinchi vaziyat — boshning tashqi, yelkalarining ichki burilishi. I holatda bosh yuzi bilan onaning o'ng soniga buriladi, II holatda chap songa buriladi. Shunday qilib, homila ona yonboshiga qarama-qarshi yuz bilan tug'iladi (homila holatiga nisbatan), I holatda yuzi o'ngga, II holatda chapga qaragan bo'ladi (20- rasm, b).



20- rasm: a — homilaning tug'uruqdan oldingi vaziyati:

1—boshning suqilib kirishi, 2—boshning yorib chiqishi;

b — homila boshining tug'ilishi: 1—chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan, 2—bosh yuzi bilan ona soniga qaragan.



Tug'uruq yo'llaridan o'tib (kichik chanoq kirish va chiqish tekisligida) homila boshi har doim kichik o'lcham bilan kichik chanoqning katta o'lchamiga o'tadi. Bu tug'uruqdagi shikastlanish xavfini kamaytiradi. Boshning moslashuvi bosh miya suyaklari choklari va liqildoqlari harakatchanligiga bog'liq. Natijada boshning shakli (konfiguratsiyasi) o'zgaradi.

Chanoqning torligi va homila boshi bilan mos kelmasligi homila boshchasining shaklini sezilarli darajada o'zgartiradi, lekin bu o'zgarishlar normal tug'uruqdan keyin izsiz yo'qoladi.

Konfiguratsion o'zgarishlardan tashqari boshchada tug'uruq vaqtida tug'uruq shishi hosil bo'ladi. U boshning siqilishi natijasida venalardan qon ketishining qiyinlashishidan paydo bo'ladi. Homila boshining chanoq o'lchamlari bilan to'g'ri kelmasligi natijasida homila boshining tug'uruq yo'llaridan o'tishi qiyinlashadi. Natijada tepa suyaklarning suyak ustki terisining ostki sohasida qon quyilishlar paydo bo'ladi (kefalogenatoma).

Homilaning oldinda kelish qismi va joylashishining boshqa turlarida tug'uruq biomexanizmi o'zgacha, ancha murakkab bo'ladi.

Biz normal kechadigan tug'uruqni ko'rib chiqamiz va o'z oldimizga har xil sharoitlarda ham tug'uruqni yaxshi qabul qilishni maqsad qilib qo'yamiz.

### **5.3. Tug'uruq davridagi aseptika va antiseptika**

Tug'uruq yo'llaridan kirgan infeksiya tug'uruq jarayonini qiyinlashtirishini nazarda tutgan holda, tug'uruq davridagi aseptika va antiseptikaga rioya qilish muhim ahamiyatga ega.

Homilador va ko'zi yoriyotgan ayol organizmiga infeksiya qo'zg'atuvchilari ko'pincha ekzogen yo'l bilan tushadi. Ular tug'uruq yo'llariga asboblar, bog'lov materiallari va yuvilmagan qo'llar orqali kirishi mumkin.

Infeksiya o'chog'i endogen bo'lishi ham (ya'ni, ayol organizmida), burun, tanglay mikroflorasi va surunkali infeksiya o'choqlari (kasallangan tishlar, ichki a'zolarining yallig'lanish kasalliklari), noto'g'ri jinsiy aloqalar ham bo'lishi mumkin.

Homiladorlik va tug'uruqda infeksiya asoratlari bilan kurashish profilaktik chora-tadbirlar qo'llab amalga oshiriladi (ya'ni tug'uvchi ayol tug'uruqxonaga qabul qilinganidan boshlab) homilador ayol to'liq tekshiriladi, unga sanitariya ishlovi beriladi, yuqumli xastalikka chalingan ayollarni observatsiya bo'limida alohida yotqaziladi.

Tug‘uvchi ayolning jinsiy a‘zolariga ishlatiladigan barcha buyumlar steril bo‘lishi kerak.

Tibbiyot xodimlarining qo‘li umumiy qabul qilingan usul bilan infeksiyadan zararsizlantirilishi muhim ahamiyatga ega. Tibbiyot xodimlari steril qo‘lqoplar kiyib ishlashlari shart. Tug‘uvchi ayollarni qin orqali tekshirish tug‘uruqni qabul qilish, akusherlik operatsiyalari, chaqaloqning birinchi tualetini o‘tkazishdan oldin qo‘llar zararsizlantirilgan bo‘lishi kerak.

Tashqi tekshirishdan oldin qo‘llar iliq oqar suvda yuvib quritilgan bo‘lishi zarur.

Tug‘uruq vaqtida har 5—6 soatda tashqi jinsiy a‘zolar tualeti o‘tkaziladi. Tug‘uruq qabul qilishdan oldin tashqi jinsiy a‘zolar va sonning ichki yuzasini iliq qaynagan suv bilan yuvib quritiladi, spirt yoki yod bilan artiladi. Tug‘uvchi ayolga steril ko‘ylak, oyog‘iga ipli matodan paypoq (baxilla) kiydiriladi va steril oqlik solinadi.

Tibbiyot xodimlari batsilla tashuvchi emasligi tekshirilgan, yuqumli kasalliklar bilan kasallanmagan bo‘lishi kerak (gripp, angina, yiringli kasalliklar va boshqalar). Bundan tashqari ularning qo‘llarida yara yoki shilingan joylar bo‘lmasligi, tibbiyot xodimlarining kiyimlari toza bo‘lishi lozim. Tug‘uruq stasionarida niqob (maska) taqish majburiy. Ishlatilgan niqoblar tog‘oraga tashlanadi, yuviladi va dezinfeksiyalanadi.

Tug‘uruq zali nihoyatda toza bo‘lishi kerak. 1 yilda bir marta SES rejasiga muvofiq tug‘uruqxona umumiy tozalash maqsadida yopiladi. Xonalar har kuni 2—3 marta namlangan latta bilan artib tozalanadi. Xonalar oson yuvilishi kerak. Buning uchun pol va devorlarga kafel qoplangan yoki moy bo‘yoqlar bilan bo‘yalgan, to‘shaklar kleyonka bilan qoplangan bo‘lishi zarur. Har bir tug‘gan ayoldan keyin bolish, ko‘rpa, to‘shaklar zararsizlantiriladi. Tug‘uruq stasionarining oqliklari alohida barabanlarda yuviladi. Ishlatilgan oqliklar toza oqliklardan alohida idishlarda saqlanadi.

Tug‘uvchi ayolning ust-boshi va oqliklari kir bo‘lishiga qarab, tagliklar esa 1 kunda 4 marta almashtiriladi. Taglik kleyonkalari iliq suvda sovun va cho‘tkalar bilan yuviladi, chayiladi va dez. eritmalarda artiladi, so‘ngra quritib alohida steril qoplarda saqlanadi.

Tuvaklar ishlatishdan oldin yuviladi, 10—15 daqiqa davomida qaynatiladi va alohida qoplarda saqlanadi. Tuvaklar ishlatilgandan keyin oqar suvda yuvib dez. eritmada chayiladi va ayol karavoti tagiga qo‘yiladi.

Hozirgi vaqtda ayrim tug‘uruqxonalarga tug‘gan ayolning yaqin qarindoshlari kiritiladi. Ularda infeksiya bor-yo‘qligi sinchiklab

tekshirilishi, tug'uruqxona ust-boshi va oyoq kiyimini kiygan bo'lishlari kerak.

Tug'gan ayol bilan sanitar-ma'rifiy ishlar o'tkazilishi, ularga aseptika va antiseptikaning ahamiyatini, ona va chaqaloqning chilla davri kasalliklarining oldini olish to'g'risida maslahatlar berilishi kerak.

#### 5.4. Tug'adigan ayol parvarishi

Ko'zi yoriyotgan ayol tug'uruqxonaga kelgandan keyin filtr xonasida ust-boshini yechib, zararsizlantirilgan oyoq kiyimi kiyadi. Ayolning terisi ko'zdan kechiriladi, har ikkala qo'llardagi Q/B, tana harorati o'lchanadi va pedikulyozga (biti bor-yo'qligi) tekshiriladi. Ayolning og'irligi va bo'yi o'lchanadi.

##### **Tug'adigan ayol parvarishi.**

**Lihozlar:** oqliklar, kleyonka, kornsang, pinsetlar, qaychi, Esmarx krujkasi, huqna uchun uchliklar, suyuq sovun, sovun bo'laklari, mochalka.

##### **Muolajani bajarish tartibi:**

- tirnoqlar va qo'ltiq ostidagi tuklar olinadi;
- kornsang bilan paxtali tampon olib, suyuq sovunga botiriladi, qov sovunlanadi va tuklari olinadi;
- huqna qilinadi.

**Huqna o'tkazish** zarurligi ayolga tushuntiriladi va quyidagi ishlar bajariladi:

- qo'lqop kiyiladi;
- Esmarx krujkasiga 1,5 litr xona haroratidagi suv quyiladi;
- krujka shtativga osib qo'yiladi;
- uchlikka vazelin surtiladi;
- kushetkaga taglik solinib homilador ayol chap yonboshi bilan yotqiziladi (oyoqlar tizzadan bukilgan va qoringa keltirilgan holda bo'ladi);
- yuborilgan suv 5 daqiqa ushlab turilishi tushuntiriladi;
- chap qo'l bilan dumbalar ochilib, o'ng qo'l bilan sekin-asta anusga (orqa chiqaruv teshigiga), avval kindikka qarab (4 sm), so'ng umurtqa pog'onasiga parallel ravishda uchlik 8—10 sm kiritiladi;
- qisqich ochilib, suv ichakka yuboriladi, agar suv ichakka bormasa uchlik oldinga yoki ichkariga siljtiladi;
- krujkadagi suvning hammasi ichakka yuboriladi va qisqich yopiladi, uchlik sekin chiqarib olinadi;
- 5—10 daqiqadan so'ng homilador ayol hojatxonada ichaklarini bo'shatadi (uni shoshiltirmang);

- muolaja o'tgach, Esmarx krujkasi va uchlik xloramin (3% li) eritmasiga 1 soat solib qo'yiladi;
- qo'lqoplar yechilib, qo'llar yuviladi;
- ichaklar bo'shatilgach, homilador ayol dush qabul qiladi, shaxsiy sovun bo'lagi va mochalkadan foydalanib yuvinadi. Badanni sochiq bilan artib, zararsizlantirilgan kiyim kiyadi;
- qo'l va oyoq tirnoqlari 5% li yod eritmasi bilan artib tozalanadi, ko'krak uchlari brilliant ko'ki bilan artiladi.

I z o h : tozalovchi huqna faqat shifokor tavsiyasi bilan o'tkaziladi.

Tug'adigan ayol cho'milib bo'lgach, qin orqali tekshirish uchun ko'ruv xonasiga o'tkaziladi. Qin orqali tekshirishdan oldin tashqi akusherlik tekshiruvining 4 usuli yordamida homilaning oldinda kelish qismi, oldinda kelish qismining joylashishi, holati va turi aniqlanadi. Qorin aylanasi, bachadon tubi balandligi o'lchanadi, homilaning yurak urishi eshitib ko'riladi va baholanadi. Shundan so'ng, tibbiyot hamshirasi tug'uvchi ayolni qin orqali tekshirishga tayyorlaydi.

**Qin orqali tekshirishdan oldin tashqi jinsiy a'zolari tozalash (21- rasm).**



21- rasm. Tashqi jinsiy a'zolari poklash.

**Jihozlar:** kushetka, kornsang, steril material, jinsiy a'zolari tozalash uchun eritmalar, tuvak.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— homilador ayolga tekshirish zarurligi tushuntiriladi;

— homilador ayol kushetkaga yoki akusherlik stoliga yotqizilib, tagiga tuvak qo'yiladi (homilador ayol oyoqlari tizzadan va chanoqson bo'g'imidan bukilgan, ikki tomonga ochilgan holda orqasi bilan yotqiziladi);

— qo'llar yuvib tozalangach, qo'lqoplar kiyiladi;

— jinsiy a'zolar kornsangda ushlangan steril paxta tampon bilan (kaliy permanganatning 1 : 6000 nisbatdagi, 5% li yod eritmaları va boshqalar), eritmada namlangan holda, quyidagi tartibda yuvib tozalanadi: kichik jinsiy lablar, katta jinsiy lablar, sonning ichki yuzasi, dumbalar, anal soha.

Bu muolajadan so'ng shifokor homilador ayolni ikki qo'l bilan (bimanual) usulda tekshiradi, ya'ni tug'ishga tayyorgarligini aniqlaydi (bachadon bo'yni yetilganligi, ochilganligi, oldinda keluvchi qismni taxminiy aniqlaydi va boshqalar). Tug'uruqni olib borish rejasi tuziladi. Tug'uvchi ayol tug'uruqdan oldingi xonaga o'tkaziladi.

Ayolning qon guruhi, rezus-omil, qon ivuvchanligi tekshiriladi, sulfatsil kislotasi bilan siydikdagi oqsilga sinama qo'yiladi.

**Standart zardob yordamida qon guruhini aniqlash.**

**Jihozlar:** belgi qo'yilgan likopcha, 2 seriyada standart zardoblar, tekshirilayotgan qon, oynachalar, paxta sharchalar, natriy xloridning izotonik (0,9 %li) eritmasi, shisha tayoqchalar, 5 % li yod, spirt, shpris ignasi.

**Muolajani bajarish tartibi.**

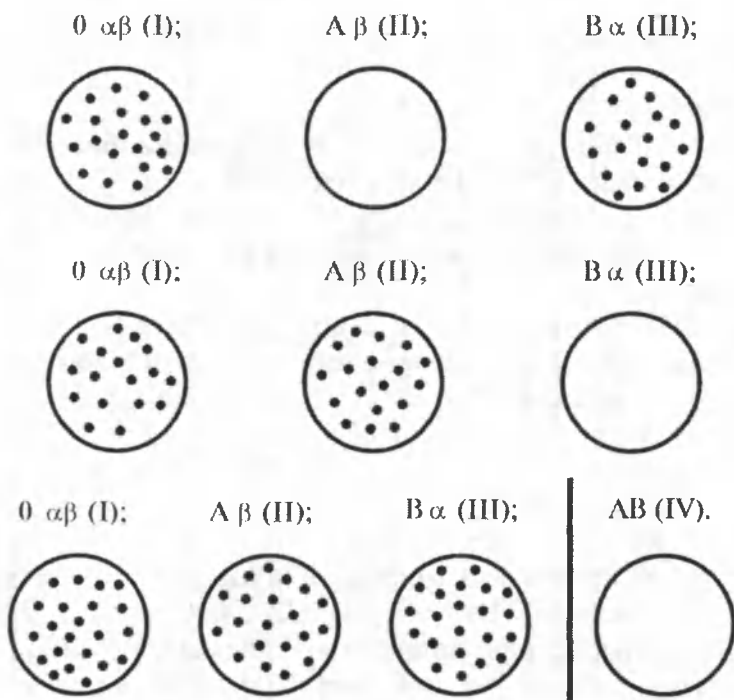
homilador ayolga muolaja o'tkazish maqsadi va zarurligi tushuntiriladi;

— homilador ayol stulga o'tkazilib, qo'li stol ustiga qo'yiladi;

— belgi qo'yilgan likopchaga 2 tomchidan alohida seriyali 0,1 ml I, II, III guruh zardoblari tomiziladi (zardoblar alohida pipetkalar bilan olinadi);

— barmoqlar spirt bilan tozalanadi, igna bilan barmoq uchi teshilib, qonning birinchi tomchisi siqib chiqariladi, ikkinchi tomchisi likopcha o'rtasiga tomiziladi;

— toza quruq shisha tayoqcha yordamida qon tomchisi zardob bilan bir xil rangga kirguncha aralashtiriladi.



22- rasm. Qon guruhini aniqlash.

Oradan 5 daqiqa o'tgach, reaksiyani hisobga olib, 15 daqiqa davomida likopchani sekin tebratib turish kerak. Agglutinatsiya aniq bo'lmagan tomchiga natriy xloridning izotonik eritmasidan bir tomchi tomizib, harakat davom ettiriladi. Natijalar o'qiladi (22-rasm).

Agglutinatsiya musbat bo'lganda tomchida eritrotsitlar yopishishi natijasida mayda qizil rangli donachalar ko'rinadi. Ular o'zaro yopishishi natijasida zardob rangsizlanadi.

Agglutinatsiya reaksiyasi manfiy bo'lsa, eritmadagi tomchi bir xil qizil rangga bo'yalgan holda qoladi. Qizil donachali agglutinantlar aniqlanmaydi.

1. Agar har uchala guruhda manfiy reaksiya bo'lsa, 0 (I) guruh bo'ladi.

2. Agar 0 (I) va B (III) musbat, A (II) guruh manfiy bo'lsa, bu A (II) qon guruhi bo'ladi.

3. Agar 0 (I) va A (II) zardobdagi reaksiya musbat, B (III) guruh zardobi manfiy bo'lsa, bu B (III) qon guruhi hisoblanadi.

4. Agar har uchala zardobda musbat reaksiya kuzatilsa, bu AB (IV) qon guruhi bo'ladi. Bunday holda qo'shimcha AB (IV) guruh zardobi bilan tekshirish o'tkaziladi. Buning uchun AB (IV) zardobga 1 tomchi qon qo'shiladi, shisha tayoqcha bilan aralastirib 5 daqiqadan so'ng kuzatiladi: agar AB (IV) qon guruhi bo'lsa, tomchida agglutinatsiya sodir bo'lmasa, reaksiya tasdiqlanadi.

Har ikkala xil zardoblar natijalari bir xil bo'lishi kerak.

**Qon quyilish sinamasini o'tkazish.**

*Jihozlar:* likopcha, sekundomer, shpris ninasi.

*Muolajani bajarish tartibi.*

Homilador ayolga muolajaning ahamiyati tushuntiriladi. Bu muolajani qon guruhini aniqlash bilan bir vaqtda o'tkazish mumkin.

Alohida likopchaga bir tomchi qon tomizilib, qon quyuq tomchiga aylanishi kuzatiladi, sekundomer orqali vaqt belgilanadi.

**Sulfatsil kislotasi bilan sinama o'tkazish, siydikdagi (oqsilni aniqlash).**

Siydik tarkibida oqsil borligini aniqlash uchun sulfatsil kislotasi bilan sinama o'tkaziladi.

*Jihozlar:* shisha naycha, sulfatsil kislotasining 20 %li eritmasi.

*Muolajani bajarish tartibi.*

— homilador ayolga muolaja o'tkazish zarurligi tushuntiriladi.

— homilador ayoldan maxsus bankachada siydik namunasi olinadi. 1 ml siydikni shisha naychaga olib filtdan o'tkaziladi va ustiga 20 % li sulfatsil kislotasidan 8—10 tomchi qo'shiladi.

Xulosa: agar siydikda oqsil bo'lsa, cho'kma hosil bo'ladi yoki xiralashadi. Qolgan siydikni laboratoriyada tekshirishga yuboriladi.

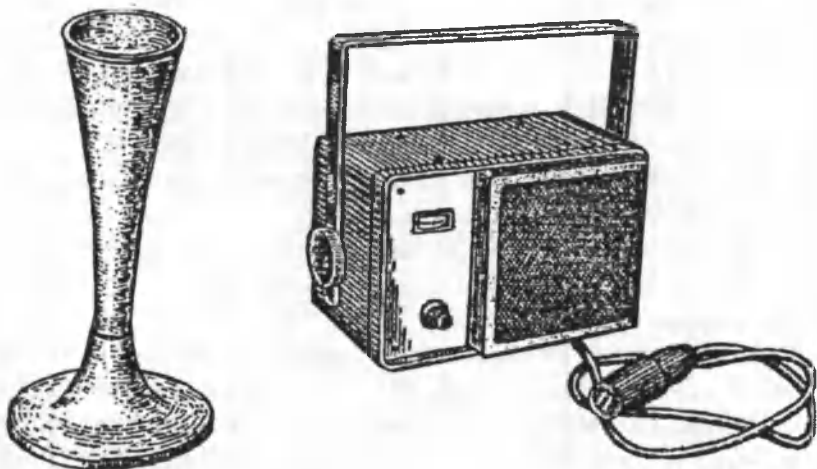
Shundan so'ng ayol tug'uruqdan oldingi xonaga o'tkaziladi va u shu yerda tug'uruqning 1- davrini o'tkazadi.

**Tug'uruqning 1 davridagi parvarish.**

Tug'uruqdan oldingi xonada oddiy karavot, dori-darmon (qon to'xtatuvchi, og'riq qoldiruvchi va boshqa moddalar) va asboblari uchun shkaf, kasallik tarixi yozish uchun stol, steril material bo'lgan kichik stol, rakovina, cho'tka, sovun va sochiq bo'ladi.

Tug'uvchi ayol o'ringa yotqiziladi. Agar qog'onoqdan suv ketmagan bo'lsa, o'rnidan turishga ruxsat beriladi.

Tug'uruqning 1 davrida ayol ahvoli sinchiklab kuzatiladi, teri va shilliq qavatlar rangi, Q/B, tomir urishi aniqlanadi. Bundan tashqari bir necha marta tashqi akusherlik tekshiruvi o'tkaziladi va tekshiruv natijalari har 2—3 soatda yozib boriladi.



23- rasm. Homilaning yurak urishini eshitish apparati.

Tug‘ish faoliyatining xarakteri sinchiklab yozib boriladi (dardning kuchi, davomiyligi, tezligi). Bachadon shakliga, bachadon tubi balandligiga va oldinda keluvchi qismning joylashishiga e‘tibor beriladi.

Kontraksion halqaning (qov sohasida, bachadon bo‘yni va tanasi orasidagi zich chegaralangan qism) qanchalik baland joylashishiga qarab, bachadon bo‘yni ochilish darajasini aniqlash mumkin. 1 davr oxirida bu chegaralangan halqa qovustidan 5 ta ko‘ndalang barmoq yuqorida joylashadi. Bu bachadon bo‘ynining 10 sm (to‘liq) ochilganini bildiradi (4- ilova).

Tug‘uvchi ayol bilan birga homila holati ham sinchiklab kuzatib boriladi. Bu auskultatsiya yoki apparat yordamida amalga oshiriladi (23- rasm).

Homilaning yurak urishini suv ketguniga qadar har 15—20 daqiqada, suv ketgandan keyin har 5—10 daqiqada eshitib ko‘riladi.

Homila yurak urishining o‘zgarishi (1 daqiqada 110 tadan kam yoki 160 tadan ko‘p) hamda yurak urish zarbining ritmi va aniqligining o‘zgarishi homila gipoksiyasidan dalolat beradi, bunday paytda ayolga zudlik bilan yordam berish zarur.

Tug‘uvchi ayolga oson so‘riluvchi yuqori kaloriyali ovqatlar iste‘mol qilish buyuriladi: shirin choy, kofe, kisel, kompotlar, sutli bo‘tqa, shokolad.

Tug‘uruqda ichak va siydik pufagining bo‘shashi kuzatib boriladi, chunki ularning to‘lib ketishi tug‘uruq faoliyatining sustlashishiga



olib keladi. Shuning uchun ayolga har 2—3 soatda siyish tavsiya etiladi, agar o'zi siyaolmasa siydik qopi kateterizatsiyasi o'tkaziladi.

Tug'uruqning I davri davomiyligi 12 soatdan oshib ketsa, qaytadan huqna o'tkaziladi. Tug'uruq vaqtida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish asosiy ahamiyatga ega ekanligini nazarda tutgan holda tashqi jinsiy a'zolarga dez.eritma bilan har 6 soatda ishlov beriladi. Defekatsiya va siyishdan keyin, qin orqali tekshirishdan hamda tashxisni aniqlash maqsadida qo'shimcha tekshirishdan oldin bu tozalashlar takrorlanadi. Oqib chiqqan qog'onoq suvining ko'rinishi va miqdori haqida steril taglik namlanganiga qarab xulosa chiqariladi. Agar homila oldi suvlari mekoniy (birlamchi najas) bilan bo'yalgan bo'lsa, bu homila gipoksiyasidan dalolat beradi. Qonli ajralmalar tug'uruq yo'llarining shikastlanganligini bildiradi.

Tug'uruqning I davri eng uzoq davom etuvchi holat hisoblanadi, shuning uchun og'riq sezgisining kuchiga qarab og'riqsizlantirish o'tkaziladi.

Bachadon bo'yni ochilishini tezlashtirish maqsadida spazmolitiklar ishlatiladi.

#### **Tug'uruqni og'riqsizlantirish.**

*Tug'uruqning I davrida og'riqsizlantirish uchun quyidagilar talab qilinadi:*

— og'riqni qoldiradigan vositalar faqat ona uchun emas, balki homila uchun ham butunlay zararsiz bo'lishi kerak;

— tug'uruqning I davri davomiyligini nazarda tutgan holda bu vositalar uzoq vaqt davomida qo'llanilishi mumkin;

— tug'uvchi ayol bilan doimiy muloqotda bo'lish kerak.

Hozirgi zamon akusherlik anesteziologiyasida, dori moddalarining har xil yo'nalishi va ta'sir qilishini nazarda tutib og'riqsizlantirishning turli usullaridan foydalaniladi.

Masalan, trankvilizatorlar bosh miya funksional holatini normallashtiradi, his-hayajonni pasaytiradi (trioksozin, meprobomat). Shu bilan birga bachadon bo'ynining katta ochilishi uchun mushak orasiga promedol (20 mg) va pipolfen (50 mg) hamda mushak orasiga spazmolitiklar (no-shpa, gangleron) yuboriladi.

Og'riq qoldirish maqsadida neyroleptiklardan (droperidol, fentanil) foydalanish mumkin.

Tug'uruq vaqtida og'riq qoldirish maqsadida diazepam birlashmasi (seduksen, valium) va analgetiklar (promedol) dan foydalaniladi.

Nafas yo'llari orqali beriladigan anestetiklarga natriy oksibutirat (GOMK) va viadril kiradi.

Tug'uruq vaqtida og'riq qoldirishning hozirgi zamon usullariga peridural og'riq qoldirish (og'riq qoldiruvchi modda bel sohasidagi orqa miya atrof to'qimasiga yuboriladi) usulidan foydalaniladi. Bu og'riq qoldirish usuli faqat o'ta og'ir akusherlik patologiyasida ishlatiladi.

Nafas yo'llari orqali beriladigan anestetiklar bilan ham og'riq qoldirish mumkin. Bu holda azot (I) oksidi beriladi. Bu og'riq qoldirish usulining ta'siri sust bo'lganda uni analgetiklar bilan birga o'tkazish mumkin.

Trixloretilen trilen yuqori analgetik ta'sir ko'rsatadi. „Trilan“ apparati yordamida tug'uvchi ayol mustaqil ravishda trilen moddasidan nafas olishi mumkin.

Tug'uruq paytida og'riq qoldirish maqsadida metoksifluran (pentran) dan foydalanish mumkin, u juda faol va uning oz miqdori ham yaxshi natija berishi mumkin.

Tug'uruq vaqtida og'riqsizlantirishni shifokor nazorati ostida tibbiyot hamshirasi bajaradi.

#### *Tug'uruqning II davrida homilador ayol parvarishi.*

Bachadon bo'yni to'liq ochilib, homila oldi suvlari ketganidan keyin, homilador ayol aravacha yordamida tug'uruq zaliga o'tkaziladi va maxsus karavotga yotqiziladi. Karavotning bosh tomoni biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Oyoq qismi biroz qisqartirib surilgan bo'lishi mumkin. Karavotda oyoq qo'yadigan va qo'llar bilan ushlab turadigan maxsus moslamalar bo'lib to'shak ham kleyonka bilan o'ralgan, 3 qismdan iborat bo'ladi.

Karavotda yotgan homilador ayolning oyoqlari tizza va chanoqson bo'g'imidan bukilgan va karavotga tiralgan holda bo'ladi. Bu bilan yarim o'tirgan holatga kelinadi, natijada homilaning tug'uruq yo'llari orqali yengil harakatlanishiga erishiladi (24- rasm). Kuchaniqni oshirish uchun moslamalar ushlab turiladi.

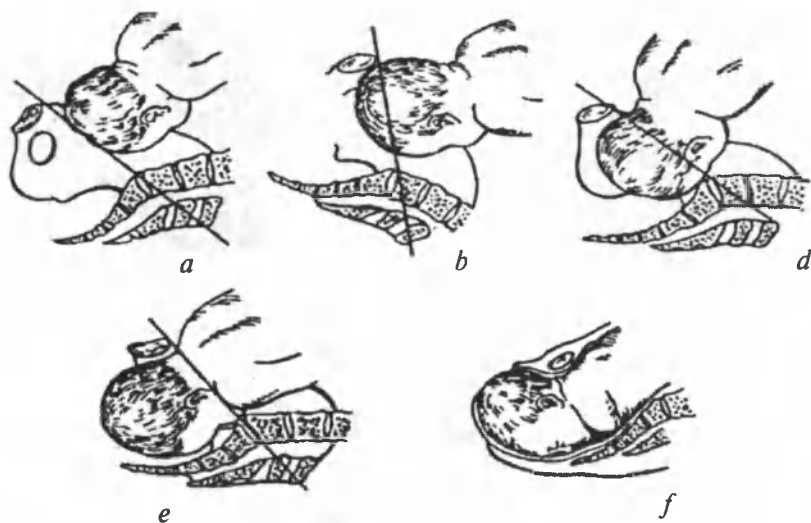


24- rasm. Homila tug'iladigan davrda ayolning vaziyati.

Tug'uruq zalida maxsus zararsizlantirilgan choyshablar (ko'ropa va ipli matodan uchta taglik) va chaqaloqqa birlamchi ishlov berish uchun steril buyumlar (2 ta Koxer qisqichi, Rogovin chegasi yoki uchburchak shaklidagi steril mayda salftkalar. Rogovin chegasini qisib qo'yish uchun qisqich, paxtali sharchalar, o'lchov tasmasi, ikkita kleyonka bilaguzuk, shilliqni so'rib olish uchun ballon yoki maxsus apparat) bo'lishi kerak.

Ayol organizmi I davrda maksimal darajada zo'riqadi. Tug'uruq yo'llari orqali tez-tez va uzoq davom etayotgan kuchaniqlar homilaga kislorod kelishini pasaytiradi. Shuning uchun bu davrda homila holatini kuzatib borish zarur. Tug'uvchi ayolning umumiy ahvoli, tomir urish tezligi, qon bosimi, tug'uruq faoliyatiga doimo e'tibor berib turish kerak.

Homila boshining tug'uruq yo'llari orqali qilayotgan harakatini quyidagicha vaziyatlari farqlanadi: bosh kichik chanoq kirish tekisligiga taqalgan (25- rasm, *a*); bosh kichik chanoqning kirish tekisligiga kichik segmenti bilan taqalgan (25- rasm, *b*); bosh kichik chanoqning kirish tekisligiga katta segmenti bilan taqalgan yoki bosh kichik chanoqning keng tekisligida (25- rasm, *d*); kichik chanoqning tor tekisligida (25-rasm, *e*) va bosh tos tubida yoki kichik chanoqning chiqish tekisligida (25- rasm, *f*). Boshning bunday vaziyatlari akusherlik tashqi tekshiruvining 4 usulida aniqlanadi.



25- rasm. Homila boshining chanoq tekisliklariga nisbatan holati.

Boshning har bir tekislikda turish davomiyligi birinchi tug‘uvchi ayollarda 2 soatdan, qayta tug‘uvchi ayollarda 1 soatdan ortmasligi kerak. Boshning kichik chanoq tekisliklarida uzoq turib qolishi natijasida qon aylanishi buzilishi mumkin. Yumshoq to‘qimalarning ezilishi natijasida oqmalar hosil bo‘ladi.

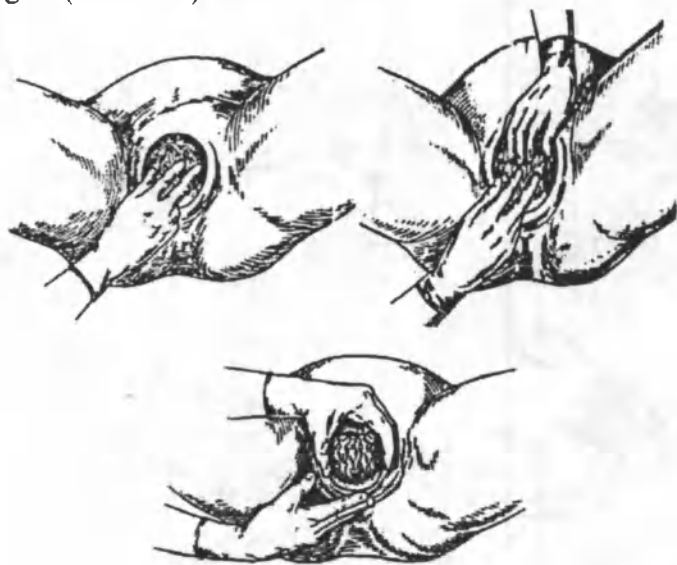
Homilaning tug‘uruq yo‘llari orqali harakatlanishi paytida, uning bu davrdagi yurak urishini kuzatib borish shart, chunki kindik o‘ralib qolishi, kichik chanoq suyagi va mushaklar tomonidan qarshilikka uchrashi mumkin.

Boshning yorib chiqish holatida xodimlar tug‘uruq qabul qilishga tayyor bo‘lishlari kerak. Ayolning tashqi jinsiy a‘zolari dezinfeksiya qilingan, xodimlar qo‘llari yuvilgan, operatsiyadan oldingi holatdagidek steril qo‘lqop va xalat kiyilishi kerak.

Tug‘uvchi ayol oyog‘iga baxilla kiydiriladi, oyoqlarining tizza va son sohalari steril oqlik bilan to‘silgan bo‘ladi.

Homila boshi yorib chiqishi vaqtida akusher homilaning yurak urishini, kuchaniqlar xarakteri va ayolning umumiy ahvolini kuzatib boradi.

Bosh yorib chiqish vaqtida tug‘uruq qabul qilishga kirishiladi. Tug‘uvchi ayolga qo‘llar yordamida „oraliq muhofazasi“ o‘tkaziladi. Bu muolaja homila boshining kichik o‘lchamlar bilan tug‘ilishi, homila va ona tug‘uruq yo‘llari shikastlanishining oldini olishga qaratilgan (26- rasm).



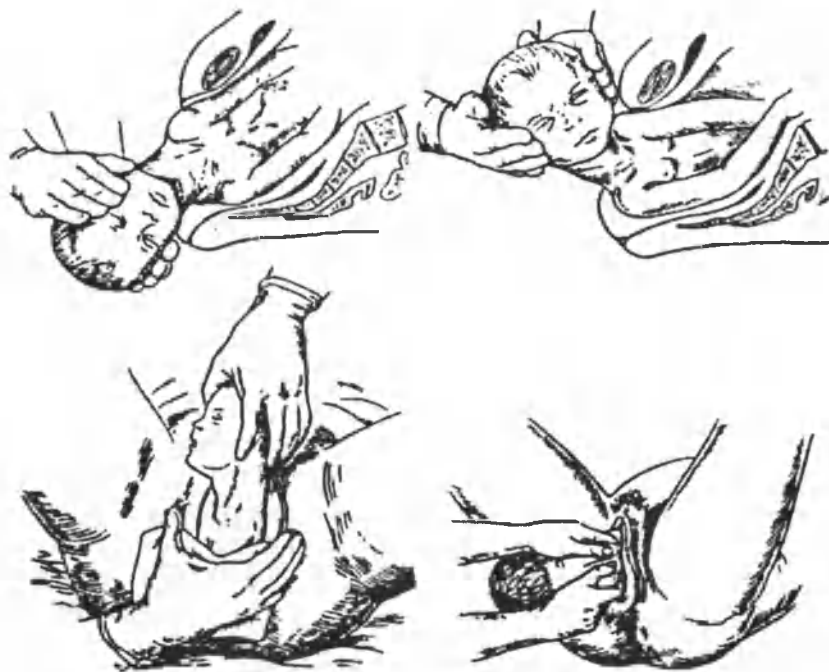
26- rasm. Akusherlik yordami.

Tug'uruq qabul qiluvchi tug'ayotgan ayolning o'ng tomonida turishi kerak. Homilaning boshi yorib chiqayotgan vaqtda erta yozilib ketmasligi uchun qarshilik ko'rsatiladi. Buning uchun chap qo'l kafti qov sohasiga, o'ng qo'lning 4 tala barmog'i homila boshiga qo'yiladi (26- rasm).

Chaqaloqning tepa do'mboqlari ko'ringandan keyin bosh kuchaniq yo'q vaqtda tug'uruq yo'llaridan chiqarib olinadi. Buning uchun ko'rsatkich barmoq bilan homila boshi atrofidagi vulvar halqa asta-sekin cho'ziladi. O'ng qo'l oraliqqa, 4 barmoq chap katta jinsiy lablar sohasiga qo'yilgan holda, katta barmoq esa o'ng sohaga qo'yilgan holda bo'ladi. Bosh va ko'rsatkich barmoq orasidagi buklam qin dahlizidagi chuqurchada joylashadi. Katta jinsiy lablar atrofidagi to'qima pastga qarab siljiriladi. Bu bilan oraliq qon aylanishi tiklanadi va oraliq yirtilishining oldi olinadi.

Chap qo'l bilan homila boshi yuqori tomondan tezlik bilan chiqib ketishidan ehtiyotlanib ushlab turiladi.

Tepa suyaklar tug'ilgandan keyin kuchaniqlar boshqariladi, kuchaniqning tez-tez qaytarilishida ayolga chuqur-chuqur nafas olish tavsiya etiladi, bu yangi kuchaniq hosil bo'lishining oldini oladi.



27- rasm. Yelka bilan tananing chiqarilishi.

Kuchaniq yo'q vaqtda, vulvar halqadagi to'qimalar sekin siljilib tepa suyaklari ozod qilinadi, bosh yuqoriga ko'tariladi. Kerak bo'lganda ayolga kuchanish tavsiya etiladi, natijada chaqaloqning avval peshana, keyin yuz va iyagi ko'rinadi.

Homila boshi tug'ilganidan keyin homila yelkalari ko'rina boshlaydi.

Ayolga biroz kuchanish tavsiya etiladi, homilaning avval o'ng, keyin chap yelkasi chiqariladi. Natijada homila tanasi tug'iladi. Oraliq yirtilish xavfi tug'ilganda bir yoki ikki tomonlama perineotomiya (to'g'ri ichak tomonga qarab kesish) yoki epiziotomiya (yonboshlarga qarab kesish) amalga oshiriladi.

Kuchanish davrida tibbiyot hamshirasi ayolning umumiy ahvoli (bosh og'rigi, ko'rish xiralashuvi, havo yetmasligi va boshqalar) dagi o'zgarishdan tashqari, qon bosimi, tomir urishi ko'rsatkichlari va nafas olishini kuzatib turadi.

Shu bilan bir qatorda tashqi jinsiy a'zolar holati (oqarish, sianoz, shish) va tug'uruq yo'llaridagi ajralmalar (qonli, yiringli yoki mekoniqli birlamchi najas) tekshiriladi.

## 5.5. Chaqaloqlar parvarishi

Homila boshi tug'ilishi bilanoq oddiy noksimon balloncha yoki elektroso'rg'ich yordamida og'iz va burun yo'llaridagi shilliqqlar so'rib olinadi.

Shundan so'ng chaqaloq chuqur nafas oladi, chinqiradi va oyoq-qo'llarini ti pircilatadi. Teri va shilliq qavatlarini pushti rangga kiradi.

Oftalmoblenoreyaning oldini olish maqsadida ko'z va qizlarning jinsiy a'zolariga 30% li sulfatsil natriy eritmasi tomiziladi (28- rasm).

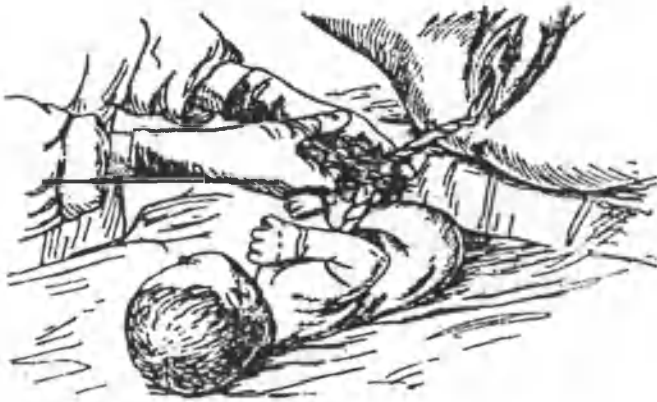
Kindik tizimchasida tomir urishi to'xtagandan so'ng kindik halqasidan 10—15 sm masofada Koxer qisqichi qo'yiladi, ikkinchisi undan 2 sm yuqoriga qo'yiladi (29- rasm).

Qisqichlar orasidagi kindik 96% li spirt bilan artilib, qaychilar yordamida kesiladi. Onaga bola jinsi ma'lum qilinadi va ko'rsatiladi. Chaqaloqni oqar suvda sovun bilan cho'miltirib (qon va tug'uruq shilliqqlari yuviladi), ehtiyotkorlik bilan oqlikka artib quritiladi va isitgich stoliga qo'yiladi. Shundan so'ng kindikka ikkilamchi ishlov beriladi. Kindik halqasi sohasi 5 sm oraliqda 96% li spirt bilan artiladi (30- rasm).

Kindik tizimchasida 0,3—0,5 sm oraliqda Koxer qisqichi 1—2 minutga qoldiriladi. So'ng yechilib, o'rniga Rogovin metall chegasi



28- rasm. Oftalmoblenoreyaning oldini olish.



29- rasm. Kindikni ikki qisqich orasidan qirqish.

qo'yiladi yoki uchburchak shakldagi doka salfetka bilan bog'lanadi (30- rasm).

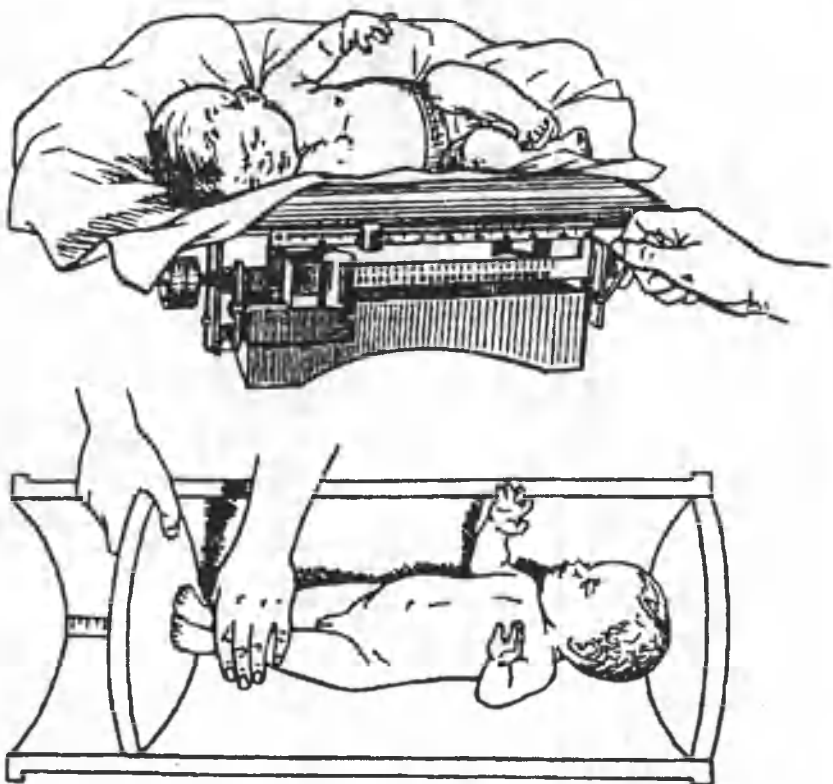
Kindik cho'ltog'i 5 % li kaliy permanganat eritmasi bilan artilib ustiga doka bog'lam qo'yilib tug'uruq shillig'i qoldiqlari steril kungaboqar moyiga botirilgan tampon bilan artib tozalanadi. So'ng bolaning og'irligi, bo'y uzunligi, bosh va yelka aylanasi o'lchanadi (31- rasm).

Chaqaloq bilagiga quyidagi ma'lumotlar yozilgan kleyonka bilag-uzuk taqiladi:

- onasining ismi, familiyasi va otasining ismi;
- tug'ilgan kuni va soati;
- jinsi;
- tana og'irligi;
- bo'yi;
- onasining tug'uruq tarixi raqami;
- chaqaloq raqami.



30- rasm. Kindik qoldig'ini ikkilamchi tozalashning birinchi vaziyati (a); ikkinchi vaziyati (b).



31- rasm. Chaqaloqning tana og'irligi va bo'yini o'lchash.



Bolani yoʻrgaklab uning ustidan xuddi yuqoridagi maʼlumotlar koʻrsatilgan ikkinchi kleyonka taqiladi.

Chaqaloq tugʻilgandan keyin 5 daqiqa oʻtgach, uning holati Apgar shkalasi boʻyicha baholanadi.

### Chaqaloq holatini Apgar shkalasi boʻyicha baholash

Koʻrsatkichlar	0	1	2
Yurakurishi tezligi, 1 minutda	Yoʻq	100 martadan kam	100 martadan koʻp
Terisining rangi	Oqargan yoki sianotik	Ochpushti rangda, yoki qoʻl va oyoq uchlarida sianoz	Pushti rang
Nafas olish harakati	Yoʻq	Siyrak va tartibsiz	Bola qichqirigʻi yaxshi
Mushak tonusi	Yoʻq	Qoʻl va oyoqlar biroz bukilgan	Harakatlar faol
Reflektor qoʻzgʻalish (nafas yoʻllaridan shilimshiq tortib olinishiga javob reaksiyasi — tovon refleksi)	Yoʻq	Aftini birmuncha burishtira oladi	Qoʻzgʻalish faol (qoʻl-oyoqda harakatlar bor, yuzini burishtiradi, qichqiradi)

### Apgar shkalasi boʻyicha chaqaloqning holatini baholash.

Chaqaloqning holati oʻta ogʻir boʻlganda 0—3 ball bilan baholanadi (oq asfiksiya), oʻrtacha ogʻirlikda 4—6 ball (koʻk asfiksiya), 7—10 ball boʻlganda qoniqarli holda ekanligini bildiradi.

Koʻp hollarda chaqaloq birinchi vaqtda akrosianoz (qoʻl-oyoq, burun uchlarining koʻkarishi) va mushak tonusining pastligi tufayli 7—8 ball bilan baholanadi, 5 daqiqadan soʻng ahvoli birmuncha yaxshilanishi natijasida 8—10 ball bilan baholanadi.

### Chaqaloqqa birlamchi ishlov berish.

Hamshira normal kechgan tugʻuruqda chaqaloqni qabul qilib, unga birlamchi ishlov berishi shart.

**Jihozlari:** elektr soʻrgʻich yoki steril balloncha, 30 % li sulfatsil natriy eritmasi, paxtali sharchalar, pipetka, Koxer qisqichlari,

96 %li spirt, Rogovin chegasi yoki uchburchak salfetaklar, kaliy permanganatning 5 %li eritmasi, steril moy, chaqaloq uchun tarozi, o'lchov tasmasi, bilaguzuk uchun 3 ta steril kleyonka, steril qalam, tagliklar va ko'rpacha.

### ***Muolajani bajarish tartibi:***

— bosh tashqi burilgandan keyinoq, elektr so'rg'ich yoki balloncha yordamida og'iz va burun yo'llaridagi shilliqlar so'rib olinadi;

— bola tug'ilganidan keyin steril paxta tamponlar bilan ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab (ikkala ko'z uchun alohida tampon) artiladi;

— ko'zning pastki qovog'i pastga tortilib bir tomchidan sulfatsil natriyning 30% li eritmasi tomiziladi;

— qiz bolaning jinsiy lablari ikki tomonga ochilib, sulftasil natriyning 30% li eritmasi tomiziladi;

— kindik tomirining tomir urishi to'xtagandan so'ng kindik halqasidan 10—15 sm oraliqda 2 sm uzunlikda 2 ta Koxer qisqichi qo'yiladi;

— qisqichlar orasidagi masofa 96% li spirt bilan artiladi;

— steril qaychi yordamida qisqichlar orasidagi kindik qirqiladi;

— chaqaloq iliq suvda yuvilib steril oqlikka artiladi;

— qo'lqoplarni almashtirib kindikka, kindik halqasidan 0,3—0,5 sm oraliqda (96° li spirt bilan) artib Koxer qisqichlari qo'yiladi;

— 1—2 daqiqadan so'ng cho'ltoqqa Rogovin metall chegasi qo'yiladi yoki uchburchak steril salfetka bilan qattiq bog'lanadi va kaliy permanganatning 5% li eritmasi tomiziladi;

— kindik cho'ltog'iga steril salfetka qo'yiladi;

— moyga botirilgan paxtali tampon yordamida chaqaloq tanasidan tug'uruqdan qolgan shilliqlar olib tashlanadi;

— chaqaloq bo'yi o'lchanib tana vazni aniqlanadi;

— o'lchov tasmasi yordamida bosh va yelka aylanasi o'lchanadi;

— uchta kleyonkaga yuqorida aytilgandek ma'lumotlar yozib qo'yiladi;

— kleyonkaning ikkitasi steril bog'lov yordamida har ikkala qo'lning bilaklariga taqiladi;

— chaqaloq steril yo'rgakka yo'rgaklanadi, so'ngra ko'rpachaga o'raladi va ustidan uchinchi kleyonka bog'lab qo'yiladi;

— chaqaloq maxsus isitgichli stolda qoldiriladi va 2 soatdan so'ng ona bilan birga bo'limga o'tkaziladi;

— akusherka qo'lqoplarini yechib qo'llarini yuvadi.

*Eslatma:* chaqaloqqa ishlatiladigan har bir buyum va asbob infeksiyadan zararsizlantirilgan bo'lishi kerak.

### **Tug'uruqning III davrida ayol parvarishi.**

Tug'uruqning III davri eng qisqa bo'lib, bu davrda bachadondan qon ketishi mumkin. Chaqaloq tug'ilgandan so'ng ona qorniga yuk va muz xalta qo'yiladi.

Bu davrda ayolning umumiy ahvoli kuzatib boriladi: teri va shilliq qavatlarining rangi, tomir urishi, qon bosimi o'lchanadi. Ayolning shikoyatlariga e'tibor berish lozim (bosh og'rig'i, ko'zining xiralashuvi, bosh aylanishi, holsizlik, qorinda og'riq va boshqalar).

III davr boshlanishi bilan siydik pufagi kateter yordamida bo'shatiladi va ayol tagiga ketgan qonning miqdorini bilish maqsadida buyraksimon likopcha qo'yiladi. Unga qir qilgan kindik bo'lagi tushirib qo'yiladi, 30 daqiqa kutiladi.

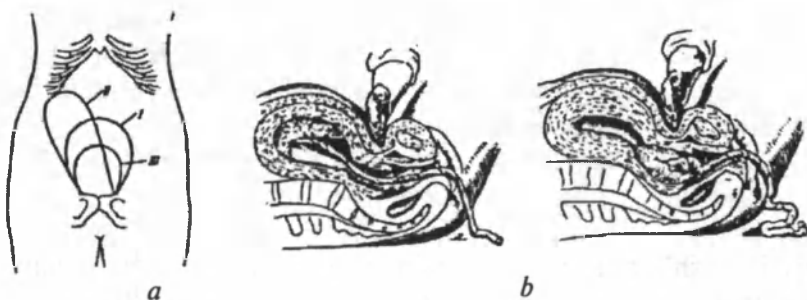
Yo'ldosh ajralish belgilari quyidagicha namoyon bo'ladi:

- ayolda yengil dard paydo bo'ladi;
- bachadon tug'uruqdan so'ng kindikdan yuqoriga va yonga ko'tariladi, ba'zida qum soati shaklini oladi;
- kaft qirrasini bilan qov sohasi bosilganda kindik tizimchasi ichkariga qarab tortilmaydi (32- rasm).

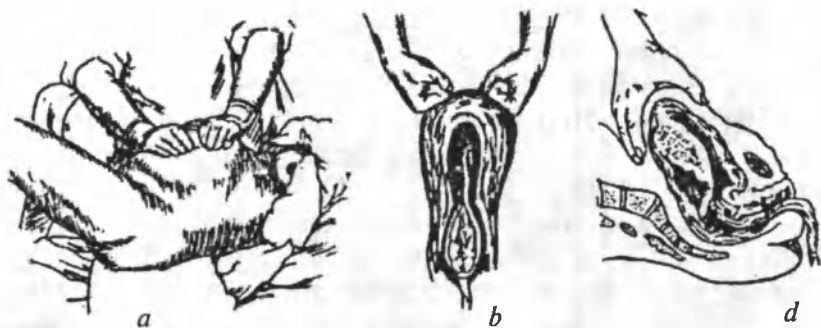
Yo'ldosh ko'chgandan so'ng ayolda kuchaniq boshlanadi va yo'ldosh o'zi tushadi.

Agar yo'ldosh o'zi tushmasa, uni bir necha usulda ajratib olish mumkin. Asosan, 3 ta usul qo'llanadi (33- rasm):

1. Abuladze usuli: siydik pufagi kateter yordamida bo'shatilgandan so'ng ikkala qo'l bilan qorin old devori uzunasiga ushlanadi, so'ng ayolga kuchanish buyuriladi, natijada yo'ldosh tug'iladi (33- rasm, a).



**32- rasm. Yo'ldosh tushish davrida bachadon tubi balandligi (a): homila tug'ilgandan keyin (I); yo'ldosh ko'chgandan keyin (II); yo'ldosh tushgandan keyin (III); Kyustner Chukalov belgisi (b).**



33- rasm. Yo'ldoshni Abuladze usulida (a), Krede-Lazarevich usulida (b); Genter usulida (d) tushirish.

2. Krede - Lazarevich usuli: siydik pufagi bo'shatilgandan so'ng, bachadon tubi yuqoridan pastga qarab yengil uqalanadi, bu holat yo'ldoshning ajralib, asta-sekin pastga qarab siljishiga yordam beradi (33- rasm, d).

3. Genter usuli: siydik qopi bo'shatilgach, qo'l barmoqlari musht qilinib, tashqi yuzasi bilan bachadon tubidan pastga qarab eziladi. Ezish kuchi borgan sari orttirib boriladi, natijada bachadon pastga qarab harakat qiladi (33- rasm, b).

Yo'ldosh ajratishning tashqi usullari yordam bermasa, qon ketishini to'xtatish maqsadida yo'ldosh bachadon ichidan qo'l bilan ajratib olinadi. Qon miqdori 250—300 ml ni tashkil qilib, yo'ldosh ajralish belgilari bo'lmagan va ayolning umumiy ahvoli o'zgarsagina bu usulni qo'llash mumkin.

Yo'ldosh tug'ilgandan so'ng uning ona tomonidagi butunligi tekshiriladi (34- rasm). Barcha qobiqlari silliq, ko'kimtir va butun bo'lishi kerak. Yo'ldoshning butunligi buzilgan bo'lsa, bir qismi bachadonda qolgan bo'lishi mumkin. Bu keyinchalik qon ketishiga olib keladi. Bunday hollarda bachadon ichi qo'l bilan tekshiriladi, yo'ldosh qoldiqlari olib tashlanadi.

Yo'ldoshni ko'zdan kechirgandan song vazni o'lchanadi.

Agar tibbiyot hamshirasi tug'uruqning III davrida ayol umumiy ahvolidaning yomonlashishini sezsa (oqarib ketishi, bosh aylanishi, bosh og'rishi, qon bosimining tushishi, nafas olishning o'zgarishi, tomir urishidagi o'zgarishlar, jinsiy yo'llardan qon ketish), zudlik bilan bu o'zgarishlar haqida shifokorni ogohlantirishi kerak. Shifokor kelguniga qadar ayolga shoshilinch yordam ko'rsatiladi: muz xalta qo'yish, qon guruhini aniqlash, qon quyish



**34- rasm. Platsenta (yo‘ldosh)ning onaga qaragan yuzasi.**

uchun sistema tayyorlash, anesteziolog va laborantni chaqirish kabilar hamshira vazifasiga kiradi. Tug‘gan ayol ikki soat davomida tug‘uruq zalida nazoratda bo‘lishi kerak.

Patologik qon yo‘qotganda (300 ml dan ortiq), uning o‘rni tez to‘ldirilishi kerak. Tug‘uruq zalida, tug‘uruqdan so‘ng tug‘uruq yo‘llari tekshiriladi va kerak bo‘lganda (bachadon bo‘yni yirtilishi, qin va oraliqning butunligi buzilishi, perineotomiya, epiziotomiya) choklar qo‘yiladi. Tibbiyot hamshirasi tug‘uruq yo‘llarini tekshirish va tikishda ishlatiladigan steril asboblarni tayyorlashi va shifokorga muolajalarda yordam berishi kerak.

Barcha akusherlik operatsiyalari mahalliy yoki umumiy og‘riqsizlantirish ostida olib boriladi.

Tug‘uruq yo‘llari tekshirilgandan so‘ng yo‘qotilgan qon miqdori o‘lchanadi. Tomir urishi, tana harorati, har ikkala qo‘ldagi qon bosimi aniqlanadi, so‘ng ayolni sekin aravachaga o‘tqazib, tug‘uruqdan keyingi palataga olib boriladi. U yerda karavotga yotqizilib, 30 daqiqa davomida qorinda muz xalta qoldiriladi, agar oraliqqa choklar qo‘yilgan bo‘lsa, steril taglik bilan muz xaltacha oraliqqa qo‘yiladi.



## AYOL ORGANIZMINING CHILLA DAVRIDAGI FIZIOLOGIK O'ZGARISHLARI

### 6.1. Chilla davrida ayol organizmidagi fiziologik o'zgarishlar

Chaqaloq tug'ilgandan keyingi 6—8 hafta davomidagi vaqt oraliq'i—chilla davri deyiladi. Bu vaqt ichida ayol organizmidagi homiladorlik va tug'uruq vaqtidagi o'zgarishlar asta-sekin tug'uruqdan avvalgi (involutsiya) holiga keladi. Ko'proq bachadon va tug'uruq yo'llarida o'zgarishlar kuzatiladi. Chilla davrida faqat sut bezlari bundan istisno hisoblanadi, chunki bu vaqtda sut bezlarining faoliyati kuchayadi. Gormonlar ta'sirida sut bezlaridan avvaliga og'iz suti, so'ng oddiy sut ajrala boshlaydi. Ularning tarkibi bir-biridan ozgina farq qiladi. Ular tarkibida bola uchun zarur bo'lgan hamma moddalar (oqsillar, yog'lar, uglevodlar, mineral va immun moddalar) bo'ladi. Ona suti chaqaloqning birinchi kunlaridan boshlab infeksiyaga va infeksiyon (yuqumli) kasalliklarga qarshi kurashuvchanligini kuchaytiradi. Og'iz suti bilan ona sutining kaloriyasi bir-biridan birmuncha farqlanadi, og'iz sutining kaloriyasi tug'uruqdan keyin birinchi sutkalarda 150 kkal/100 ml, ona sutiniki esa — 70 kkal/100 ml bo'ladi.

Chilla davrining birinchi haftasida onada *modda almashinuvi* biroz kuchayadi va bu hol 3—4 haftagacha davom etadi. Oltinchi hafta oxirida qorin bo'shlig'i holati tiklanadi. Lekin qorin devoridagi to'g'ri mushaklar cho'zilganicha qoladi. Bu vaqtda ba'zan teridagi oqish dog'lar (homiladorlik chandiqlari) hali bo'ladi.

*Nafas olish sistemasi* — diafragma o'z holatini olganligi tufayli nafas olish minutiga 14—16 martagacha kamayadi.

*Yurak-qon tomir sistemasi* ham deyarli o'z holatiga qaytadi. Qon bosimining normal ishlashi tashqi muhit omillariga (oilaviy sharoit, harorat, normal va o'z vaqtida ovqatlanish) ham bog'liq. Shuning uchun ayollarni chilla davri va undan keyin ham parvarishiga alohida e'tibor berish zarur. Shunda yurak urish tezligi ham me'yorida bo'ladi.

Boshlang'ich davrda *qon tarkibidagi* eritrotsitlar soni biroz kamayib, leykotsitlar soni o'zgarmasligi mumkin, lekin keyinchalik bu ko'rsatkichlar o'z holiga qaytadi.

*Ovqat hazm qilish sistemasi.* Ichaklarning bir qadar yaxshi ishlamasligi kuzatilishi mumkin. Bu ich qotishga olib keladi.

*Siydik ajratish sistemasi.* Homiladorlik vaqtida siydik qopi doimo ezilib turishi natijasida, yangi tugʻgan ayolda dastlabki kunlarda siyish hissi boʻlmasligi yoki oʻzi mustaqil siydik ajratolmasligi mumkin. Bular vaqt oʻtishi bilan normallasadi.

*Jinsiy aʼzolar.* Chilla davrida bachadon mushaklari qisqara boshlaydi va bachadon oʻlchami kichrayadi. Qon tomirlar qisilishi natijasida bachadondan kelayotgan qon toʻxtaydi. Chilla davri patologiyalarsiz kechganda, bachadon tubi balandligi har kuni 2 sm ga qisqaradi va chilla davrining 10 sutkasida bachadonni qorinning old devoridan paypaslab boʻlmaydi, chunki u qov orqasiga berkinadi. Bachadondan detsidual toʻqima qoldiqlari, qon va boshqa toʻqima elementlari ajraladi. Bularning hammasi *loxiya* deyiladi. Ular avvaliga och qizil, keyinchalik esa seroz tusda boʻladi. Chilla davrida loxiyalar miqdori koʻp boʻlsa-da, hidsizdir.

Bachadon naylari kichik chanoq boʻshligʻiga tushib, gorizontal holatga kelib tuxumdonlarda follikulalar yetila boshlaydi. Koʻp emizmaydigan ayollarda 6—8 haftada hayz sikli tiklanadi, bolani koʻkrak bilan doimo emizadigan ayollar emizishni toʻxtatgandan soʻng hayz koʻradilar. Baʼzi ayollarda chilla davrining dastlabki oylaridayoq homiladorlik yana kuzatilishi mumkin.

Sekin-asta chanoq tubi mushaklari tiklanadi, jinsiy yoriq torayib va elastikligi tiklanadi.

## 6.2. Chilla davri parvarishi

Bola tugʻilgandan 2 soat oʻtgach, ayol palataga oʻtkaziladi. Chilla davri normal borganda, ayol organizmida boʻlayotgan oʻzgarish jarayonlari tabiiy hisoblanadi. Biroq ayol organizmida bir nechta oʻziga xos xususiyatlar: bachadon boʻshligʻidagi yara, ayol umumiy immunitetining pasayishi kabi holatlar yuzaga chiqishi mumkin. Shuning uchun aseptika va antiseptika qoidalariga qatʼiy rioya qilish kerak.

Ayolning tana harorati bir kunda ikki marta oʻlchanadi. Bir daqiqadagi tomir urishi hisoblanib, tana harorati bilan nisbati solishtirishi lozim. Qon bosimi aniqlanib, teri va shilliq qavatlarning rangi koʻzdan kechiriladi. Ayolning sut bezlariga alohida eʼtibor beriladi (shakli, soʻrgʻichlar va ular atrofining tuzilishi, yoriq va dagʻallashuvlar bor-yoʻqligi).

Odatda, sut bezlarining dag'allashishi chilla davrining uchinchi kunida kuzatiladi.

Qorin bo'shlig'i paypaslanganda og'riqsiz va yumshoq bo'lishi kerak.

Bachadon tubi balandligi o'lchov tasmasi bilan o'lchanadi (qovning ustki qirrasidan bachadon tubigacha). Agar bachadon qisqarishi sust (2 sm dan kam) bo'lsa, shifokor tomonidan bachadonni qisqartiruvchi dorilar bachadon og'riqli qisqarganda esa spazmolitiklar buyuriladi.

Tashqi jinsiy a'zolar holati ham ko'zdan kechiriladi (shish, giperemiya). Chilla davrida siydik ajralishi va ich kelishining tutilish ehtimoli bo'lsa-da, siydik qopi, to'g'ri ichak faoliyati kuzatib boriladi. Sog'lom ayol bir kunda 5—6 marta siydik ajratishi va kunora ichi kelishi kerak. Siydik ajralishi kamayganda prozerin va pituitrit buyuriladi, ich kelmaganda esa tozalovchi huqna qilinadi.

Agar ayol oralig'iga chok qo'yilgan bo'lsa, faqat 4—5- kuni tozalovchi huqna o'tkazishga ruxsat beriladi. Shuning uchun ayolga ichaklarda axlat hosil qilmaslik maqsadida parhez buyuriladi (un mahsulotlari, xom meva va sabzavotlar chegaralanadi).

Tug'uruqdan keyin o'rindan turib harakat qilish bachadon qisqaruvchanligini kuchaytirib, qon aylanishini tiklaydi, siydik va ich kelishini me'yorlashtiradi. Shuning uchun yangi tug'gan ayolga 2 soatdan keyin, shifokor nazoratidan so'ng, o'rindan turishga ruxsat beriladi. Bunda oraliqda choklar bo'lsa, o'tirish man etiladi.

Tug'uruqxonada chaqaloqlarni ovqatlantirish har 2—3 soatda amalga oshiriladi. Bola tug'ilishi bilan emizish uchun o'z onasiga beriladi.

### **6.3. Chaqaloqni ovqatlantirish va emizishga tayyorlash**

Ayolga emizish va o'z sutini sog'ishni qanday to'g'ri amalga oshirish mumkinligi haqida tushuntiriladi.

**Jihozlar:** iliq suv, tog'ora, sovun, steril materialli biks, oyoq tagiga stulcha, sog'ilgan sut uchun banka, sut so'rg'ichi, brilliant ko'kning 1 % li eritmasi.

Sut sog'ish va emizish tartibi tushuntiriladi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- qo'lini iliq suvda sovun bilan yuvadi;
- ko'krak yuviladi;



— ko‘krak va qo‘llar biksdagi zararsizlantirilgan salfetka bilan artib quritiladi;

— ko‘krak uchi va so‘rg‘ich atrofi bironta antiseptik eritma bilan artiladi;

— stul yoki karavotga o‘tiriladi;

— oyoq tagiga stulcha qo‘yiladi;

— bir tomchi sut sog‘ib tashlanadi;

— chaqaloq ko‘krakka yaqin olib kelinadi;

— bir qo‘lning barmoqlari bilan, chaqaloq burni yopilib qolmasligi uchun, ko‘krak ushlab turiladi;

— chaqaloq 15—20 daqiqa davomida emiziladi;

— chaqaloq steril taglik solingan karavotga yotqiziladi;

— chaqaloq emgan ko‘krak sekin uqalab, qolgan sut steril bankaga sog‘iladi;

— ko‘krak iliq suv bilan yuviladi;

— steril salfetka bilan ko‘krak artiladi;

— 15—20 daqiqa davomida havo vannasi qabul qilinadi (35-rasm).



**35-rasm. Bolani emizish:**

*a* — karavotda yotgan holda; *b* — karavotda o‘tirgan holatda;

*d* — stulda o‘tirgan holatda.

Steril bankalardan sut alohida xonadagi 30—50 ml li idishlarga quyiladi, usti yopilib, 5—7 daqiqa davomida suv hammomida zararsizlantiriladi, so'ng xona haroratigacha sovitiladi va sovitgichda 12 soat saqlanadi. Sog'ilgan sut ona suti yetmaganda boshqa chaqaloqlarni to'ydirish maqsadida beriladi. Chaqaloqlarga sutni berishdan oldin sovitgichdan olib qo'yiladi va xona harorati darajasigacha qoldiriladi, tana harorati darajasigacha ilitilgach, yopgich bilan almashtirib chaqaloqqa beriladi. Ba'zi hollarda qandaydir sabablarga ko'ra ona chaqaloqdan voz kechganda yoki chaqaloq nobud bo'lganda **sut kelishini to'xtatish** uchun quyidagi ishlar bajariladi:

- sut bezlari sog'ilib, qattiq bog'lanadi;
- suyuqlik ichish chegaralanadi;
- tuzli ich surgichlar beriladi;
- agar sut juda ko'p kelsa, uni to'xtatish uchun ko'p miqdorda estrogenlar buyuriladi.

Chaqaloqlarni to'ydirish uchun beriladigan sut ko'krak uchi yorilmagan, sut bezlarining boshqa patologiyalari bo'lmagan ayollardan yig'iladi.

#### 6.4. Tug'gan ayol parvarishi

Tug'gan ayol ko'p quvvat sarf qiladi. Shuning uchun uning ovqat ratsioni oddiy holga nisbatan 1/3 barobar ko'p bo'lishi, kaloriyasi 3200 kkal (oqsil 112 g, yog'lar 88 g, uglevodlar 310—324 g) ni tashkil qilishi kerak.

Tug'gan ayol bir kunda 2000 ml miqdorida suyuqlik iste'mol qilishi va uning ovqati tarkibida A, B<sub>12</sub>, E, C kabi vitaminlar va turli xil mineral tuzlar (kalsiy, fosfor, magniy, temir) bo'lishi zarur.

Chilla davrida yuqumli kasalliklarning oldini olish maqsadida shaxsiy sanitariya gigiyenasiga hamda epidemiyaga qarshi kurash tartiblariga qat'iy rioya qilish kerak.

Odatda, bitta palataga bir vaqtda tug'gan ayollar joylashtiriladi.

Hozirgi vaqtda tug'uruqxonalarda ayollarning faol harakatlanishi va tibbiyot xodimi bilan kamroq muloqotda bo'lishi uchun chaqaloqlar bilan bir palataga yotqiziladi.

Har bir palata kun davomida nam latta bilan tozalanadi va 5—6 marta xona shamollatib bakteritsit lampa bilan nurlantiriladi.

Palatadagi tug‘gan ayollarga javob berilgach, palatalar yuvilib, dezinfeksiya qilinadi, xona shamollatilib, simobli bakteritsit lampa bilan havosi zararsizlantiriladi. Yumshoq inventarlar: ko‘rpa, to‘shak, yostiqlar dezinfekcion kamerada zararsizlantiriladi.

Har bir tug‘gan ayol kunora iliq dush qabul qiladi va oqliklari almashtiriladi. Tagliklar bir kunda 4 marta, har 3 kunda choy-shablar almashtiriladi.

Aktovegin yoki solkoseril surtilgan doka salftokalar yotishdan oldin ko‘krak uchiga qo‘yiladi. Ko‘krak uchi cho‘zilib ketgan hollarda chaqaloqni maxsus so‘rg‘ich bilan ovqatlantirish tavsiya qilinadi.

Har bir siydik ajralish va ich kelishdan keyin ayol gigiyena xonasida mustaqil ravishda poklanishi kerak.

Oraliqqa choklar qo‘yilgan bo‘lsa, 3% li vodorod peroksid eritmasi yoki yodopiron bilan ishlov beriladi. Tashqi jinsiy a‘zolar kseroform bilan upalanadi. Qinga tarkibida furatsilin, borat kislotasi, streptotsit bo‘lgan kukun qo‘yiladi.

**Yotoq tartibida bo‘lgan ayollarning tashqi jinsiy a‘zolarini yuvish.**

Jinsiy a‘zolar kuniga 2—3 marta yuviladi. Bu muolajani tibbiyot hamshirasi kichik hamshira bilan birga bajaradi (36- rasm).

Hamshira choklarga ishlov berish va yotoq tartibidagi ayollarni parvarish qilish usullarini yaxshi bilishi kerak.

**Jihozlar:** ikki qavatli asboblari stolchasi, uning pastki qavatiga furatsilinning 1:5000 eritmasi quyilgan idish qo‘yiladi. Stolchanning



36- rasm. Yotoq tartibidagi ayol parvarishi.

yuqori qavati steril bo'lishi kerak, unda: steril sharchalar, vodorod peroksidning 3 %li eritmasi, 5 %li yodning spirtli eritmasi, qo'lqoplar va tagliklar bo'ladi.

***Muolajani bajarish tartibi:***

— kichik hamshira tug'gan ayol ustidagi ko'rpani olib, tagiga tuvak tutadi (kleyonka solib), ayol orqa tomoni bilan tizza va chanoqson bo'g'imlari bukilgan holda yotadi.

— kichik hamshira furatsilin eritmasini idishdan olib, ayol oraliq'iga quyadi.

— hamshira qo'lqoplarda steril sharchalar bilan kornsang yordamida yuqoridan pastga, anal teshik tomon yuvadi. So'ng sonning ichki yuzasini yuvadi;

— kichik hamshira tuvakni olib, kleyonkani almashtiradi;

— hamshira tug'gan ayolni biroz ko'tarilishini iltimos qilib, uning tagiga steril taglik soladi;

— hamshira steril quruq salfetka bilan oraliq va sonning ichki yuzasini artib quritadi;

— agar oraliqqa choklar qo'yilgan bo'lsa, hamshira choklarni vodorod peroksidning 3 %li eritmasi bilan artadi;

— quruq salfetka bilan artib quritadi;

— choklar 5 %li yodning spirtli eritmasi bilan artiladi;

— agar chok sohasida o'zgarishlar, ya'ni shish, qizarish bo'lsa, zudlik bilan shifokorga ma'lum qiladi;

— hamshira muolajadan so'ng qo'lqoplarni yechib, qo'llarini yuvadi.

Choklar olinishi arafasida va o'sha kuni ertalab ayolga tozalovchi huqna qilinadi. Shundan so'ng ayolni bog'lov xonasiga olib kirib, choklar olinadi.

**Choklarni olish texnikasi.**

Hamshira oraliqdagi choklarni olishi shart.

***Jihozlar:*** steril material (sharchalar, salfetkalar), kornsang, qaychi, 5 %li yodning spirtli eritmasi, yodonat, vodorod peroksidning 3 %li eritmasi, buyraksimon likopcha.

***Muolajani bajarish tartibi:***

— tashqi jinsiy a'zolariga sanitar ishlovi beriladi (yuqoriga qarang);

— choklar vodorod peroksidning 3 %li eritmasi bilan yuvib, quritiladi;

— choklar tugunchasi pinset bilan ushlab sekin yuqoriga va jarohat chetiga qarab tortiladi;

— qaychi bilan chokdan tugunchasidan pastroqda ip kesib olib steril salfetskaga qo'yiladi, qolgan choklar ham shu tartibda olinadi.

Choklar olingandan so'ng tug'gan ayolga, yarasi bitib ketgunga qadar o'tirishga ruxsat etilmaydi.

Tug'gan ayol tug'uruqxonadagi vaqtdan boshlab, gimnastika bilan shug'ullanishi kerak. Chilla davri yaxshi kechganda ayolga tug'uruqning 5—6-kunida uyiga ketishga ruxsat beriladi. Ayolga tug'uruqxonadan chiqib ketishdan oldin unga shaxsiy gigiyena, ovqatlanish va bola parvarishi to'g'risida zarur maslahatlar beriladi.

Fiziologik bo'limda yotgan ayolda qandaydir patologik o'zgarishlar paydo bo'lsa, uni zudlik bilan observatsiya bo'limiga o'tkazish kerak.



## **YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQ- NING CHILLA DAVRI. YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR BO'LIMI**

### **7.1. Yangi tug'ilgan chaqaloqning chilla davri va uning parvarishi**

Chaqaloq tug'ilgandan keyingi 40 kun chaqaloqning chilla davri hisoblanadi.

Ona qomidagi bola 38 haftadan ortiq muddatda tug'iladi. Uning gavda og'irligi 2500 g dan, bo'yi 45 sm dan ortiq bo'ladi. Odatda, o'g'il bolalar vazni nisbatan og'irroq va bo'yi balandroq bo'ladi. Agar homila 38 haftaga yetmay tug'lsa, u chala tug'ilgan hisoblanadi va bo'y o'lchami hamda og'irligi normal bo'lmaydi.

Agar ona qornidagi homila muddatidan ilgari tug'ilgan bo'lsa, quyidagi belgilar namoyon bo'ladi:

- terisi va shilliq qavatlar ko'kargan;
- yig'isi zaif;
- harakati unchalik faol emas;
- teriosti yog' qatlami yaxshi rivojlanmagan;
- bosh suyaklari yumshoq, liqildoq va bosh miya choklari normadan katta;
- quloq supراسi yumshoq;
- kindik halqasi to'sh suyagining o'simtasi tomon siljigan;
- tirnoqlar barmoq suyaklarini qoplamagan;
- qiz bolada katta jinsiy lablar kichik lablarni qoplay olmaydi, o'g'il bolalarda tuxumdon moyak xaltasiga tushmagan.

Bola tug'ilgandan so'ng, o'zi uchun yangi muhitga tushadi. Yangi tug'ilgan go'dak shu muhitga moslashishi kerak. Bu zaruriyat go'dak organizmining barcha qismlarida o'zgarishlar sodir etadi.

Tug'ilish arafasida chaqaloqning barcha a'zolari hali rivojlanishi davom etayotgan bo'ladi. Tana harorati bir me'yorda bo'lmaydi, go'dakka ortiqcha sovuq, shuningdek, ortiqcha issiq ham tez ta'sir qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq kindik halqasi, teri, shilliq pardalar, burun, halqum, oshqozon-ichak yo'li orqali kasallik tarqatuvchi bakteriyalarni o'ziga tez yuqtiradi. Kasallik tarqatuvchi bakteriyalar nafas orqali, qon tomiri va limfa sistemasi orqali butun organizmga yoyiladi. Chaqaloq yaxshi sharoitga tushsa, hech qanday asoratsiz

yashaydi va tashqi muhit sharoitiga yengil moslashadi. Agar yomon sharoitga tushsa, u yoki bu kasallikka, ayniqsa yuqumli kasallikka chalinishi mumkin.

## 7.2. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limi faoliyati

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limidagi xonalar yorug‘, keng, quruq, yaxshi shamollatib turiladigan bo‘lishi, har bir bola uchun 2,5 m<sup>2</sup> joy ajratilishi lozim. Havo harorati +22°C bo‘lishi maqsadga muvofiq. Palatalarda faqat eng zarur jihozlar turishi, barcha ashyolar yaxshilab dezinfeksiya qilinishi zarur. Palatada chaqaloqni yo‘rgaklash uchun stolcha, tarozi, asboblar, dori-darmonlar, toza choyshablar, foydalanilgan choyshab, yostiqjildlar va boshqa materiallarni solib qo‘yadigan tog‘ora saqlanadigan shkafcha, issiq va sovuq suvli choynak, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar tarixini yozib boradigan yozuv stolchasi, karavotchalar bo‘lib, ular bir-biridan ma‘lum masofada turishi lozim. Karavotchaga to‘shak, ustiga kleyonka qoplab, choyshab yoziladi, kichkinagina yostiqcha qo‘yiladi. Taglik va ko‘ylakchalar chit matodan bo‘lishi, ko‘ylakchalarda dag‘al choklar, tugmalar bo‘lmasligi zarur. Chaqaloqning ich ko‘ylaklari uch marta almashtirishga mo‘ljallanadi. Palatalar namlangan yumshoq latta bilan tozalanadi, shamollatiladi, ultra-binafsha nurli maxsus lampa qo‘yiladi (bir kunda 5—6 marta). Bolalarni emizishga olib ketilgan vaqtda palata tozalanadi va shamollatiladi.

Chaqaloqning choyshab va jildi alohida sovun bilan (sintetik kir yuvish kukunlari ishlatilmaydi) yuviladi va har ikki tomonidan dazmol uriladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limida ishlaydigan hamshira umumiy shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishi, aseptikaga jiddiy e‘tibor berishi kerak. Bu yerda ishlaydigan hamshira ishga kirishishdan oldin har kuni qo‘llarini yaxshilab yuvishi, bolani yo‘rgaklab bo‘lgach, ish tugagach ham yuvishi va dezeritma bilan artishi lozim.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni parvarish qilganda har gal tagi ifloslangandan (siygandan va defekatsiyadan) so‘ng uni iliq suv bilan oqar suv tagida yuvish zarur (suv kindik halqasiga tegmasligi kerak), tananing yuvilgan qismi zararsizlantirilgan taglik bilan bosib-bosib olinadi, ammo artilmaydi.

Tabiiy burmalar (chov burmasi, bo‘yin, qo‘ltiq tagi burmalari) zararsizlantirilgan yog‘ bilan paxta tamponda, agar teri qizargan bo‘lsa, 3 % li kaliy permanganat eritmasi bilan artiladi va maxsus kukun sepish tavsiya etiladi. Bolaning ko‘zlari 2 % li borat

kislotasi eritmasida ho'llangan paxta tampon bilan, har bir ko'z alohida paxta bilan, tashqi milkdan ichki milkka tomon artiladi. Agar nafas olishi qiyinlashsa, zararsizlantirilgan vazelin surtilgan paxta tamponini pilik qilib burun kataklari agar og'iz bo'shlig'i oqarib qolsa, 10 % li borat eritmasi bilan artiladi. Chaqaloq yo'rgaklanganda qo'lchalari ochiq qoldiriladi.

Ich ko'ylakchasi orqasi bilan o'rab qo'yiladi. Qalin ko'ylakchasi old tomoni bilan kiydiriladi. Tananing pastki qismi oyoqlari orasidagi taglik bilan, avval yumshoq mato, ustidan qalin mato bilan o'raladi. Agar xona havosining harorati +22°C bo'lsa, 3—4 kundan so'ng chaqaloq boshini o'ramasa ham bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalar uchun maxsus palatalar ajratilgan bo'lib, ularga sun'iy havo berib turiladi. Tug'ilishda shikastlangan chaqaloqlar uchun alohida jarohatni tuzatish palatalari mavjud. Tug'uruqxonadan chiqarilgan go'dak bolalar poliklinika nazoratiga topshiriladi.

### **7.3. Yangi tug'ilgan chaqaloqda gipoksiya va kislorod yetishmasligi**

Ona qornidagi homila yetarli miqdorda kislorod ololmasa, unda gipoksiya holati vujudga keladi. Gipoksiya maxsus akusherlik stetoskopi yordamida aniqlanadi. Homiladagi bu holatni elektrokardiogramma va fonografiya qilish yordamida ham tez va aniq aniqlash mumkin.

Gipoksiya onaning turli xil kasalliklarga chalinishi, homiladorlik vaqtida zararli tashqi omil ta'sir qilishi, shuningdek, tug'ish jarayonida patologik holat—bachadon, platsenta, qon aylanishi buzilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Homilaning yurak urish tezligi (minutiga 110 dan kam yoki minutiga 160 dan ko'p) buzilishi gipoksiya paydo bo'lganligi belgisidir.

Homilaning xavfli gipoksik holatini uning ko'p harakatchanligi ham bildiradi. Chaqaloq tug'ilishida mekoniyning tug'uruq suvlariga aralashgani haqidagi signalni amnioskopiya va amniosintez yordamida bilish mumkin.

Kasallikni aniqlash bo'limida xavfli homila gipoksiyasi yuz bersa, quyidagi davolash usullari o'tkaziladi:

- 1) oksigenoterapiya;
- 2) venaga glukoza bilan korglukon (kordiamin yoki korazol bilan almashtirish ham mumkin) yuboriladi.



Tug'uruq homila gipoksiyasi bilan kechganda onaga sigetin yuboriladi (bachadon va uning atrofida qon aylanishi yaxshilanadi), shuningdek, glukoza, askorbin kislota bilan birga kalsiy xlorid, vitamin B<sub>1</sub> beriladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqqa kislorod yetishmasa va bo'g'ilish boshlansa, nafas olish, yurak urishi buziladi. Asfiksiyaning ko'k va oq turlari kuzatiladi. Ko'k asfiksiyada bola terisi va shilliq qavatlarini ko'kimsiz tusda bo'ladi, yurak urishi va reflekslar sustlashadi, muskullar tonusi qoniqarli holatda bo'ladi. Oq asfiksiyada esa teri va shilliq qavatlar oqaradi, yurak faoliyati pasayadi, reflekslar sust yoki umuman bo'lmaydi, muskullar tonusi deyarli sezilmaydi.

Apgar shkalasiga ko'ra yangi tug'ilgan chaqaloqda asfiksiyaning klinik shakli aniqlanadi. Og'ir asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqqa zudlik bilan jonlantirish usullari qo'llaniladi. Agar davolash nafaq bermasa, reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi va turli usullardan foydalanib, sun'iy nafas beriladi. Natijasiz hollarda ko'krak qafasiga mexanik ta'sir qilish usuli qo'llaniladi. Sterillangan yumshoq salfetka bilan og'izdan og'izga usulida (bir daqiqada 20—30 martadan) nafas beriladi. Asfiksiya asoratidan chiqqan chaqaloqlar qat'iy nazorat ostida bo'lishlari lozim.

#### **7.4. Shikastlar bilan tug'ilgan chaqaloqlar va ularning parvarishi**

Miyada qon aylanishi buzilgan va tug'uruq vaqtida shikastlangan chaqaloqlar og'ir ahvolda deb hisoblanadi va alohida parvarish qilinadi. Suyak chiqishi, sinishi, g'urra, parez va falajliklar kam uchraydi.

Miyada qon aylanishi buzilgan chaqaloq tug'ilishining birinchi soatlaridayoq e'tiborni tortadi. Unda qandaydir bezovtalik, asfiksiyaning qaytarilishi kuzatiladi. Bunday chaqaloq chinqirig'i o'ziga xos, ya'ni bor ohangda ingroq bo'ladi. Ayrim hollarda u aksincha, past va zaif eshitiladi. Chaqaloqning ko'zi ochiq va bir nuqtaga qadalgan bo'ladi („Ochiq ko'zlar“ simptomi). Chaqaloq bezovta bo'lgandan keyin lanj bo'lib qoladi, ko'p uxlaydi va kam harakat qiladi. U lanjlik bilan emadi, zaif, lekin tez-tez nafas oladi, pulsi sekinlashadi, tomiri bir daqiqada 80—100 ta uradi. Ko'pincha termoregulatsiyasi buziladi, esnash, hiqichoq tutish, qorin shishishi, ichi yurishmaslik, siydik tutilib qolishi yoki, aksincha, siydik tuta olmaslik hollari uchraydi. Bunday chaqaloqlarda miya qon aylanishi buzilgan hisoblanadi. Ular shifokor va hamshira

tomonidan qattiq nazorat ostiga olinadi. Bunday chaqaloqlar yotgan palata nihoyatda osoyishta bo'lishi, muolajalarni ularni qo'zg'atmasdan bajarish zarur.

Palatada toza va yangi havo bo'lishi (bir kecha-kunduzda kamida 7 marta shamollatish), havo harorati muddatiga yetib tug'ilganlar uchun  $+22^{\circ}\text{C}$  dan oshmasligi, chala tug'ilganlar uchun  $+24-25^{\circ}\text{C}$  bo'lishi lozim. Xonada tinchlik saqlanishi kerak, chunki shikast bilan tug'ilgan bola shovqindan kasallanib qoladi. Bolaga ko'krak suti so'rg'ich orqali beriladi. Agar bola ema olmasa, ona suti zond orqali yuboriladi.

Chala tug'ilgan bolalarning parvarishi to'g'ri olib borilsa, ular ham 2—3 yilda sog'lom va yetuk tug'ilgan bolalar darajasiga yetib olishi mumkin. Birinchi bor yo'rgaklash va o'rashda qo'shimcha isitish lampasidan foydalaniladi. Bolaning ichki kiyimlari isitiladi. U quruq isitilgan va sterillangan choyshab bilan yo'rgaklanadi. Bu yerga zarur miqdorda kislorod berib turiladi. Ochiq va yopiq shakldagi elektr isitish karavotchalar bo'lishi (kyuvezlar) kerak. U havo harorati va namlikni bir maromda bo'lishini ta'minlaydi. Kyuvez ichiga tarozi va kvarts lampasi o'rnatiladi. Bola kyuvezda ochiq holda yotadi.

Bolani kyuvezdan karavotchasiga yotqizilayotganda birinchi kunlari zararsizlantirilgan choyshab bilan yo'rgaklanadi, keyinchalik esa yaxshilab dazmol urilgan choyshablardan foydalanish mumkin.

Chala tug'ilgan bolalarda termoregulatsiya pasaygani uchun ular tez sovuq qotishi va isib ketishi mumkin. Bunday chaqaloqlarda immunitet keskin pasayganligi hisobiga ular gripp, bo'g'ma, piodermiya, sepsis kabi yuqumli kasalliklarga ko'p chalindilar. Terini qurishdan asrash maqsadida zararsizlantirilgan o'simlik moyi, ayniqsa, badandagi tabiiy burmalarga ko'proq surtiladi.

Harorati  $+37-38^{\circ}\text{C}$  bo'lgan suvli gigiyenik vanna kunora o'tkaziladi. Kindik yarasi tuzalib bo'lgach, har kuni 3—4 daqiqalik vannadan so'ng zararsizlantirilgan, ilitilgan choyshabga o'rab qo'yiladi. Ko'zlari kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi (1 : 5000) bilan chayiladi yoki borat kislotasining 2 % lisi bilan artiladi. Suyuqlik solinadigan idishlar har kuni qaynatilishi lozim.

Og'iz bo'shlig'i oqarmasligining oldini olish uchun og'iz shilliq pardalari har emizishdan oldin tekshirib turiladi. Foydalanilgan barcha jihozlar zararsizlantirilishi lozim.

Og'zi oqargan bolalarning shilliq pardalari kuniga ikki marta metilen ko'kning 1% li suvli eritmasi bilan artiladi. Bunda gentsianviolet (pioktanin) yoki brilliant yashilining 1% li suvli eritmasidan foydalanish mumkin. Og'iz bo'shlig'idagi toshma ehtiyotlik bilan 2% shirin qiyomli soda suvi bilan yoki 10% li borat kislotasi bilan tozalaniladi. Burun kataklari shilliq va qasmoqdan iliq suvda namlangan yoki iliq yog' shimdirilgan 2 ta yumshoq tampon bilan tozalanadi. Chala tug'ilgan bolalarda sog'lom bolalarga nisbatan kindik gardishi kechroq tushadi. Kindik gardishi 70° li spirt bilan artib turiladi, brilliant yashilining spirtli eritmasidan surtib, zararsizlantirilgan quruq latta bilan o'rab qo'yiladi.

Chala tug'ilgan bolalar normal holga yetganda uyiga ketishga ruxsat beriladi.

### **7.5. Yiringli-septik kasalliklari bo'lgan chaqaloqlarni parvarishlash**

Yangi tug'ilgan davrida chaqaloq yuqumli kasallikka chalingan xodimlar, onasi yoki atrof-muhitdagi yuqumli kasallik manbai bilan aloqada bo'lgandagina shunday xastalik bilan og'riydi. Jihozlar, choyshab-jildlar, oziq-ovqatlar va boshqalar kasallik manbai bo'lishi mumkin. Ko'proq stafilakokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, dag'al protey, ko'k yiringli tayoqcha kabilar kasallik sababchisi bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limida odatda, *bakteriali yuqumli kasallik* bilan og'rigan chaqaloqning badani qizib ketadi (vspishka kuzatiladi), bu holat bola tug'ilganidan 5—6 kun o'tgach sodir bo'ladi. Boshlang'ich davrida ko'zda yiringli shilliq parda, vezikulopustuloz, yiringli toshmalar, milkak (tirnoq ostining yallig'lanib, yiring boylashi), kindik tizimchasining yallig'lanishi (omfalit), rinit holatlari yuz beradi. Bu holat 3—7 kun davom etib, aniq belgilarsiz (intoksikatsiya) haroratning, subferbil ko'tarilishi yoki ko'tarilmasdan kechadi.

**Piodermiyada** terida to'g'nag'ich boshidek keladigan bir yoki bir nechta pufakcha paydo bo'ladi. Bu yaralar yorib yuborilgandan keyin 1—2 kunda bitib ketadi. Terini yuvib tozalab, 0,005% li kaliy permanganat aralashmasi bilan cho'miltirish, keyin 70° li spirt va brilliant yashili aralashmasi bilan artish tavsiya etiladi. Teri yiringli yallig'lanishining birmuncha og'irroq turi no'xatdek kattalikda pufakchalar (puzirchatka) paydo bo'lishidir. Bu pufak-

chalar avvaliga tiniq bo'ladi, keyin tez xiralashadi. Ular ochilgandan so'ng tashqi qavatda yaracha qoldiqlari qoladi. Ular 7—10 kunda tuzaladi.

**Eksfoliatli yallig'lanishda** teri shilini b shikastlanadi, terining keng maydoniga tarqalgan holatda, umumiy ahvol yomonlashadi, tananing yuqori qismida (yuzdan boshlab) harorati ko'tariladi, so'ngra teri keskin qizara boshlaydi va u bir-ikki kun davomida barcha sohalarga yoyiladi. Bunday holatdagi chaqaloq badanida avj oluvchi yaralar paydo bo'ladi.

**Yiringli omfalitda** kindik yarasi namlanadi, atrofidagi teri yallig'lanib, qizarib yiring chiqa boshlaydi (teri shishadi, qizaradi). Bola bezovtalanadi, nafas olishi va tomir urishi tezlashadi, harorati ko'tariladi.

**Sepsis** yangi tug'ilgan chaqaloqda eng og'ir asorat qoldiradigan yuqumli kasallik hisoblanadi. Bunda doimiy yoki vaqt-vaqti bilan bakteriyalar qonga o'tadi. Butun badanga yoyiladi, xatar kuchayadi, chaqaloqda kasallikka qarshi kurashish kuchlari pasayadi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar orasida sepsis tez-tez uchrab turadi. Odatda, sepsisning paydo bo'lishi chaqaloq 2—3 haftaligiga to'g'ri keladi. Bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi, harorati ko'tariladi, ko'kimtir shishlar paydo bo'ladi va taxikardiya namoyon bo'ladi, nafas olish tezlashadi, og'ir behushlik holati kuchayadi, natijada bola nobud bo'lishi mumkin. Shuning uchun yuqumli kasalliklar asorati bilan tug'ilgan chaqaloqlar qattiq nazorat ostida bo'lishi, aseptika va antiseptika choralari ko'rilib, yaxshi parvarish qilinishi zarur.

Agar yiringli piodermiyani mahalliy davolay olinsa, unda puzirchatkani davolash umumiy tartibda olib boriladi, (antibiotiklar, organizmni umumiy chiniqtirish).

Kindik yarasini (*omfolit*) davolash o'sha joyning o'zi yoki umumiy davolashdan iborat. Bunday paytda antibiotikoterapiya, umumiy chiniqtirish bilan birga kindik yarasi 70° li spirt, 5% li permanganat eritmasi bilan yuviladi.

Sepsis holatda vitaminoterapiya (C, B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub>) va bakterial floraga sezuvchanlik holatiga qarab antibiotiklardan foydalanib, kuchli infuzion terapiya o'tkaziladi. Yurak-tomir preparatlari yuboriladi, shuningdek, kasallikka qarshilik ko'rsatish vositalaridan foydalaniladi

Kasallikni davolashda ona suti bilan boqishning tashkil qilinishi katta ahamiyatga ega. Tug'uruqxonada o'z vaqtida sanitariya-gigiyena va epidemik kurash kuchaytirilsa, har qanday yuqumli kasallikka chalinish xavfi keskin kamayadi. Bolaning yuqumli kasalliklarga qarshi immunitetini oshirish, ona ko'krigiga ertaroq berish, xavfli guruhga moyil chaqaloqlarni o'z vaqtida aniqlash, tug'uruqxonadagi infeksiya manbayini yo'qotish kabi chora-tadbirlar yuqumli kasalliklar bilan asoratlanishning oldini oladi. Chaqaloqda yuqumli kasallik paydo bo'lsa, zudlik bilan alohida palataga qo'yish kerak. Bunday chaqaloqni parvarish qilish uchun alohida hamshira tayinlanadi.

Homilador ayolning jinsiy a'zolaridagi yuqumli kasalliklar chaqaloqning chilla davri kasalliklariga asos bo'ladi. Bunday holat 2—10 % tug'gan ayolda uchraydi. Tug'gandan keyingi davrda bachadonning ichki devori kasallik manbayi bo'lib xizmat qiladi. Bachadon bo'yni yirtilishi, oraliq va qinning yirtilishi tug'uruq shikastlari hisoblanib, kasallik boshlanishiga sabab bo'ladi.

---



## VIII BOB

### CHILLA DAVRIDA AYOLLARDA UCHRAYDIGAN KASALLIKLAR

#### 8.1. Chilla davridagi yuqumli kasalliklar va ularning asoratlari

Stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, xlamidiyalar, mikoplazma infeksiyasi, zamburug'lar va boshqa qo'zg'atuvchilar tug'uruq infeksiyasi hisoblanadi. Homiladorlik va tug'uruqning patologik kechishi yuqumli kasalliklarni keltirib chiqaruvchi omillar hisoblanadi. Tug'andan keyingi davrda infeksiya kirish darvozalarida joylashib qolib, saqlanishi mumkin, vaqt o'tib qulay sharoit vujudga kelganda infeksiya boshqa a'zolarga tarqaydi. Shunday infeksiyasi bo'lgan tug'gan ayollar observatsiya bo'limiga o'tkaziladi. U yerdagi ish tartibi fiziologiya bo'limiga nisbatan boshqacharoq bo'lib, tug'gan ayollarni alohida hamshiralar parvarish qiladi. Tug'gan ayollar infeksiya tarqalishining oldini olish maqsadida har biri alohida hojatxona, dush, bog'lov xonasi bo'lgan bokslarga joylashtiriladi. Ular palatalarda ovqatlanadilar, choyshab-jildlar tez-tez almashtiriladi. Qo'shimcha emizish uchun ona suti sog'ib olinmaydi.

**Chilla yarasi** qin va vulva shilliq qavati yirtilishi oqibatida kelib chiqadi. Tug'gan ayolning umumiy holati o'zgarmaydi. Yara paydo bo'lgan joyda teri qizaradi, shishadi, yiring yig'ishi mumkin. Davolash mahalliy o'tkaziladi: yara 3 %li vodorod peroksid, 70° li spirt, brilliant yashili bilan artiladi. Oraliq yiringlaganda ham xuddi shunday davolash o'tkaziladi. Bunday holda chok so'kib olinadi va yaraga mahalliy davo o'tkaziladi.

**Chilla davridagi endometrit** eng ko'p uchraydigan yuqumli asorat hisoblanadi. U o'tkir va siyqalangan shaklda bo'lishi mumkin. Bu kasallikning o'tkir shaklida tug'gandan 2—5 kun o'tgach, ayol harorati ko'tariladi, titroq paydo bo'ladi, qorinning pastki qismida og'riq bo'lib, loxiyalar yiringli tusga kiradi. Bachadon qisqarishi sekinlashadi, qo'l bilan paypaslaganda og'riq seziladi. Bunday holda birinchi navbatda kasallik tarqab ketishining oldini olish chorasini ko'rish kerak. Shu maqsadda qorinning pastki qismiga muz xaltasi qo'yiladi, yotish rejimi buyuriladi, organizmning antibiotiklarga sezuvchanligi tekshirilib, antibakterial terapiya o'tkaziladi. Ko'pincha yarim sintetik penitsillinlar va metronidazol, sefolosporinlardan

foydalaniladi. Organizmning intoksikatsiyasiga qarab infuziya va desensibilizatsiya o'tkaziladi. Bachadonni qisqartiradigan dorilar yuboriladi va vitaminlar beriladi.

Endometritning siyqalangan shakli simptomlarsiz o'tishi mumkin va bu xastalik bachadonning sekin qisqarishida seziladi. Davolash yuqorida aytilgandek o'tkaziladi.

**Chilla davri tromboflebiti** (yuza va chuqur boldir venalari va kichik chanoq venalarida). Kasallik boshidanoq aniq namoyon bo'ladi. Chunki tug'gan ayolning oyoq tomirlarida (ko'pincha boldirda, ayrim holda yonboshida) og'riq paydo bo'ladi. Tomir yo'nalishida og'riq va tizimchasimon dag'allashish kuzatiladi. Bemorning umumiy holati o'zgarmaydi.

Chanoq tomirlari tromboflebitida ayolning umumiy holati yomonlashadi: tana harorati ko'tariladi, titrash, qorin pastida og'riq paydo bo'ladi. Ayrim hollarda qo'l bilan chuqur paypaslaganda venalarning qattiq og'riqli tugunlarini sezish mumkin. Bunda tug'gan ayolga yotish rejimi, iloji boricha oyoqlarni tepaga ko'tarib yotish buyuriladi. Antikoagulyantlar (geparin, aspirin) asosiy davolash vositalaridir. Shu bilan birga, umumiy holatini yaxshilshga qaratilgan davolash ham o'tkaziladi.

**Chilla davri mastiti** chilla davrida ko'p uchraydigan asoratlardan biri bo'lib, ko'zi yorigan ayollarning 3—5 foizida uchraydi. Infeksiya ko'krak uchi yoriqlari va sut yo'llari orqali o'tadi. Laktostaz (sut turib qolishi) da sut bezi yallig'lanishi ko'p uchraydi. Serozli mastit ayolning butun a'zosiga birdan, qattiq og'riq beradi. Tug'gandan keyingi 2—4 hafta davomida harorat ko'tariladi, titrash, sut bezlarida og'riq, bosh og'rig'i, tinka qurishi kuzatiladi. Sut bezlari kattalashadi, yallig'lanish o'choqlari ustida teri qizaradi. Agar bemor yetarli darajada davolanmasa, kasallik infiltrativ zichlashgan og'riqli shaklga o'tadi.

Noto'g'ri davolansa, infiltrat yiringlarni davolash antibakterial terapiya yo'li bilan yakunlanadi, sut bezlarining qotib qolishi bartaraf etiladi. Bunda tug'gan ayolning immuniteti ko'tarilib, detoksikatsiya va desensibilizatsiya o'tkaziladi. Bunday holatda sut sog'ib tashlanib, ko'krak maxsus bog'lama bilan ko'tarib qo'yiladi. Kasallik davrida bolani ko'krak bilan emizish man etiladi.

Sut kelishini kamaytirish uchun bemorga parloDEL buyuriladi. Kasallikning yiringli shakllarida davolash jarrohlik usuli bilan o'tkaziladi (ko'krak bezi kesiladi, yuviladi va antibiotiklar yuboriladi).

Mastitning oldini olish tadbirlariga tug'uruqxonadagi sanitariya-epidemiologiya rejimiga qat'iy amal qilish kiradi. Tug'gan ayolning sut bezi uchi yorilmasligi va ko'kragida sut turib qolmasligining oldini olish kerak. Buning uchun homiladorlik paytida stafilokokka qarshi faol immunitet hosil qilish uchun tozalangan stafilokokk anatoksinidan emlash tavsiya etiladi.

**Chilla davri sepsisi** chilla davrida deyarli kam uchraydigan yuqumli asorat bo'lib, kasallik infeksiyaning qonga o'tishi bilan bog'liq. Kasallik og'ir boshlanishi mumkin. Hatto o'lim bilan tugagan hollar ham uchraydi. Ba'zan kasallik sekin boshlanadi. Yuqori harorat kasallikning eng asosiy belgisi hisoblanadi. Isitma 39—40°C gacha ko'tarilib, badan titraydi. Ayrim paytda bu holat subfebril harorat bilan davom etadi (odatda, bu nimjon, zaif ayollarda yoki antibiotiklar bilan davolanayotganlarda uchraydi). Bemor badanida muskullar tortishishi paydo bo'lib, meningeal simptomlar va alahsirash kuzatiladi. Bunday ayollarda teri va shilliq qavatlar rangsiz, kulrang yoki sarg'imgir tus olib, terida toshmalar paydo bo'lishi mumkin.

Yurak-qon tomir va nafas olish sistemasi faoliyatining buzilishi kuchayadi, taxikardiya paydo bo'ladi, Q/B pasayib, nafas olish qiyinlashadi va tezlashadi. Oshqozon-ichak yo'lida o'zgarish bo'lib, ich ketish yoki qabziyat kuzatiladi, oshqozonda va oshqozonosti bezida yaralar hosil bo'lishi mumkin. Sepsisning kechishi kasallikning boshlang'ich holatiga, infeksiyon jarayon darajasiga, davolashning faolligiga, qo'zg'atuvchining turiga ko'ra to'liqsimon, davomiyliigi turlicha bo'ladi. Sepsisning og'ir asoratlaridan biri endotoksik shok bo'lib, bu holatdan, ko'pincha, ayollarni oyoqqa turg'azib olish mushkul bo'ladi.

Sepsisni davolashga kirishishdan oldin uning paydo bo'lish sabablari va mikroob infeksiyasining turini aniqlash kerak. Davolashda antibakterial, umumiy quvvat beruvchi preparatlar, yurak-qon tomir glikozidlari, vitaminlar, organizmni qarshi kurashishga yordam beruvchi desensibilizatsiyalovchi preparatlar qo'llanadi, dezintoksikatsion terapiya o'tkaziladi. Afsuski, bu xastalikning siyqalangan, yashirin shakllarinigina emas, balki ko'p uchraydigan turlarining ham tug'gan ayollarda o'z vaqtida aniqlashning iloji bo'lmaydi. Chunki xastalik turli xil belgilar — oddiy mahalliy o'zgarishlardan to umumiy tarqoq shakllargacha namoyon bo'ladi.

Septik infeksiya profilaktikasi eng avvalo, homilador ayol organizmining qarshilik ko'rsatish kuchiga bog'liq (infeksiya manbai,



uning tarqalib borishi, anemiyani davolash, ovqatlanish, yashash shart-sharoitlari). Xastalangan tug‘ayotgan ayolni o‘z vaqtida diagnostika qilish va ajratib qo‘yish tug‘uruqxona stasionarida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish kabi muhim jarayondir.

Uzoq muddat suvsiz qolish, tug‘ayotganda va tug‘gandan keyin ham qon ketishi, tug‘uruq jarayonining uzoq muddatga cho‘zilishi kabi ko‘ngilsiz holatlar yuz bermasligi uchun profilaktika choralari ko‘rish, tug‘ish yo‘llariga infeksiya tushmasligining oldini olish zarur.

**Akusherlik peritoniti (qorin pardasining yallig‘lanishi).** Tug‘ishdan keyin va bachadon yorilishi xavfi bo‘lgan holda jarrohlik yo‘li bilan bolani tug‘dirib olgan paytda bunday asorat paydo bo‘lishi mumkin. Bunday hol ko‘zi yoriyotgan ayollarning 0,5—1,0 foizida uchraydi. Peritonit paydo bo‘lishida ichak tayoqchasi yetakchi o‘rin tutadi. Akusherlik peritonitida endogen intoksikatsiya barvaqt paydo bo‘ladi. Simptomlari tug‘uruqdan so‘ng birinchi yoki ikkinchi sutka oxirida paydo bo‘ladi: harorat ko‘tariladi, qorin shishadi, qusish va taxikardiya kuzatiladi. Klinik belgilar tez rivojlanadi. Boshqa hollarda jarrohlik operatsiyasidan so‘ng umumiy holat qoniqarli holda qoladi, lekin ichak falaji rivojlanishi mumkin (yel chiqishi qiyinlashadi). 3—4 kundan keyin bemorning ahvoli og‘irlashadi, peritonit belgilari aniq ko‘rina boshlaydi.

Ayrim hollarda peritonit bo‘lgan ayolda tug‘gandan keyingi davrda birinchi kunlardanoq qorinning pastki qismida kuchli og‘riq turadi, og‘riq to‘xtamaydi, qorin pardasining yallig‘lanish simptomlari paydo bo‘ladi.

Akusherlik peritoniti aniqlanganda, davolash uch bosqichda o‘tadi: operatsiyadan oldingi tayyorgarlik, operativ aralashuv, operatsiyadan keyingi tezkor terapiya.

## **8.2. Bemor homilador va tug‘adigan ayollar parvarishi**

Bemorlar tuzalishiga, ayniqsa, operatsiyadan so‘ng katta ahamiyat berish zarur. Ularning umumiy ahvolini, teri va shilliq qatlami, pulsi, Q/B, harorati, fiziologik ajralmalar (siydik, defekatsiya), operatsiya jarohatining ahvoli, jinsiy a‘zolaridan suyuqlik ajralmalarining ajralishini kuzatib borish zarur. Bunday ayollar ovqati turli xil vitaminlar, mikroelementlarga boy bo‘lishi zarur. Bundan tashqari, tarkibida ma‘lum miqdorda oqsil, yog‘, uglevodlar bo‘lgan ovqatlar ham tavsiya etiladi.

Ayolning oyoqqa turishi, operatsiyadan keyingi davrning so'nggi natijalari reproduktiv (nasl qoldirish) funksiyasiga ham ta'sir etadi. Og'ir bemorlarning tuzalib ketishida tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Uning shifokor ko'rsatmalarini vijdonan bajarishi, kasbiga bo'lgan sadoqati, o'z ishini aniq va puxta bilishi davolash natijasiga ijobiy ta'sir qiladi.

Statsionardan chiqib ketayotganda tug'gan ayolga shaxsiy gigiyenaga amal qilish, ratsional kun tartibi, sut bezlari parvarishi va hokazolar haqida qator tavsiyalar beriladi.

### **Teriosti inyeksiyasini o'tkazish.**

**Jihozlar:** shpris, zararsizlantirilgan salftetkalar, spirt, preparat, zararsizlantirilgan qo'lqop.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- tug'adigan ayolga bajariladigan ishlar tushuntiriladi;
- qo'llar yuviladi va qo'lqop kiyiladi;
- eritma ampulaning keng joyiga tushishi uchun ampula sekin silkitiladi;
- arracha bilan ampula arralanadi;
- ampulaning ingichka qismini uzib olinadi, uni chap qo'lda, shprisni esa o'ng qo'lda ushlab, ehtiyotlik bilan igna ampulaga kiritiladi va eritmaning kerak qismi tortib olinadi;
- shprisni tik holda ushlab, ignadan bir tomchi suyuqlik chiqarib yuboriladi (ignaga to'lguncha);
- teri spirtida namlangan steril salftetka bilan artiladi, terini tortib turib, ignani unga parallel ushlab sanchiladi;
- ko'rsatkich barmoq bilan igna bosib turiladi;
- porshenni bosib dori yuboriladi;
- ignani sug'urib olib, inyeksiya o'rnini spirtli salftetka bilan qattiq bosmasdan ishqalanadi;
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi.

### **Muskulichi inyeksiyasini o'tkazish.**

**Jihozlar:** shpris, zararsizlantirilgan salftetkalar, spirt, preparat, zararsizlantirilgan qo'lqop.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- tug'adigan ayolga bajariladigan ishlar tushuntiriladi;
- qo'llar yuviladi va qo'lqop kiyiladi;
- ayolni qorni bilan yotqizib inyeksiya joyi belgilanadi, ampula ochiladi (yuqoriga qarang);
- inyeksiya qilinadigan joy spirtida namlangan paxta bilan artiladi;
- 90°li burchak ostida igna muskul ichiga sanchiladi, ignaning 2—3 mm teri ustida qoldiriladi;

— porshenni bosib dori yuboriladi (yog‘li eritmalar dastlab ilitiladi);

— ignani tezda tortib olib, inyeksiya o‘rni spirtda namlangan paxta bilan ishqalab artiladi;

— qo‘lqopni yechib, qo‘llar yuviladi.

### **Venaichi inyeksiyasini o‘tkazish.**

**Jihozlar:** shpris, zararsizlantirilgan salftkalar, 98 %li spirt, preparat, qon quyish uchun sistema, yostiqlcha, qisqich, venoz tasma.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

— tug‘adigan ayolga bajariladigan ish tushuntiriladi;

— qo‘lni yuvib, qo‘lqop kiyiladi, shprisga dori tortiladi (ampula ochiladi, dori tortib, olinadi);

— ayol qulay holatda yotishi yoki o‘tirishi so‘raladi;

— bilak tagiga yostiqlcha qo‘yib, old yelkasiga venoz tasma bog‘lanadi;

— tasmani siqib, ayoldan qo‘llarini harakat qilishi so‘raladi;

— bilak spirtde namlangan paxta bilan artiladi;

— to‘liq vena barmoqlar bilan paypaslab topiladi;

— vena ustidagi terini qo‘l bilan tarang cho‘zib, bilak bo‘g‘imidagi vena aniqlanadi;

— igna ichini tepaga qaratib, venaga parallel holda uning 1/3 uzunligi kiritiladi;

— porshenni orqaga tortib, ignani venaga kirganligiga ishonch hosil qilinadi;

— chap qo‘l bilan tasma bo‘shatiladi;

— chap qo‘l bilan porshenni sekin bosib, dori yuboriladi (shprisda 1 ml dori qoldiriladi);

— ignani spirtli paxta bilan ushlab turib, boshqa qo‘l bilan tezda tortib olinadi;

— spirtde namlangan paxta almashtiriladi — igna o‘rniga bosiladi;

— qo‘lqopni yechib, qo‘llar yuviladi.

### **Qon quyish uchun sistemani yig‘ish:**

— sistema solingan qopchanning germetikligi va saqlash muddati aniqlanadi;

— steril pinset bilan dorili flakon qopqog‘i ochiladi;

— spirtli sharcha bilan rezina qopqog‘i artiladi;

— sistema qopchasini ochib, niqob taqiladi;

— qo‘lni tozalab, qo‘lqop kiyib, sistema qopchadan olinadi va steril salftkaga qo‘yiladi;

— ochiq steril stoldan lotokka spirtli sharcha, salfetaklar, 2—3 ta igna, shpris, pinsetlar qo'yiladi, steril salfetka bilan yopib qo'yiladi;

— havo o'tkazgich ignasidan qalpoqchani yechib, ignani flakon qopqog'iga taqab kiritiladi, bo'sh uchi flakonga apteka rezinkasi bilan qisib qo'yiladi;

— sistema burama qisqich bilan yopiladi;

— sistemaning kalta tomonidan igna qalpoqchasini olib qo'yib, ignani taqab flakonga kiritiladi;

— flakonni ag'darib shtativga o'rnatiladi, tomizg'ichni gorizontal holatga keltirib, qisqich ochiladi, sekin-asta sistema to'ldiriladi;

— qisqichni berkitib, tomizg'ichni asl holiga keltiriladi (filtr batamom quyilayotgan suyuqlikda turishi kerak);

— qisqichni ochib sistema naychasidagi havo to'liq chiqib ketib, ignadan suyuqlik chiqquncha to'ldiriladi;

— sistemaning uzun naychasida havo yo'qligiga to'la ishonch hosil qilinadi.

Sistema to'ldirilib, vena punksiya vena ichi inyeksiyasi o'tkazilgandek bajariladi.

Observatsiya bo'limida barcha tibbiyot xodimlari epidemiyaga qarshi qoidalarga rioya qilishlari shart (observatsiya bo'limiga kirishda xalatlal almashtiriladi, baxilla kiyiladi).

OITS infeksiyasi bo'lgan ayollarda tug'uruq qabul qilish, ularni tug'uruqdan so'nggi parvarishini ta'minlash maxsus tug'uruq bo'limlarida o'tkazilib, shu yerdan uyga jo'natiladi. Ularda muolajalar bir marta qo'llaniladigan asboblal bilan o'tkaziladi. OITS bilan infeksiyalangan ayollar va chaqaloqlarning parvarishini bajarayotgan xodimlar shaxsiy xavfsizlik choralarini ko'rishlari zarur (qo'lqoplar bilan ishlash). Xodimlar qo'llari shikastlanganda qo'llariga 70 %li spirt, 5 %li yodning spirtli eritmasi bilan ishlov beriladi va tibbiyot leykoplasteri yopishtirib qo'yiladi.



## AKUSHERLIK PATOLOGIYASI- NING ASOSIY TURLARI. EKSTRAGENITAL KASALLIKLAR

### 9.1. Homiladorlik patologiyasi turlari

Homiladorlik normal kechganda homilador ayol o'zini yaxshi his qiladi, ruhiyati va jismida xatti-harakatlarida o'zgarishlar kuza-tilmaydi. Ammo homilador ayol organizmi kasallanishi natijasida patologik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu holat normal ishlayotgan a'zolar funksiyasining buzilishiga olib keladi va homiladorlik patologiyasi deb nomlanadi.

**Homiladorlik toksikozlari.** Homiladorlik patologiyasi orasida eng ko'p uchraydigan holdir. Bu jarayon homiladorlik vaqtida yuzaga keladi. U homila tuxumi rivojlanishi bilan bog'liq.

**Erta va kechki toksikoz** (boshi qorong'ilik)lar bo'lib, bir-biridan biroz bo'lsa-da farq qiladi. Erta toksikoz homiladorlik boshlanishi bilan yuzaga chiqib, 11—12, ba'zan 16 haftagacha davom etadi. Kechki toksikozlar homiladorlikning II yarmida kuzatiladi, ba'zida tug'uruqqacha cho'zilishi mumkin.

*Erta toksikozda* homilador ayolda so'lak oqishi, ko'ngil aynishi mumkin. Ba'zan dermatozlar, bronxial astma holatlari uchraydi. So'lak oqishi yakka holda, ba'zan homilador ayolni qayd qilishi bilan birga kechadi. So'lak oqishi og'iz burchaklarini bichilishiga sabab bo'ladi. Bu holat organizmni suvsizlantiradi. Homilador ayol asabiylashadi. Davolashda homilador ayolga og'iz bo'shlig'ini moychechak, shalfey, eman po'stlog'i damlamasi bilan chayish tavsiya etiladi. Kuchli suvsizlanishda 5 % li glukoza eritmasi, Ringer-Lokk eritmasi vena ichiga yuboriladi. Og'iz burchaklariga Lassar moyi surish tavsiya etiladi. Bunday davolash usullari yordam bermaganda 7—10 kun mobaynida atropinoterapiya kursi o'tkaziladi. Ko'ngil aynishi ko'pincha qusish bilan yakunlanadi.

Homiladorda qusish uch darajada namoyon bo'ladi:

I d a r a j a qusishning yengil turi bo'lib, homilador ayol kun mobaynida 5 martagacha qayd qiladi, ammo uning holati qoniqarli bo'ladi. Ayolga iste'mol qilayotgan ovqati yoqmaganda yoki yoqimsiz hidlar dimog'iga urilganda u qayd qilishi mumkin. Ayolning tana og'irligi 2—3 kg ga kamayadi, Q/B va puls me'yorida bo'ladi. Laboratoriya tekshiruvlarida o'zgarishlar sezilmaydi.

II d a r a j a qusishning o'rtacha og'ir turi hisoblanadi. Bunda homilador ayol 6—10 martagacha qusib, tana og'irligining 3 kg dan ko'prog'ini yo'qotadi, Q/B pasayib, puls kamayadi. Siydikda aseton paydo bo'ladi.

III d a r a j a qusishning og'ir turiga kiradi. Homilador ayol bir kecha-kunduzda 20—25 martagacha qayd qiladi. Bu holat ovqatlanishga bog'liq bo'lmasdan, arzimas harakatlar ham qusish refleksini chaqiradi. Ayol suv ham icha olmaganligidan keskin suvsizlanadi. Teri qoplamlari, shilliq pardalari quruqlashadi, tana harorati 38°C gacha ko'tariladi. Puls tezlashgan, Q/B pasaygan, diurez kamaygan holatda bo'ladi. Siydikda oqsil va aseton paydo bo'lib, suv—tuz balansi buziladi.

I darajali qusishda davolashni uy sharoitida olib borish ham mumkin. Buning uchun ovqatlanish bir me'yorda bo'lishi, MNSga ta'sir etuvchi davolash-muhofazalash tartibi olib boriladi. Ovqat homilador ayol xohishiga ko'ra, kam miqdorda tayyorlanadi. Ovqatni sovuq holatda, yotib iste'mol qilish tavsiya etiladi. Homilador ayol ko'proq dam olishi, uyqusi uzoqroq bo'lishi foydali.

II—III darajali qusayotgan ayol statsionar sharoitida davolanadi. Davolashda MNSga elektr-uyqu yoki elektr-analgeziya bilan ta'sir etiladi. Bu bemor yotgan xonaga boshqa bemor qo'yilmaydi. Xona yaxshi shamollatilishi, yoqimsiz hidlar bo'lmasligi shart. Homilador ayol terisi, og'iz bo'shlig'i toza bo'lishi, uning ichki kiyimlari tez-tez almashtirilishi zarur.

Organizm suvsizlanishining oldini olish uchun infuzion terapiya qo'llaniladi: 5—7 kun davomida homilador ayolga 1000—1500 ml Ringer-Lokk eritmasi 5 %li 3—5 ml askorbin kislota eritmasi bilan, 5 %li glukoz eritmasi (4 g glukozaga 1 TB insulin bilan) yuboriladi. Qusish markazini tormozlantirish uchun serukal, torekan, droperidol kabi dori vositalari buyuriladi. Bir vaqtning o'zida B guruh vitaminlar, antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil, diazolin) ham beriladi. Qusishning og'ir turida bemorlarga tezkor terapiya bilan birgalikda oziqlantiruvchi huqnalar buyuriladi.

*Homiladorlik kechki toksikozlari* butun gestozlarning 2—14 % ini tashkil etib, odatda, somatik kasalliklar bilan xastalangan ayollarda uchraydi. Gestozlarning quyidagi turlari aniqlangan:

- homiladorlar shishi — istisqo;
- nefropatiya;
- preeklampsiya;
- eklampsiya.

Olib borilayotgan ko'plab ilmiy izlanishlarga qaramasdan

kechki toksikozlar etiologiyasi yaxshi o'rganilmagan. Biroq shu narsa aniqki, bu homiladorlik bilan bog'liq va qaysidir kasallik bilan og'rigan ayollarda paydo bo'ladi.

Kechki toksikozning 4 shakli bir-biri bilan o'zaro bog'liq bo'lib, kech aniqlangan yoki davolanmaganda bir-biriga o'tib boraveradi.

**Homiladorlar shishi.** Bunda homilador ayol oyoqlarida shish paydo bo'lib, tana vazni me'yoridan ortiq og'irlashadi. Shishlar ba'zan yashirin bo'lishi ham mumkin. Homilador ayollarda kechki toksikozlarni o'z vaqtida aniqlash uchun ayollar maslahatxonasida quyidagi tekshiruvlar o'tkazilishi shart:

- har ikki qo'lda Q/B ni o'lchash;
- tana vaznini tortish;
- shishlarni tekshirish;
- siydik tahlilini o'tkazish.

Kasallik kech aniqlanganda shishlar qorin devori va tananing yuqori qismlariga, hattoki yuzgacha tarqalishi mumkin.

**Nefropatiya**—kechki toksikozlarning 60 %li tashkil etib, og'irlik darajasi 3 ko'rinishda namoyon bo'ladi:

I d a r a j a — oyoqning pastki qismlarida shish, siydikda kam miqdorda oqsil paydo bo'lishi, Q/B ning 150/90 mm simob ustunigacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi.

II d a r a j a — shishlar oyoqning yuqori qismlari, qorinning old devorigacha tarqalgan bo'lib, siydikdagi oqsil miqdori 3 g/l gacha yetadi, Q/B ko'tarilib, 170/100 mm simob ustunigacha yetadi. Ko'z tubida o'zgarishlar seziladi;

III daraja—nefropatiyaning bu darajasi og'ir holat bo'lib, shish yuzlargacha tarqaladi, siydikdagi oqsil miqdori 3 g/l dan ortadi, Q/B 170/100 mm simob ustunidan oshgan, ko'z tubida qon quyilish belgilari seziladi.

**Preeklampsiya** — nefropatiyaning og'ir darajasidan so'ng yuzaga chiqadi. Bemorda shish paydo bo'ladi, Q/B oshadi, siydikda oqsil paydo bo'lib, qo'shimcha kasalliklar yuzaga keladi. Bemor to'xtovsiz bosh og'rig'i, to'sh orqasida og'riq, ko'rish faoliyati buzilishidan shikoyat qiladi. Bu holat uzoq davom etmasdan, yanada og'irroq asoratlar yuz berishi mumkin.

**Eklampsiya** — homiladorlik gestozlarining kamroq uchraydigan og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Bu patologiya homiladorlik vaqtdan tashqari tug'uruq va ilk chilla davrida ham yuz berishi mumkin. Eklampsiya xuruji yuz tortishuvlaridan boshlanib, qisqa tonik va 2 minutgacha davom etuvchi klonik talvasalar bilan

kuzatiladi. Bu vaqtda nafas olish yuzaki bo'ladi, sianoz, og'izdan ko'pik aralash so'lak ajralishi, bemor hushidan ketishi mumkin. So'ngra nafas chuqurlashib, tiklanadi, lekin bemor uzoq vaqtga hushini yo'qotadi. Xuruj vaqtida bemorni o'limga olib keluvchi miyaga qon quyilishi holatlari sodir bo'lishi mumkin.

**Davolash.** Homilador ayoldagi shishni davolashda parhez muhim o'rin tutadi. Tuzni kam iste'mol qilish, sutli parhezlar shishni kamaytiradi. Bemorga siydik haydovchi vositalar buyuriladi.

Bemor shishning og'ir darajasiga duchor bo'lganda, davolash shifoxonada amalga oshiriladi. Bunday bemorlarga maxsus kun tartibi tavsiya etiladi. Sedativ va antigistamin preparatlar, diuretiklar buyuriladi. Og'ir hollarda infuzionoterapiya, vitaminoterapiya buyuriladi.

Hozirgi paytda bachadon — yo'ldosh qon aylanishini yaxshilash maqsadida giperbarik oksigenatsiya bilan davolash (yuqori bosim ostida kislorod berish) tavsiya etilmoqda.

**Eklampsiya xurujida tezkor yordam berish uchun:**

- bemor tilini tishlashining oldini olish;
- qusuq massalari bilan asfiksiyanishning oldini olish kerak.

**Jihozlar:** karavot yoki stol, til tutqich, og'iz kergich, salfetka.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— bemor qattiq yerga (karavot, kushetka, stol), tepaga qaratib yotqiziladi;

— bemorning boshi yon tomonga buriladi;

— salfetka yordamida barmoqlar tish yo'q joygacha kiritiladi, og'zini ochib undan qusuq qoldiqlari tozalanadi;

— og'iz kergich tishlar orasiga kiritiladi;

— til tutgich bilan tilning 1/3 qismidan ushlab, til tortib chiqariladi;

— til tutgich kiyimga to'g'nag'ich bilan mahkamlanadi;

— tezda shifokor chaqiriladi;

— dori yuborish uchun sistema tayyorlanadi.

Ekslampsiya davrida o'pkani sun'iy nafas oldirish bilan birgalikda infuzionoterapiya qo'shib olib boriladi. Seduksen, droperidol yoki pi polfen hamdamagniy sulfat tomir ichigayuboriladi, gi potoniya boshqarilib turiladi. Ayni vaqtda bemorning qon bosimi va diurez nazorat qilinishi kerak. Bemorning umumiy holatini kuzatib borish bilan birga, homilaning ahvoli va tug'uruq yo'llarining tayyorgarligini tekshirib borish tug'ishni jadal davolashning asosiy turlaridan biri hisoblanadi.

**Kechki gestoz bo'lgan homiladorlar alohida parvarish qilinadi.**



Ularning ovqatlanishi, qon bosimi, bir kunlik diurezi, siydikdagi oqsil miqdori muntazam kuzatib boriladi. Xonalar biroz qorong'ilashtirilgan va bemor yaxshi dam olishi uchun tinch sharoit yaratiladi.

Eklampsiya xuruji davrida har soatdagi diurez, yuborilayotgan suyuqlik miqdorini aniqlab turish, oqliklarni o'z vaqtida almash-tirish, xuruj vaqtida qon bosimining nazorati, dori moddalarini o'z vaqtida yuborish, bemorning ahvolini yaxshilashga xizmat qiladi. To'g'ri olib borilgan parvarish bemordagi tug'uruqning yaxshi o'tib, go'dak normal dunyoga kelishiga yordam beradi.

Kechki toksikozning oldini olish poliklinika akusher-gine-kologiya bo'limi vazifasiga kiradi. Homiladorlikdagi patologiyalarni o'z vaqtida aniqlash, davolash va zudlik bilan shifoxonaga yuborish ular vazifalarining muhim yo'nalishlari hisoblanadi.

## 9.2. Homiladorlik vaqtida qon ketishi

Qon ketishi homiladorlikning I davrida ham, II davrida ham kuzatilishi mumkin.

Homiladorlikning I davridagi qon ketishi homilaning turli sabablarga ko'ra tushib qolishi yoki homiladorlikning bachadondan tashqari o'tishi sababli yuzaga kelishi mumkin.

**Homila tushishi yoki abort.** Homiladorlikning 28 haftasigacha ona qornidagi homila hayot faoliyatining to'xtatishi o'z-o'zidan homila tushishi hisoblanadi. Psixogen omillar, infeksiya, endokrin patologiya, immun buzilishlar, bachadon rivojlanishi nuqsonlari homila tushishiga sabab bo'ladi. Bu holat bir necha bosqichga bo'lib o'rganiladi:

1. Xavf soluvchi abort. Bunda homila tuxumi bachadonga yopishgan bo'lib, bachadonning kuchli qisqarishlari qorin pastida og'riq paydo qiladi, qon ketishi kuzatilmaydi. Bu bosqichda ayol shifoxonaga yo'llanib, homilani saqlab qolishga harakat qilinadi. Ayolga qat'iy yotoq rejimi, parhez, bachadon qisqarishini bartaraf etuvchi (turenal, progesteron) vositalar buyuriladi.

2. Boshlangan abort. Bu davrda og'riq kuchayib, dardsimon xarakterga ega bo'ladi, qon ketishi kuzatilmagligi mumkin. Homilani saqlab qolishga harakat qilinadi.

3. Yo'ldagi yoki jadallashgan abort — homila tuxumi bachadon devoridan ko'chib, pastga tusha boshlaydi. Kuchli qon ketishi kuzatiladi.

4. Chala abort. Homila tuxumining bir qismi bachadondan

ko'chib tushib, bir qismi bachadon bo'shlig'ida qoladi.

5. To'liq abort — kamdan kam uchraydi, bachadon bo'shlig'idan homila qismlari to'liq ko'chib tushadi.

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishining yana bir sababi bachadondan tashqaridagi homiladorlik hisoblanadi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlik ko'pincha bachadon naylarida sodir bo'ladi. (Ba'zida tuxumdon, qorin bo'shlig'ida ham yuz berishi mumkin.) Bachadon naylarida homila qoldiqlari turib qolsa-da, ma'lum muddatgacha sezilmaydi. Homila tuxumi nay devoridan ko'cha boshlagach, ayol to'g'ri ichak tomonga tarqaluvchi qorin pastidagi og'riqlardan shikoyat qiladi. Jinsiy yo'llaridan to'q rangli qon laxtalari kela boshlaydi. Og'riq xurujlari takrorlanib turadi. Ayol ko'zdan kechirilganda bachadon homiladorlik muddatiga nomutanosib tarzda kattalashgan bo'ladi, bir tomonlama bachadon ortiqlari kattalashib, orqa gumbaz paypaslanganda og'riq seziladi.

**Bachadon nayi yorilishida** bemorga tashxis qo'yish qiyinlik tug'dirmaydi. Hayz sikli to'xtab, ayol mutlaqo sog'lom bo'lgani holda to'satdan (o'ng yoki chap) qorning pastki qismida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Og'riqlarga ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanishi, hushdan ketish kabi og'ir belgilar qo'shiladi. To'g'ri ichak, yelka, kurak va belda ham og'riqlar seziladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri shilliq pardalari oqargan, taxikardiya, puls maromi kuchsiz, i psimon, Q/B pasaygan, qorin shishgan bo'ladi. Qin orqali ko'rilganda orqa gumbaz shishgan, bachadon yengil harakatlanadi. Tashxisni tasdiqlash uchun orqa gumbaz punksiya qilinganda shprisda to'q rangli qonni ko'rish mumkin.

Bachadondan tashqari homiladorlik tashxisi qo'yilishi bilan bemor jarrohlik stoliga olinadi. Operatsiyadan oldin bemorning qon guruhi, rezus omili aniqlanadi. Operatsiyadan so'ng ham ayol alohida parvarishga muhtoj bo'ladi. Hamshira bemorning umumiy holatidan xabardor bo'lishi, harorati, tomir urishi va Q/B ni o'lchashi, ajralmalarni kuzatishi, siydik ajralishi va ich kelishini nazorat qilishi lozim. Bundan tashqari operatsiya jarohatini o'z vaqtida bog'lash, ovqatlantirish, oqliklarni almashtirish, chok iplarini olishda yordam berishi shart. Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarining oldini olish, abortlarga qarshi kurashish, bachadon nayi homiladorligidan saqlaydigan chora-tadbirlardir.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketish sabablari:

1) homiladorlikning o'z-o'zidan to'xtashi (bola tushishi, chala tug'ish);

2) normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi;

3) platsentaning markazda joylashuvi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida o'z-o'zidan bo'ladigan abort tufayli qon ketish klinikasi ham birinchi davrdagi qon ketish belgilari kabi bo'ladi va davolashda bir xil sxemadan foydalaniladi.

**Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi.**

Organizmدا ko'p suv to'planishi, ketma-ket homiladorlik, yirik homila, qorin jarohatlanishi, endometriydagi o'zgarishlar, kindikning kalta bo'lishi natijasida ham homila yo'ldoshi vaqtidan oldin ko'chishi mumkin. Og'riq va qon ketishi — patologiyaning asosiy belgisi hisoblanadi. Og'riq ba'zan kuchsiz, ba'zan esa umumiy ahvolni og'irlashtiruvchi darajada kuchli bo'ladi. Platsenta qirralaridan ko'chsa, tashqi qon ketishi kuzatiladi. Platsenta markazdan ko'chgan vaqtda yo'ldosh va bachadon o'rtasida retroplatsentar gematoma hosil bo'ladi, tashqariga qon ketishi kuzatilmaydi. Har ikkala holda ham yo'ldosh bilan bachadon devori o'rtasida bo'shliq paydo bo'lib, homilada gipoksiya belgilari aniqlanadi. Normal joylashgan platsenta vaqtidan oldin ko'cha boshlaganda, iloji boricha tug'uruqni tezlashtirish zarur. Yo'ldosh ko'chishini to'xtatishning asosiy yo'li bachadonni homiladan xalos qilish hisoblanadi. Tug'uruq kesercha kesish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Tug'uruq yo'llari tayyor bo'lganda tabiiy tug'uruq yo'llari orqali qisqich qo'yish, vakuum-ekstraktor qo'yish yo'li bilan tug'uruq yakunlanadi.

**Platsentaning markazda joylashuvi.** Platsentaning bachadon pastki segmentida joylashuvi platsentaning *oldinda yotishi* deyiladi. Agar platsenta bachadon bo'yni ichki teshigini berkitadigan bo'lsa, *markazda joylashuv* deb hisoblanadi. Bu holat endometriydagi o'zgarishlar natijasida homila tuxumi bachadon tubida emas, balki segmentda joylashishidan kelib chiqadi.

Platsenta oldinda yotganda tug'uruq boshlanishi bilan qon ketishi kuchaya boshlaydi. Bu holat bachadon bo'yni ochilishi, platsentaning bachadondan jadal ko'chishiga bog'liq. Platsenta to'liq oldinda yotganda qon ketish juda kuchli bo'lib, homila gipoksiyasini tezda keltirib chiqaradi. Platsenta oldinda yotgan hollarda homila garchi platsenta qirrasini bilan markazda joylashsa ham xavfliligi jihatdan yuqori guruhga kiritiladi. Bu patologiyani o'z vaqtida aniqlashda tashxislashning zamonaviy usullaridan foydalaniladi. Patologiya aniqlanganda tug'uruqni amalga oshirish, asosan, kesercha kesish yo'li bilan bajariladi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlashda unga qat'iy yotoq tartibi buyurilib, uning qon guruhi, rezus omili aniqlanadi. Bemorga huqna qo'yilib, siydik qopi kateter yordamida bo'shatiladi. Operatsiyadan keyin ham bemorning umumiy ahvoli qat'iy nazorat ostiga olinadi. Yotoq rejimi buyurilgan bemorlar oqliklarini almashtirish, kerak bo'lsa, siydik qopini kateterlash, gaz chiqaruvchi naycha qo'yish muolajalari buyuriladi.

**Siydik qopini kateterlash (37- rasm).**

**Jihozlar:** steril kateter, salfetka, buyraksimon likopcha, qo'lqop, taglik, kleyonka, shariklar, glitserin, dez.eritmalar.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga muolajaning zarurligi tushuntiriladi;
- bel va son ostiga kleyonka va taglik-choyshab solinadi;



37- rasm. Siydik qopini kateterlash.

- qo'llarni yuvib, qo'lqop kiyiladi;
- chap qo'lning 1 va 2- barmoqlari bilan katta va kichik jinsiy lablar kerib ochiladi;
- dez.eritma bilan namlangan salftkada jinsiy lablar va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi artiladi;
- qin va anal teshik steril sharcha bilan berkitiladi;
- qo'lqoplar almashtiriladi;
- o'ng qo'lning 1 va 2- barmoqlari bilan kateterni ushlab, 4 va 5- barmoq bilan kateterning erkin burchagi ushlanadi;
- kateterning toraygan uchiga glitserin surtiladi;
- chap qo'lning birinchi va ikkinchi barmoqlari bilan kichik jinsiy lablar kerib ochiladi;
- siydik chiqarish kanali teshigidan kateter 3—5 sm ga kiritiladi;
- siydik steril likopchaga quyiladi;
- kateter olinib, uni 3 % li xloramin eritmasiga solinadi;
- qo'lqop yechilib, qo'llar yuviladi;
- kerak bo'lganda, siydik yig'ilib, laboratoriyaga yuboriladi.

#### **Tuvak tutish.**

Hamshira og'ir yotgan bemorlarga tuvak tutish qoidalarini bilishi kerak.

**Jihozlar:** tuvak, qo'lqop, kornsang, paxta sharchalar, dez-eritmalar.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- bemorga muolaja zarurligi tushuntiriladi;
- qo'llarni yuvib, qo'lqop kiyiladi;
- dumba-bel ostiga kleyonka to'shaladi;
- bemor yon tomonidan oraliqqa tuvak teshigi to'g'ri keladigan qilib, tuvak kiritiladi;
- ich kelgandan so'ng bemorni sekin yonga surib, tuvak olinadi;
- jinsiy a'zolar va tashqi chiqaruv teshigi dezeritmaga namlangan salftka bilan artiladi, kleyonkani artib, yig'ishtiriladi;
- toza taglik to'shaladi;
- tuvak ichiga xlorli eritma solib, unitazga to'kiladi;
- tuvak bir soat 3 %li xloramin eritmasiga solib qo'yiladi;
- chayib quritiladi;
- qo'lqop yechib, qo'l yuviladi.

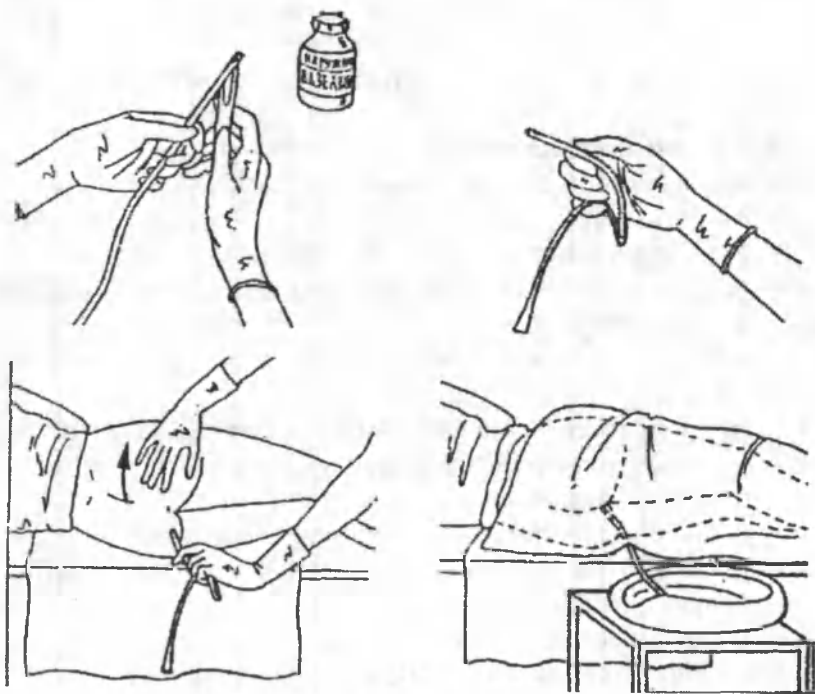
#### **Gaz chiqaruvchi naycha qo'yish.**

Hamshira tashqi chiqaruv teshigiga naycha qo'yishni bilishi kerak.

**Jihozlar:** steril gaz chiqaruvchi naycha, shpatel, vazelin, qo'lqop, tuvak, kleyonka.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga muolaja zarurligi tushuntiriladi;
- qo'llarga qo'lqop kiyib, bemor tagiga kleyonka-taglik solinadi va yonboshi bilan yotqiziladi;
- tuvakka ozroq suv solib, bemor yoniga qo'yiladi;
- nayning dumaloq tomoniga shpatel yordamida vazelin surtiladi;
- chap qo'lning 1 va 2- barmog'i bilan dumbalar ochib, o'ng qo'l yordamida nay anal teshigiga 20—30 sm kiritiladi (oldin kindik, so'ng umurtqaga yo'naltiriladi);
- nayning uchi tuvak ichidagi suvga tushuriladi;
- nay bir soatdan keyin olinib, 3 %li xloramin eritmasiga 1 soat davomida solib qo'yiladi;
- anal teshik sharcha yoki salfetka bilan quriguncha artiladi;
- qo'lqop yechilib, qo'llar yuviladi.



38- rasm. Gaz chiqaruvchi naycha qo'yish.

### **Oqliklarni almashtirish.**

Hamshira yotoq tartibi buyurilgan bemorlarning oqliklarini almashtirishni bilishi lozim.

**Jihozlar:** toza oqliklar, qo'lqop.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga muolaja zarurligi tushuntiriladi;
- qo'llarga qo'lqop kiyiladi;
- toza choyshab ko'ndalang yo'nalishda bint kabi o'raladi;
- bemor tanasi yuqori qismini sekin ko'tarib, yostiq olinadi va jildi almashtiriladi;
- iflos choyshab bosh tomondan belgacha o'rab kelinib, o'rniga toza choyshab solinadi;
- toza choyshabga yostiq qo'yilib, bemor boshi tushiriladi;



39- rasm. Oqlikni almashtirish.

- bemor oyog‘i va belini ko‘tarib, kir choyshab olinadi va toza choyshab solinadi;
- bemor oyog‘i va beli tushiriladi;
- toza choyshab chetlari to‘shak ostiga kiritiladi;
- kir choyshab va yostiq jildlari xaltaga joylanadi;
- qo‘lqop yechilib, qo‘llar yuviladi.

### **Operatsiyadan keyingi jarohatdagi bog‘lamlarni almashtirish.**

**Jihozlar:** qo‘lqop, steril bog‘lov materiali, pinset, kornsang, qaychi, buyraksimon likopcha, kleyonka, leykoplastir, natriy xlorning izotonik eritmasi.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- bemorga muolaja zarurligi tushuntiriladi;
- qo‘llarga qo‘lqop kiyiladi;
- eski bog‘lam chetidan sekin ko‘chiriladi (kerak bo‘lsa kuchsiz kaliy permanganat eritmasida namlanadi);
- bog‘lam buyraksimon likopchaga tashlanib, qo‘lqop almashtiriladi;
- jarohat yuzasi quritilib, yod eritmasida artiladi;
- jarohat yuzasi steril doka bilan yopilib, leykoplastir bilan mahkamlanadi;
- ishlatilgan salfetka buyraksimon likopchaga solinadi;
- qo‘lqop yechilib, qo‘l yuviladi.

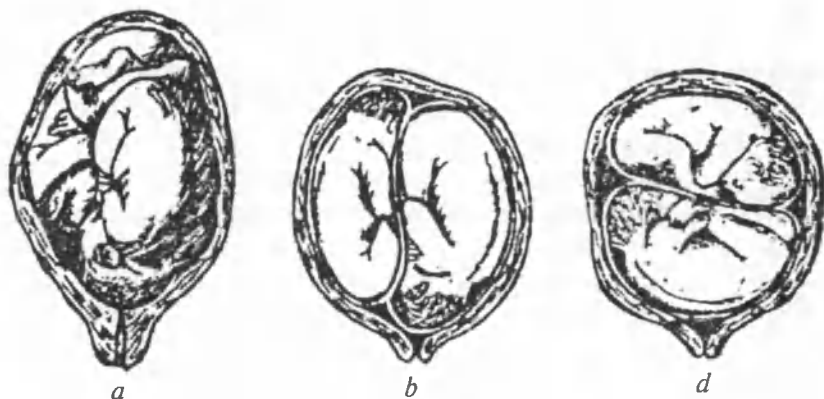
## **9.3. Ko‘p homilali homiladorlik**

Ko‘p homilali homiladorlik bu bachadon bo‘shlig‘ida bir vaqtning o‘zida ikki yoki undan ko‘p homilaning rivojlanishidir (10- ilova). Bir vaqtning o‘zida yetilgan ikki yoki undan ko‘p tuxum hujayralarining urug‘lanishi yoki bitta urug‘langan tuxum hujayradan ikki yoki undan ko‘p embrion rivojlanishidan egiz homiladorlik hosil bo‘ladi. Birinchi holda ikki tuxumli egizaklar, ikkinchi holda bir tuxumli egizaklar rivojlanadi. Bu holat yoshi kattaroq ayollarda ko‘proq uchraydi. So‘nggi yillarda ovulatsiyani kuchaytiruvchi preparatlar va sun‘iy urug‘lantirish ko‘paygani uchun egiz homiladorlik ko‘p uchramaydi.

Egiz homilada ayollar tez charchash, nafas siqishi, ich qotishi, tez-tez siydik ajratishdan shikoyat qiladilar. Homiladorlikda ko‘pincha og‘ir toksikozlar, ko‘p suvlik kabi holatlar yuzaga chiqadi, ba‘zan bu holatlar bola tushishiga olib keladi.

Homiladorlikka erta muddatlarda tashxis qo‘yish qiyinroq, lekin kechki muddatlarda UTT va homila EKG si tekshiruvlari aniq





**40- rasm. Kop homilali homiladorlik:**

*a* — ikkita homilaning boshi bilan oldinda joylashishi; *b* — bitta homilaning boshi bilan oldinda, ikkinchisining chanog'i bilan joylashishi; *d* — ikkita homilaning yon boshi bilan joylashishi.

tashxis qo'yadi. Tashqi akusherlik tekshirishlari paytida homilaning ikkita yirik qismi paypaslanadi, ikkita homilaning yurak urishi eshutiladi (yurak urishi maromi har xil).

Bunday homiladorlar alohida hisobga olinib, ba'zan homiladorlar patologiyasi bo'limiga yotqiziladi va muddatidan oldin tug'uruq boshlanishiga qarshi davolanadi.

Tug'uruq tabiiy tug'uruq yo'llari orqali amalga oshiriladi, lekin biror kasallik asorati natijasida qiyinchilik tug'ilgandagina kesercha kesish amaliyoti qo'llaniladi.

## **9.4. Ekstragenital kasalliklar**

### **9.4.1. Yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari va homiladorlik**

Qator hollarda ekstragenital patologiyalar: qon tomir sistemasi kasalligi homiladorlik paytida yuzaga chiqadi va kuzatiladi. Yurak-qon tomir sistemasi patologiyalari orasida yurak nuqsoni ko'proq uchrab, ular tug'ma va keyin paydo bo'lgan bo'lishi mumkin.

Sog'lom homiladorlarda ham fiziologik taxikardiya, yurak faoliyati o'zgarishlari bo'ladi. Agar ayolning yurak-qon tomir sistemasida nuqsoni bo'lsa, oshiqcha zo'riqish beradi.

Homilador ayolda revmatizm bo'lsa, yuqorida aytilgan zo'riqish namoyon bo'ladi. Bunday hollarda homiladorlikda abort xavfi,

gestoz yoki qon ketishi kabi kasallik uchrashi mumkin, bu bachadon — yo'ldosh qon aylanishi buzilishini va homila gipoksiyasi xavfini yuzaga chiqaradi. Ilk chilladavrida qon ketishi kuzatilishi mumkin. Ammo bu ko'proq o'pka shishishi va tromboemboliyalarga bog'liq. Ba'zan o'tkir yurak yetishmovchiligi pastki kovak vena siqilishi sindromi bilan namoyon bo'ladi.

**O'pka shishishi** o'tkir yurak yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Homiladorlikda to'satdan qo'zg'alish, nafas qisishi, o'lim talvasasi hissi paydo bo'ladi. Nafas va puls tezlashib, sianoz kuchayadi, og'izdan qon aralash ko'pikli suyuqlik keladi. Xirillash eshitilib turadi. Hushi o'zida bo'lib, qon bosimi o'zgarmaydi.

**O'pka shishida shoshilinch yordam ko'rsatish.**

Hamshira shifokor kelguniga qadar yordam ko'rsata olishni bilishi zarur.

**Jihozlar:** steril salfetka, qon bosimini o'lchash uchun asbob, kislorod — markazlashtirilgan sistema orqali yoki kislorod yostiqlikchasi, 5 % li glukoza eritmasi.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— bemor karavotda yarimo'tirgan holatga keltiriladi (boshni baland ko'tarish);

— Q/B o'lchanadi;

— tomir urishi sanaladi;

— spirtidan o'tkazilgan kislorod beriladi;

— steril salfetka bilan og'izdagi shilimshiq va ko'pik olib tashlanadi;

— 5 % li glukoza eritmasini sistema orqali quyish uchun tayyorlab, shifokor chaqiriladi;

— shifokor ko'rsatmasiga ko'ra dori preparatlari tayyorlanadi.

Homiladorda *trombembolik* asoratlar ichida o'pka arteriyasi trombemboliyasi ko'proq uchraydi. Bu kasallik bilan og'rigan bemorda to'satdan ko'krak qafasida og'riq, nafas qisishi, tananing yuqori qismlarida sianoz, taxikardiya, qon bosimi tushib ketishi, qon tupurish paydo bo'ladi.

**Trombemboliyada shoshilinch yordam ko'rsatish.**

Hamshira shifokor kelguniga qadar yordam ko'rsata olishni bilishi lozim.

**Jihozlar:** kislorod moslamasi va dori moddalari.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— qat'iy yotoq rejimini joriy etish;

— namlangan kislorod berish;

— shoshilinch ravishda shifokor chaqirish;

— 5 %li glukoza eritmasini sistema orqali quyish uchun tayyorlash;

— shifokor ko'rsatmasiga ko'ra kerakli dori moddalarini tayyorlash.

Homiladorlikda o'tkir **tomir yetishmovchiligi — kollaps**, ayniqsa, gipotoniya turidagi yurak nuqsonlarida, homilador, tug'ayotgan va tug'gan ayollarda uchraydi. Bemordagi og'riq, qon yo'qotish, intoksikatsiya, ruhiy ta'sirlar, allergik holatlar, o'tkir tomir yetishmovchiligi holatini yuzaga chiqaradi. Kollapsda bemorning teri qoplamlari oqarib, jiqqa terga botadi. Qon bosimi tushib ketadi. Nafas olishi tezlashib, puls ipsimon holatda bo'ladi.

**O'tkir tomir yetishmovchiligida shoshilinch yordam.**

Hamshira shifokor kelguniga qadar shoshilinch yordam ko'rsatishni bilishi lozim.

**Jihozlar:** kislorod, qon bosimini o'lchash uchun asbob, sistema, 5 %li glukoza.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- homilador tepaga qaratib yotqiziladi;
- toza havo kelishini ta'minlash uchun deraza ochiladi;
- namlangan kislorod beriladi;
- qon bosimi o'lchanadi, tomir urishi aniqlanadi;
- zudlik bilan shifokor chaqiriladi;
- vena ichiga dori yuborish uchun sistema tayyorlanadi;
- sistemani 5 %li glukoza eritmasi bilan to'ldiriladi;
- shifokor ko'rsatmasiga ko'ra dori tayyorlanadi va yuboriladi.

O'tkir tomir yetishmovchiligini aniqlash uchun pastki kovak vena sindromining belgilarini bilish kerak. Bu sindrom homiladorlikning II davrida kuzatilib, homilador ayol orqasi bilan yotganda, ayniqsa, qattiq o'rinda, kattalashgan bachadon pastki kovak vena tomirlarini bosib qo'yishdan kelib chiqadi. Homilador hushini yo'qotishi, tomir urishi tezlashishi, qon bosimining tushib ketishi kuzatiladi. Bemor chap yonga yotqizilsa yoki qoringa aylantirilsa, ayol ahvoli tezda yaxshilanadi.

#### 9.4.2. Buyrak kasalliklari

Buyrak kasalliklari homiladorlik ichida ko'p uchraydigan patologiya bo'lib, ayollar orasida keng tarqalgan. Bu kasallik homilador ayollarning 0,5—8 % ida uchraydi.

Kasallik tarqatuvchi mikroorganizmlar — ichak tayoqchalari, enterokokk, klebsiyella, stafilokokk, streptokokk va boshqalar,

asosan, gemotogen yoʻl orqali, baʼzan siydik yoʻllari orqali buyrakka tarqaladi. Uni aniqlashda laboratoriya tekshiruvlari natijalari — piuriya, bakteriuriya, qonda leykositoz va xromotsistoskopiya koʻrsatkichlari katta yordam beradi. Ayrim tekshirishlar (Nechiporenko yoki Kakovskiy-Addis usuli) — gematuriya, bakteriuriya borligini koʻrsatadi, ammo kasallik koʻp yillar simptomsiz oʻtishi mumkin. Kasallik belgilarining qayta namoyon boʻlishi ayol hayotining gormonal rivojlanish davrlari bilan uzviy bogʻliq. Bular — balogʻatga yetish davri, turmush qurish, homiladorlik va tugʻuruj jarayonlari hisoblanadi. Piyelonefritda buyrak jomlari va kanalchalari yalligʻlanib, patologik jarayon buyrakning intersitsial toʻqimalarida rivojlanadi va uning sklerozlanishi bilan tugaydi. Buyrak kanallarining qisilishi tufayli buyrakning konsentratsion faoliyati buziladi, natijada gipostenuriya rivojlanadi. Siydikning nisbiy zichligi 1015 dan kam boʻlib, nefron konsentratsion funksiyasining pasayishidan dalolat beradi. Bunday hollarda qon tarkibidagi mochevina, kreatinin yoki azot qoldiqlarini aniqlash zarur, lekin vena ichidan kontrast modda yuborib, urografiya qilish homiladorlarga mumkin emas. Surunkali piyelonefrit uzoq davom etsa, nefrogen gipertenziyaga olib keladi, shuning uchun koʻz tubi tekshirilib, EKG qilish kerak boʻladi. Homiladorlik piyelonefrit kechishini ogʻirlashtiradi. Har uch homiladorlikdan birida piyelonefrit bir, ikki, hatto uch martagacha qoʻzgʻalib turadi. Oʻz navbatida piyelonefrit homiladorlikning kechishiga va homilaga salbiy taʼsir qiladi. Jumladan, kech toksikozlar, chala tugʻish, kasallikning homilaga yuqishi, homila gipotrofiyasi bu kasallik bilan ogʻrigan homiladorlarda tez-tez uchrab turadi. Perinatal oʻlim 30 % ga yetadi, chilla davrida septik kasallik koʻpayadi. Piyelonefrit kasaliga duchor boʻlganlar xavfli guruhga kiritiladi. 1- darajali xavfli guruhga homiladorlik paytida birinchi marta piyelonefrit bilan ogʻrigan bemorlar, 2- darajali xavfli guruhga homiladorlikdan oldin kasallangan surunkali piyelonefrit boʻlgan bemorlar va 3- darajali xavfli guruhga—yakka buyrakli homiladorlar, piyelonefrit boʻlgan yoki piyelonefrit gipertenziya va azotemiya bilan asoratlangan bemorlar kiradi. 1 va 2 darajali xavfi boʻlgan bemorlarga homilador boʻlish ruxsat etiladi, ular poliklinika akusher-ginekologiya boʻlimida dispanser hisobida turib, har ikki haftada, homiladorlikning 22—28- haftasidan boshlab esa har haftada bir marta siydigi laboratoriyada tekshiriladi. 3- darajali xavfga oid kasallarga esa homiladorlik mumkin emas. Bunday

ayollarning salomatligi homiladorlik vaqtida keskin yomonlashadi, kamdan kam hollarda bolani tirik olishga muvaffaq bo'linadi yoki homilani saqlab qolishga erishish muvaffaqiyat keltirmaydi. Yakka buyrakli homiladorlar piyelonefriti ba'zan jarrohlik aralashuvini (nefrektomiya) taqozo qilsa-da, amalda buni bajarib bo'lmaydi, shuning uchun ayol o'limga mahkum bo'lib qoladi. Piyelonefriti bo'lgan homiladorlar kasallik qo'ziganida, kech toksikozlar (gestozlar) belgilari paydo bo'lganda yoki homila gipoksiyasi hamda gipotrofiyasi rivojlanganda kasalxonaga yotqizilishi kerak. Bu bemor ayollarni tabiiy tug'uruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiqdir. Piyelonefritni davolashda—gestoz bo'lmasa, maxsus parhez va osh tuzi iste'mol qilishni chegaralash talab qilinmaydi. Jarayon qo'zg'alganda esa ko'p miqdorda suyuqlik iste'mol qilish tavsiya etiladi. Piyelonefriti bo'lgan homiladorlarni albatta statsionar sharoitda davolash zarur. Davolash asosini antibakterial terapiya tashkil etadi. Buning uchun oksatsillin, ampitsillin, sefospolinlar, homiladorlikning 20 haftalik muddatidan keyin esa aminoglikozidlar qo'llanilishi mumkin; homiladorlikning ikkinchi uch oylik davridan boshlab 5-NOK, nevigramon, nitrofuranlar (furalgin, urosulfan) qo'llaniladi. Konservativ dori-darmonlar, buyrakni kateterlash yordam bermasa, urologlar buyrakni dekapsulatsiya yoki rezeksiya qilishni tavsiya etadilar. Piyelonefrit bo'lganda homiladorlikni to'xtatish kasallik kechishini yengillashtirmaydi.

O'tkir piyelonefritda organizmda intoksikatsiya rivojlanib, bemorning ahvoli og'irlashadi, to'satdan badan harorati ko'tarilib, belda qattiq og'riq, qusish, tez-tez siyish, gematuriya kabi belgilar kuzatiladi. Shuning uchun bemorga dezintoksikatsion dorilar (gemodez, reopoliglukin), oqsil preparatlari (protein, albumin), desensibilizatsiyalovchi (demidrol, suprastin, diprazin) va spazmolitik dorilar (baralgin, sistenal, papaverin) yuboriladi. Bulardan tashqari siydik haydaydigan vositalar (klukvadan tayyorlangan mors, toloknyanka, jo'xori popugi, qirqbo'g'in) ham tavsiya etiladi.

Tug'uruqdan keyin piyelonefrit, odatda, 6—12- kunlari qo'ziydi va ko'pincha septik kasallik rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Tug'uruqdan keyin tug'uruqxonadan javob berilgandan so'ng, ayol urolog nazorati ostida bo'ladi. Amalda shu narsa ma'lumki, homiladorlik paytida o'tkir piyelonefrit bilan og'rikan ayollarning 20—25 % da tug'uruqdan keyin surunkali piyelonefrit rivojlanadi.

### 9.4.3. Virusli gepatit

Virusli gepatit keng tarqalgan kasallik bo'lib, homiladorlik paytida, ayniqsa, og'ir o'tadi va xatarli hisoblanadi. Bunday homiladorlikning muhim asoratlaridan biri chala tug'ish va qon ketish hisoblanadi.

Yuqumli gepatitlar turida B gepatit ko'proq uchrab, alohida ahamiyatga egadir, u ayniqsa, og'ir o'tadi va ko'p hollarda o'tkir jigar yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik va tug'uruqning kechishi: ko'p hollarda chala tug'ish sariqlik davrining avj olgan paytida kuzatiladi, tug'uruqdan keyingi dastlabki soatlarda qon ketishi tez-tez uchrab turadi. Yuqumli gepatit homilaga ta'sir qiladi, gepatitning o'tkir davrida tug'ilgan bolalar ko'pincha gipoksiya holatida chala tug'iladi va ularda homila rivojlanishining orqada qolish sindromi kuzatiladi. Zardobli gepatit turida tug'uruq paytida ona qonida Avstraliya antigeni mavjud bo'lsa, bolaga yuqish xavfi ham bo'ladi. Zararlangan qog'onoq suvi bilan homila aspiratsiyasi yoki terisida jarohat bo'lib, teriga shimilsa, bola zararlanadi. Bola ona ko'kragi so'rg'ichlari yorilishi oqibatida ko'krak suti orqali ham zararlanishi mumkin.

**Davolash.** Bemorga yotoq rejimi buyuriladi, qonda bilirubin miqdori va aminotransferaz aktivligi kamayguncha parhezda saqlanadi va infuzion terapiya o'tkaziladi. Bemorning ovqati oqsil, uglevod va vitaminlarga boy bo'lishi kerak, dorilardan: glukoza, gemodez, albumin, seripar, essensiale, og'ir hollarda esa glukokortikoidlar qo'llanadi. Tug'uruq qabul qiluvchi akusher-ginekolog yuqumli gepatitni davolash usullaridan xabardor bo'lishi kerak. Biroq homilador ayolda sariqlik belgilari paydo bo'lsa yoki yuqumli gepatit gumon qilinsa, shifokor, asosan, quyidagi epidemiologik tadbirlarni bajarishi kerak: 1) kasalni alohida palataga ko'chrish; 2) idishlari va asboblarni (shpris va h. k.) ajratish; 3) yuqumli kasalliklar shifokorini konsultatsiyaga chaqirish; 4) laboratoriya kuzatuvlari o'tkazish va boshqalar.

Yuqumli gepatit tasdiqlanganda homilador, tug'gan ayol va tug'ilgan bola albatta maxsus statsionarga ko'chiriladi.

Yuqumli gepatit va uning asorati (jigar komasi, jigar sirrozi) ona va bola sog'lig'iga jiddiy xavf tug'dirishi mumkin, shuning uchun amaliy ravishda yordam ko'rsatuvchi shifokorning muhim vazifalaridan biri profilaktik tadbirlarni to'g'ri tashkil etish va bajarishdan iborat.

#### 9.4.4. Buqoq va homiladorlik

Homiladorlikdagi buqoq kasalligi akusherlikda hamda perinatal endokrinologiyada muhim muammo hisoblanadi. Ma'lumki homiladorlik qalqonsimon bez faoliyatini kuchayishi va tireoid gormonlarning ajrab chiqishi oshib borishi bilan birgalikda o'tadi. Tireoid gormonlar homila rivojlanib borgan sari platsenta orqali onadan homilaga, homiladan onaga o'tib turadi. Qalqonsimon bezning ona hamda bolada normal faoliyati homiladorlikning yaxshi kechishi va homilaning to'g'ri rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi.

Toksik diffuz buqoqda qalqonsimon bezning o'sishi (giperplaziya) natijasida kattalashib boradi. Faoliyati kuchayishi natijasida barcha a'zo va sistemalar faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi.

Toksik diffuz buqoq homiladorlikda 0,05 dan 8% gacha, ko'pincha, yosh ayollarda uchraydi. Homiladorlikda yurakning tez urishi, tajanglik, ko'p terlash, toliqish, uyquning buzilishi, baddanning qizishi, qo'l titrashi, ko'zning chaqchayishi, bezning turli darajada kattalashishi, pulsning minutiga 100 dan oshib ketishi bilan birga kechishi ko'pgina asoratlarga olib kelishi mumkin. Bularga erta bola tushish xavfi (6—8 hafta) ham qo'shiladi. Bunday xavf homila muddati kattalashganda ham kuzatilishi mumkin. Shuning uchun ham homilador muntazam akusherlik kuzatuvida bo'lishi kerak.

Ilk va chilla toksik buqoq kasalligiga chalinganlar homiladorlarning 40% ida uchraydi.

Tireotoksikoz bo'lgan ayollarda tug'uruq jarayonida ham asoratlar uchrashi mumkin. 10—20 % ayollarda vaqtdan oldin tug'ish kuzatiladi, yoki muddatida o'tayotgan tug'uruq shiddatli o'tishi mumkin. Diffuz buqoqda qon ivishining susayishi hamda shiddat bilan o'tadigan tug'uruq natijasida qon ketish xavfi kuzatiladi. Bunday homiladorlarda qon ketishining oldini olish choralari ko'rilishi kerak bo'lib, ular homiladorlik patologiyasi bo'limlarida kuzatiladi va davolanadi.

Diffuz buqog'i bo'lgan onadan tug'ilgan bolada markaziy asab va endokrin sistemalarning o'zgarishi kuzatiladi. Bularga gidrosefaliya, mikrocefaliya, Daun kasalligi, gipotireoz kiradi. Xulosa qilib aytganda, diffuz buqog'i bo'lgan ayol turg'un remissiya vaqtida homilador bo'lishi mumkin bo'lib, yengil shakllarda qalqonsimon bez faoliyatini normallashtirish maqsadida homiladorlik davrida davo choralari ko'riladi. O'rtacha og'ir shakllarda esa tezkor davo o'tkaziladi, natijasiz hollarda esa homila olib tashlanadi yoki operativ usul qo'llaniladi.

Homilador ayol shartli ravishda akusher, endokrinolog kuza-tuvida bo'lishi, tug'ilgan bola esa pediater, endokrinolog, nevropatolog kuzatuvida bo'lishi kerak.

### 9.5. Tug'uruqning asoratli kechishi

Ba'zan tug'uruq davomida tug'uruq holatiga salbiy ta'sir qiluvchi asoratlar kelib chiqadi. Bu asoratlarga homilaning noto'g'ri joylashishi yoki chanoq bilan kelishi kiradi (9- ilova).

Homilaning **chanoq bilan kelishida**, boshi bilan kelishiga nisbatan, perinatal o'lim 4—5 marta oshiqroq bo'lgani sababli, bu holat homilaning noto'g'ri kelishi deb yuritiladi. Bunda faqat dumba bilan kelish (faqat chanoq), aralash (chanoq va oyoqlar) hamda oyoq bilan kelish farqlanadi (41- rasm).

Homila chanoq'i bilan kelganda tashxis qo'yish oson. Bunda bachadon tubida homilaning harakatchan, dumaloq boshi, chanoqqa kirish tekisligida esa yumshoq qismi paypaslanib aniqlanadi. Homilaning yurak urishi kindikdan yuqorida eshutiladi. Qo'shimcha tekshirish usullari yordamida (UTT, EKG, FKG) aniq tashxis qo'yish mumkin.

**Chanoq bilan kelganda tug'uruq biomexanizmi.** Homila boshi bilan kelishiga qaraganda chanoq'i bilan kelganda tug'uruq biomexanizmi nisbatan qiyin bo'lib, 7 holatdan iborat. Tug'uruq paytida, ko'pincha, qog'onoq suvlari erta ketib qoladi, qon ketish, homila kindigi va mayda qismlarining pastga tushib qolishi kabi salbiy holatlar namoyon bo'ladi. Ba'zan tug'uruq o'lik homila tug'ilishi bilan yakunlanadi.



41- rasm. Homilaning chanoq bilan kelish holatlari:

*a*—dumba bilan kelishi; *b* — aralash (chanoq va oyoqlar) bilan kelishi;  
*d* — oyoq bilan kelishi.



Homila to'liq dumba bilan kelganda Sovyanov usuli qo'llaniladi. Bu usul tug'uruq kuchlari yetarlicha bo'lganda yaxshi natija beradi. Tug'uruqni Sovyanov usulida olib borish ham homila dumbasi yorib chiqqandan keyin boshlanadi. Doyaning qo'llari quyidagi holatda turadi: katta barmoqlari homila soni tomonida, uni tanasiga yaqinlashtirib, qolgan barmoqlar homila dumg'azasi tomonida bo'ladi. Homila oyoqchasi erta tushib qolishining oldini olgan holda akusher barmoqlarini sekin yuqoriga qarab siljitadi, so'ng tanani o'ziga va homilador soniga qarab yo'naltiradi. Shundan so'ng homila tanasini yuqoriga, homilador qorniga qaratib ko'taradi. Homila tanasi tug'ilgandan keyin boshi mustaqil ravishda tushadi.

**Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda tug'dirish.** Agar homilaning bo'ylama o'qi bachadon bo'ylama o'qiga to'g'ri kelmasa, homilaning noto'g'ri yotishi hisoblanadi. Homila va bachadon bo'ylama o'qlari orasidagi burchak  $90^\circ$  bo'lsa, homila ko'ndalang yotgan hisoblanadi. Bachadondagi patologik o'zgarishlar, homila bilan bachadon o'lchamlari mos kelmasligi, ko'p suvlilik, ko'p homilalilik, tor chanoq, qorin old devorining bo'shashib qolgan hollari ham bunday joylashishga olib keluvchi sabablardandir.

Homila ko'ndalang va qiyshiq joylashganda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi: bunda bachadon qiyshiq yoki ko'ndalang oval shaklda, qorin aylanasi me'yoridan ortiq bo'lib, bachadon tubi balandligi kamaygan bo'ladi. Homila mayda qismlari bachadon yon devorida bo'lganligidan paypaslanib, aniqlanuvchi qismini aniqlab bo'lmaydi. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotishi aniqlansa, tug'uruq patologik, ya'ni normal emas deb hisoblanadi. Ko'ndalang yotgan homila 32 haftagacha aniqlangan paytda homiladorga maxsus gimnastika buyuriladi. Kuchli bachadon qisqarishi bo'lmagan hollarda homiladorda tashqi burish o'tkazib, homila choyshabdan tayyorlangan yumshoq valiklar bilan bo'ylama yo'nalishda mahkamlanadi. Bu usul yordamida homilani bo'ylama vaziyatga keltirish va tug'dirib olish mumkin.

Ko'ndalang vaziyatda, tug'uruq, vaqtidan o'tib ketgan bo'lsa, kesarcha kesish yo'li bilan yakunlanadi. Agar jarrohlik amaliyoti o'tkazilmasa, bachadon yorilishi, homila nobud bo'lishi mumkin.

Agar bachadonda homila erkin harakatlana olsa, homilani ichki burilish yasab oyog'idan tortib olish mumkin.

Agar homila o'lgan bo'lsa, homila bo'lib-bo'lib olinadi.

Barcha hollarda ham tug'uruqdan so'ng og'riqsizlantiriladi, bachadondan yo'ldosh ko'chirilib, qo'l bilan tekshirish o'tkaziladi.

### **Homila boshi yozilib kelgan paytdagi tug'uruq biomexanizmi.**

Homila tepa, yuz, peshana bilan kelsa, *boshi yozilib ketish* holati hisoblanadi. Chanoqning torligi, ko'p suvlilik, homila boshi yozilib kelishiga olib keladi. Homila holati tug'uruq vaqtida qin orqali ko'rilib, homila boshi choklari va liqildoqlari joylashganiga qarab aniqlanadi. Qin orqali ko'rilganda yo'naltiruvchi nuqta katta liqildoq bo'lsa, bu tepa bilan kelish, peshana choki, qosh usti ravog'i paypaslansa, peshana oldinda kelishi hisoblanadi. Yuz oldinda kelishida ham og'iz yoki burni yo'naltiruvchi nuqta deb hisoblanadi.

Kech tashxis qo'yilganda, o'tkazib yuborilgan hollarda tug'uruq bachadon yorilishi, homila, ba'zan tug'ayotgan ayol o'limi bilan tugallanishi mumkin.

O'tkazib yuborilgan tug'uruqlarda homilani bo'lib-bo'lib olish operatsiyasi qilinadi.

**Tor chanoqda tug'uruq olib borish.** Homilador ayollarda anatomik (chanoq o'lchamlari 1,5 sm va undan ko'proqqa kichrayish) va klinik (homila boshi va chanoq o'lchamlari nomunosibligi) tor chanoqlar uchraydi.

#### **Anatomik tor chanoq turlari:**

— umumiy tekis toraygan chanoq (hamma o'lchamlari bir xilda kamaygan);

— oddiy yassi chanoq (chanoqning ko'ndalang va qiyshiq o'lchamlari me'yorida bo'lib, to'g'ri o'lchamlari toraygan);

— yassi raxit chanoq—kichik chanoqqa kirish tekisligining to'g'ri o'lchamlari toraygan;

— ko'ndalang toraygan chanoq—anatomik tor chanoq, barcha ko'ndalang o'lchamlari bir tekis toraygan.

Tor chanoqning barcha turi ma'lum torayish darajasiga ega bo'lib, bu chanoq tashqi o'lchamlari, Mixaelis rombi va Solovyov keng bilak indeksini o'lchab aniqlanadi (me'yorda 14 sm atrofida).

Solovyov indeksini aniqlash uchun bilak suyagi aylanasini santimetrli tasmada o'lchanadi. Agar o'lcham 14 sm va undan kamroq chiqsa, bu chanoq suyagining fiziologik qalinligi va homilaning o'lchovlari normalligidan dalolat beradi.

Chanoq I—II darajada torayganda tug'uruq tabiiy tug'uruq yo'llari orqali olib borilishi mumkin. III va IV darajali torayishda esa kesarcha kesish amaliyoti o'tkaziladi. Tor chanoqda homiladorlik va tug'uruq vaqtida qog'onoq suvlari vaqtidan ilgari ketishi, tug'uruq kuchlarining sustligi kabi asoratlar kelib chiqish ehtimoli ko'p.

Chanog'i tor ayol semirishga moyil bo'lsa, uning ovqatlanishi va hayot tarzini qat'iy nazorat ostiga olish lozim.

Tor chanoqli ayol homilador bo'lsa, homila yurak urishiga alohida e'tibor beriladi. Qog'onoq suvlari vaqtdan oldin va erta ketganda homila gi poksiyasining oldini olish chora-tadbirlari ko'riladi.

Tor chanoqlarda tug'uruqni o'tkazish tibbiyot xodimidan yuqori malakali bo'lishni talab qilib, ayolga nisbatan yaxshi munosabatda bo'lish, unga ruhiy ta'sir eta bilish ko'proq hamshira zimmasiga tushadi.

## 9.6. Tug'uruqdan so'ng qon ketishi

Tug'uruqdan so'ng qon ketishi yo'ldoshning bachadon devoriga qattiq yopishganida kuzatiladi. Yo'ldoshning bachadon devoriga qattiq yopishishi va o'sib kirish hollari bachadonda jarrohlik amaliyotlari, yallig'lanish jarayonlari natijasida zararlanganda yoki yo'ldoshning patologik joylashishidan kelib chiqadi.

Yo'ldosh bachadon devoriga qattiq yopishganini tug'uruqning III davrida qon ketish bilan boshlanganidan bilish mumkin. Qon ketish sekin yoki tez va kuchli bo'lib, patologik qon yo'qotish holati kuzatiladi (400 ml dan ko'p). Bunday hollarda ayol umumiy narkoz yordamida og'riqsizlantirilib, yo'ldoshni qo'lda ko'chirish va tushirish amaliyoti bajariladi. Bir vaqtning o'zida bachadon qisqartiruvchi vositalar: glukoza yoki kristalloid eritmalarga qo'shib vena ichiga yuboriladi.

Yo'ldoshni qo'lda ko'chirishdan oldin hamshira bemorning tashqi jinsiy a'zolari, son ichki yuzasini yodning 5% eritmasi bilan artadi. Narkoz ostida shifokor o'ng qo'lini bachadon bo'shlig'iga kiritib, qo'llarini bachadon va yo'ldosh orasida arrasimon harakatlantiradi. Chap qo'li bilan esa qorin devori ustidan bachadon tubidan yo'ldoshni ko'chirishga yordam beradi. Yo'ldosh ko'chgandan so'ng bachadon tashqaridan uqalanadi.

Agarda yo'ldosh bachadon devoriga o'sib kirgan bo'lib, uni ko'chirishning imkoni bo'lmasa, qorin bo'shlig'i ochilib, bachadon olib tashlanadi.

Operatsiyadan oldin hamshira quyidagi ishlarni bajarishi kerak:

- donor va retsi piyent qon guruhlari aniqlanadi;
- vena ichiga suyuqlik quyish uchun sistema tayyorlanadi;
- sistemani qon o'rnini bosuvchi dori moddalari (ko'rsatmaga asosan) bilan to'ldiriladi;
- tug'ayotgan ayol holatidan doimo xabardor bo'lib turadi (teri, shilliq pardalar rangi, tomir urishi, Q/B);

- shifokor ko'rsatmasiga ko'ra dori moddalari yuboriladi;
- bemor umumiy qabul qilingan qoida bo'yicha jarrohlik amaliyotiga tayyorlanadi.

### 9.6.1. Ilk chilla davrida qon ketishi

Tug'uruqdan keyin 2 soat ichida qon ketishi ilk chilla davrida qon ketishi deb yuritiladi. Bu holat bachadon qisqaruvchanligining buzilishi (gi po, atoniya) yoki qon ivish faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqishi mumkin. Ayolning turli ekstragenital kasalliklari, bachadonning anatomik yoki funksional rivojlanmaganligi, bachadon o'smalari, yirik homila, ko'p suvlilik, bachadon rivojlanish anomaliyalari qon ketishiga sabab bo'ladi.

Ilk chilla davrida qon ketishi quyidagicha bo'lishi mumkin:

- yo'ldosh tushishi bilanoq yuzaga kelib, shiddat bilan qon ketishi;

- qon ketish to'liqsimon ko'rinishga ega bo'lib, kuchayishi va kamayishi dam-badam almashib turadi. Bu bachadonning atonik holati bilan bog'liq. To'liqsimon qon ketishi tug'uvchi ayollarda ko'proq uchraydi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, keskin anemiya, ba'zan o'limga ham olib kelishi mumkin.

Gipotonik qon ketishining boshlang'ich davrlarida yordam ko'rsatish tez va samarali chora-tadbirlar yig'indisidan iborat. Siydik qopi kateter yordamida bo'shatilgach, bachadon qorin old devori orqali tashqaridan uqalanadi. Bir vaqtning o'zida bachadonni qisqartiruvchi dori vositalari (1 ml 0,02 %li metilergometrin) yuboriladi. Qin orqa gumbaziga efirda namlangan tampon qo'yiladi.

Agarda konservativ davolash samara bermasa va yo'qotilgan qon miqdori 300 ml ga yetsa, umumiy og'riqsizlantirish ostida bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tekshiriladi. Bunda bachadon butunligi tekshiriladi, bachadondagi qon laxtalari, yo'ldosh qoldiqlari olib tashlanadi.

Ko'rilgan barcha chora-tadbirlar 30 daqiqa ichida natija bermasa, bachadon bo'shlig'ini qirib, bachadon qinusti amputatsiyasi amalga oshiriladi.

Qon ketishini to'xtatish paytida yuqorida keltirilgan chora-tadbirlar bilan birgalikda tug'gan ayolning qoni kamayishiga qarshi kurashiladi.

Yo'ldosh tushish va ilk chilla davrida qon ketishining oldini olish chora-tadbirlariga abortga qarshi kurash, yallig'lanish kasalliklarining oldini olish va o'z vaqtida aniqlab davolash, tug'uruqni

asoratlarsiz olib borishga tayyor bo'lish, tug'uruqni malakali tarzda olib borish ishlari kiradi.

### 9.7. Tug'uruq jarohatlari

Oraliq, bachadon bo'yni, qin yirtilishlari onadagi tug'uruq jarohatlari hisoblanadi. Ba'zan chanoq boylamlari bir-biridan qochishi, siydik qopi, to'g'ri ichak jarohatlari ham uchraydi.

Jarohatlanishning eng ko'p uchraydigan turi—oraliq yirtilishidir.

Oraliq yirtilishi 3 xil darajada bo'ladi:

I d a r a j a d a g i yirtilishda oraliq terisi, qin orqa devori bir qismi va orqa bitishma jarohatlanadi.

II d a r a j a d a g i yirtilishda oraliq terisi, qin devori, oraliq mushaklari yirtilishi kuzatiladi.

III d a r a j a d a g i yirtilishda yuqorida ko'rsatilgan to'qimalardan tashqari to'g'ri ichakning tashqi sfinkteri, ba'zan esa devori ham yirtiladi.

Oraliq yirtilishning III darajasi o'ta og'ir holat bo'lib, bu tug'uruqni noto'g'ri olib borish deb baholanadi.

Tug'uruq yo'llarining anatomik va fiziologik holati (oraliq uzun bo'lishi, katta yoshli birinchi tug'uvchilar) yoki tug'uruqni noto'g'ri olib borish oraliq yirtilishiga sabab bo'ladi.

---



## TUG'URUQ BO'LIMIDAGI OPERATSIYA BLOKI

### 10.1. Operatsiya bloki

Jarrohlik bo'limi tug'uruqxonaning bir qismi hisoblanadi. Bu bo'limga quyidagilar kiradi: katta va kichik operatsiya xonalari, operatsiyadan oldingi xona, jihozlar xonasi, ko'chib yuruvchi uskunarlar xonasi.

Katta operatsiya xonasida qorin bo'shlig'ida qilinadigan jarrohlik ishlari o'tkaziladi (kesarcha kesish, bachadon amputatsiyasi). Bunday operatsiya xonalarining jihozlanishi hozirgi zamon talablariga javob beruvchi boshqa jarrohlik bo'limlarining operatsiya xonalari kabi bo'lishi kerak.

Kichik jarrohlik xonasida kichik jarrohlik amaliyotlari tug'uruq va tug'uruqdan keyingi boshlang'ich davrlarda o'tkaziladigan operatsiyalar, akusherlik qisqichlari qo'yish, vakuum-ekstraksiya, yo'ldoshni qo'l bilan ajratish, bachadon bo'yni, qin va oraliq yirtilishlarini tikish, epiziotomiya va perineotomiyadan so'ng yumshoq to'qimalarni tikish muolajalari bajariladi.

Kichik jarrohlik xonasida qon va qon o'rnini bosuvchi preparatlar tomir ichiga yuboriladi.

Operatsiyadan oldingi xonada jarroh va hamshira operatsiyaga tayyorlanadi (qo'llar yuviladi, zararsizlantiriladi, xalat, qalpoqcha, niqob va qo'lqop kiyiladi).

Alohida qo'shimcha xonalarda maxsus sovitgichlarda barcha guruhdagi donor qoni, qon o'rnini bosuvchilar va ko'chib yuruvchi maxsus uskunarlar saqlanadi.

Jarrohlik blokida, asosan, kichik hamshiralalar tomonidan kundalik va umumiy tozalash o'tkaziladi. Har safar tozalashdan keyin xona 2—3 soat davomida bakteritsid lampa bilan zararsizlantiriladi va shamollatiladi.

Aseptika va antiseptikaga qattiq rioya qilish jarrohlik amaliyoti keyingi davrining asoratsiz kechishida muhim o'rin tutadi.

#### 10.1.1. Operatsiya hamshirasining vazifalari

Operatsiya hamshirasining vazifalari alohida maxsus buyruqda ko'rsatilgan. Tibbiyot hamshirasidan chuqur bilim, jarrohlik, akusherlik va ginekologiya sohasida kasb mahorati talab qilinadi.

Operatsiya hamshirasi jarrohlik amaliyoti uchun asboblari, bog'lov, tikish materiallarini va oqliklarni bixsda zararsizlantirish uchun tayyorlaydi va bixs chetlariga kleyonka bog'laydi, sterilizatsiya vaqtini belgilaydi. Shuningdek, hamshira materiallarning zararsizlantirilganini ham nazorat qilib boradi. Hamshira operatsiya blokini, qattiq buyumlar holatini kuzatib borishi, jarroh qo'lini zararsizlantirishini nazorat qilishi kerak.

Bakteriologik tekshiruv natijalari maxsus jurnalga yozib boriladi. Operatsiya hamshirasi tutilgan jurnallarning toza, xatolarsiz yozilishini nazorat ostiga olishi lozim. Hamshira operatsiya stolini tayyorlashni va undagi asboblari ishlatish qoidalarini bilishi, xonalarni bakteritsid lampalar bilan zararsizlantirishda xavfsizlik qoidalariga qat'iy rioya qilishi kerak. Operatsiya hamshirasi infuzion davolash choralarida bevosita ishtirok etadi (qon guruhini aniqlash, sistemani tayyorlash va to'ldirish, rezus mansublikni aniqlash, biologik sinamalar o'tkazish).

Gemotransfuziya o'tkazilgandan so'ng ayolning umumiy ahvolini kuzatib boradi (umumiy ahvoli, teri va shilliq pardalar rangi, Q/B pulsi, tana harorati, diurez).

Ba'zi jarrohlik amaliyoti zudlik bilan, shoshilinch o'tkazilishi sababli operatsiya hamshirasi operatsiya xonalarini to'liq tayyorligini ta'minlashi shart. U operatsiya vaqtida jarrohga yordam beradi, ya'ni kerakli asboblarni olib, uzatib turadi. Hamshira operatsiya davomida jarrohning eng yaqin yordamchisi hisoblanadi.

### **10.1.2. Jarrohlik operatsiyasiga tayyorgarlik**

Akusherlik operatsiyalari homiladorlik vaqtidagi kabi tug'uruq vaqtida ham o'tkaziladi. Bunday operatsiyalarni zudlik bilan qilishga to'g'ri kelganligi uchun ko'p hollarda ayollarni operatsiyaga tayyorlab ulgurish qiyin.

#### **Qin orqali qilinadigan operatsiyalar.**

Hamshira qin orqali o'tkaziladigan jarrohlik operatsiyasiga bemorni tayyorlashni bilishi lozim.

**Jihozlar:** Raxmanov karavoti yoki operatsiya stoli, steril oqliklar, bog'lov materiallari, 5% li yod eritmasi yoki 1% li yodonat eritmasi, kornsang, sirli tog'ora, kateter, sovun, iliq suv, dez.eritma, narkoz uchun stol, chaqaloqlar uchun stol, asfiksiya holatida tug'ilgan chaqaloqni jonlantirish uchun zarur birinchi yordam anjomlari.

Agar operatsiya zudlik bilan qilinmaydigan bo'lsa, muolaja quyidagi tartibda o'tkaziladi.

***Muolajani bajarish tartibi:***

- tozalovchi huqna o'tkaziladi;
- qov sohasidagi tuklar qiriladi;
- qorinning pastki qismi, sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy a'zolar, oraliq sovun bilan iliq suvda kornsang va paxtali tampon yordamida yuviladi;
- dez.eritma bilan zararsizlantiriladi;
- quruq tampon bilan artiladi;
- yumshoq kateter yordamida siydik tushiriladi.

Agar operatsiya zudlik bilan qilinadigan bo'lsa, bu muolajalar qisqa vaqt ichida o'tkazilishi kerak, chunonchi:

- ayol operatsiya stoli yoki Raxmanov karavotiga yotqiziladi;
- oyoqlar oyoq ushlagich bilan mahkamlanadi;
- ayolga steril ko'ylak va baxillalar kiydiriladi;
- qov, tashqi jinsiy a'zolar, sonning ichki yuzasi, anal soha yodning 5 %li eritmasi yoki 1 %li yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi;
- anal teshik steril taglik yoki yopishtirgich bilan yopiladi;
- dumba ostiga steril taglik qo'yiladi;
- qorin va son ham steril oqliklar bilan yopiladi;
- oyoq tomonga tog'ora qo'yiladi.

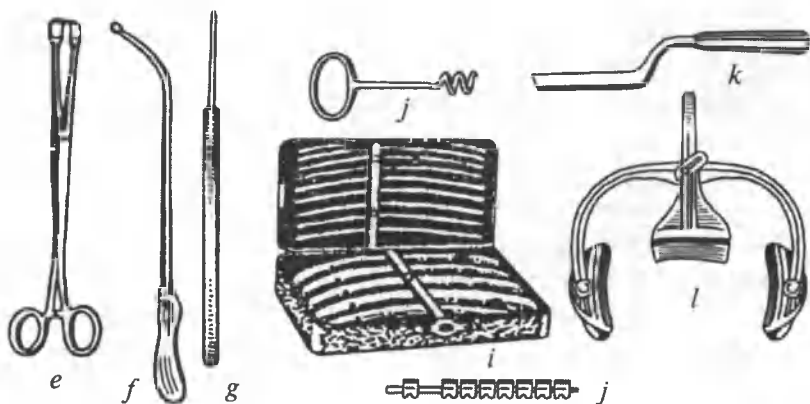
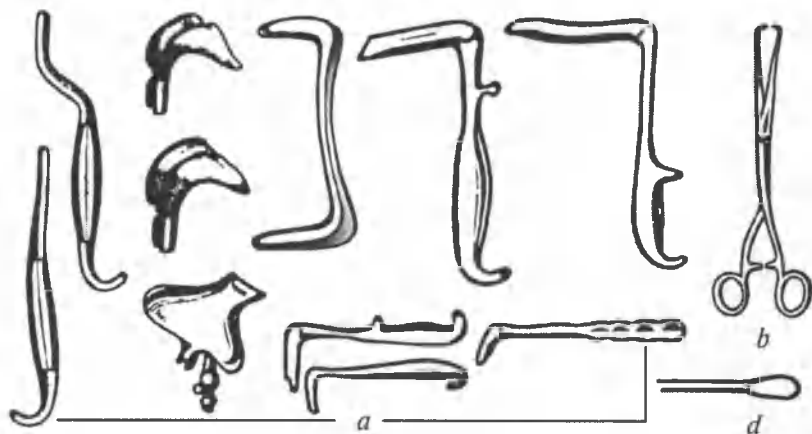
Operatsiya hamshirasi steril stolga igna, shpris, bog'lov materiallari, asboblari joylaydi. Hamshira-anestezist esa narkoz uchun kerakli asboblarni alohida stolga tayyorlaydi. Bir vaqtning o'zida chaqaloq uchun maxsus stol tayyorlanadi.

Akusherlikda ham qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan jarrohlik amaliyotiga bemorni tayyorlash qorin bo'shlig'i operatsiyalariga tayyorlangandek olib boriladi.

***Bachadon bo'ynini tekshirish uchun ishlatiladigan asboblari:***

- 1) keng qin ko'zgulari va ko'targichlar (2 dona);
- 2) kornsanglar (2 dona);
- 3) uzun pinsetlar (2 dona);
- 4) pulyovka yoki uchli qisqichlar (2 dona);
- 5) Koxer qisqichlari (2 dona);
- 6) uzun igna tutqich (1 dona);
- 7) yoysimon ignalar (2 dona);
- 8) qaychi (1 dona);
- 9) ketgut, ipak iplar, steril salftetkalar va shariklar.





42- rasm. Akusherlik amaliyotida ishlatiladigan asboblari:

*a* — qin ko'zgulari va ko'targichlar; *b* — pulyovka yoki uchli qisqich; *d* — bachadonni qirish uchun kyuretka (qoshiqcha); *e* — bachadon zondi; *f* — Myuzo qisqichi; *g* — Pfyefer zondi; *h* — shtopor; *i* — Gegar kengaytirgichlari; *j* — Mishel chegalari; *k* — Bloning nayzasimon perforatori; *l* — qorin jarohat kergichi.

*Qin, vulva, oraliq yirtilganda choklash uchun ishlatiladigan asboblari to'plami.*

- 1) igna tutqichlar (2 dona);
- 2) har xil o'lchamdagi ignalar (4—5 dona);
- 3) jarrohlik pinsetlari (2 dona);
- 4) anatomik pinsetlar (2 dona);
- 5) qaychilar (2 dona);

- 6) qon to'xtatuvchi qisqichlar (5—6 dona);
- 7) keng qin ko'zgulari va ko'targichlar (2 dona);
- 8) 1, 2, 5, 10, 20 g li har xil uzunlikdagi shprislar, ignalari bilan;

9) ketgut, ipak, sharcha, salfetka, tagliklar.

*Akusherlik qisqichlari qo'yish operatsiyasida ishlatiladigan asboblar:*

- 1) akusherlik qisqichlari (1 dona);
- 2) kornsanglar (2 dona);
- 3) uchi to'mtoq qaychilar (1 dona);
- 4) oddiy qaychilar (1 dona);
- 5) qisqichlar (2 dona).

Bir vaqtning o'zida bachadon bo'yni, qin, vulva, oraliqni ko'zdan kechirish va yumshoq to'qimalarni choklash uchun kerakli asboblar to'plami tayyorlanadi.

*Vakuum-ekstraksiya operatsiyasi uchun ishlatiladigan asboblar to'plami:*

- 1) vakuum-ekstraktor (1 dona), har xil o'lchamdagi kosalari bilan;
- 2) kornsanglar (2 dona);
- 3) uchi to'mtoq qaychi (1 dona);
- 4) o'tkir uchli qaychi (1 dona);
- 5) qisqichlar (2 dona).

Bir vaqtning o'zida tug'uruq yo'llarini tekshirish va yumshoq to'qimalarni choklash uchun kerakli jihozlar tayyorlanadi.

*Homilani bo'lib olishda ishlatiladigan asboblar to'plami:*

- 1) Fenomenov yoki Blo perforatori;
- 2) keng qin ko'zgulari va ko'targichlar (2 dona);
- 3) bir tishli qisqich (2 dona);
- 4) Myuzo qisqichlari (2 dona);
- 5) miyani parchalash uchun ishlatiladigan qoshiqcha (1 dona);
- 6) suyak qisqichlari (1 dona);
- 7) kranioklast (1 dona);
- 8) o'mrov suyagini kesish uchun qaychi (1 dona);
- 9) qisqichlar (2 dona);
- 10) kindikni kesish uchun qaychi (1 dona);
- 11) kornsang (1 dona);
- 12) pinsetlar: jarrohlik (2 dona), anatomik (2 dona).

Bir vaqtning o'zida tug'uruq yo'llarini tekshirish va yumshoq to'qimalarni choklash uchun kerakli jihozlar tayyorlanadi.

*Kesarcha kesish operatsiyasi uchun kerakli asboblari to'plami:*

- 1) skalpellar (2—3 dona);
  - 2) anatomik pinsetlar (2 dona);
  - 3) jarrohlik pinsetlari (2 dona);
  - 4) kornsanglar (5—6 dona);
  - 5) qiyshiq qaychi (2 dona);
  - 6) to'mtoq qaychi (2 dona);
  - 7) Farabef o'tmas ilgaklari (2 dona);
  - 8) qorin bo'shlig'i ko'zgulari (3 dona);
  - 9) qon to'xtatuvchi qisqichlar (10—12);
  - 10) Mikulich qisqichlari (8—10);
  - 11) Bilrot qisqichlari (20 dona);
  - 12) bir tishli qisqichlar (2 dona);
  - 13) ikki tishli Myuzo qisqichlari (2 dona);
  - 14) katta kuretka (qirg'ich) (1—2 dona);
  - 15) darchasimon qisqich (2 dona);
  - 16) igna tutqich (4 dona);
  - 17) har xil o'lchamdagi jarrohlik ignalari (8—7 dona);
  - 18) Reverden kurakchasi (1 dona);
  - 19) oqliklar uchun ishlatiladigan qisqichlar (6 dona);
  - 20) metall kateterlar;
  - 21) 1 ml dan 20 ml gacha bo'lgan shprislari, ignasi bilan (5—6 dona);
  - 22) steril oqliklar, salftkalar, sharchalar, har xil hajmdagi tupsferalar;
  - 23) tikish materiallari (ketgut, ipak, lavsan).
- Jarohat yuzasi yoki ichida operatsiya vaqtida ishlatiladigan anjomlar qolib ketmasligi uchun operatsiya hamshirasi ishlatilgan asboblari, sharchalar, salftkalar ustidan nazorat olib borishi kerak.

## **10.2. Operatsiyadan keyingi davrda bemor parvarishi**

Har qanday jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan soha organizmga infeksiya tushishi uchun qo'shimcha darvoza ekanligini nazarda tutgan holda operatsiyadan keyin bemor parvarishiga alohida e'tibor berish lozim. Infeksiyaning rivojlanish sabablaridan biri ko'p qon yo'qotishdir. Agar tug'uruq yoki operatsiya vaqtida bemorning bolasi nobud bo'lsa, bu ona ayol uchun kuchli ruhiy zarba bo'ladi. Shuning uchun bunday ayollar parvarishini to'g'ri yo'lga qo'yish operatsiyadan keyingi davrning asoratsiz kechishi uchunгина emas,

balki keyingi hayot faoliyati uchun ham muhimdir. Operatsiya qilingan bemorni muhofaza qilish, ya'ni uning to'yib uxlashi, dam olishi va ratsional ovqatlanishini ta'minlash zarur.

Agar bemorning tug'uruq vaqtida bolasi nobud bo'lsa, u alohida palataga yotqiziladi, trankvilizator buyuriladi (triokszin, met-robomat, nozepam va boshqalar).

Jarohat bog'lamlarini o'zgartirishda, inyeksiya va kateterlash vaqtida aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorning tana harorati, tomir urishi, Q/B ni kuzatib borish zarur. Sut bezlarining faoliyati boshqarib boriladi, bundan tashqari, uning fiziologik bo'shanishlari (siydik va najas ajralishi) nazorat qilinadi.

Ayol tug'uruqxonadan chiqishga ruxsat berilgan vaqtda tug'uruq vaqtida kechgan asorat, tug'uruqdan keyingi davr haqida maxsus ma'lumotnoma va tavsiyalar beriladi. Bemorga tug'uruqxonadan uyiga ruxsat berilgandan keyin, poliklinika akusherlik bo'limining shifokori va hamshirasi uning uyiga borib, xabar olib turishlari lozim. Hamshiraning barcha ko'rsatmalarini ayol uyida bajaradi.

Patologik tug'uruq va akusherlik operatsiyalarini boshidan kechirgan ayollar akusher-ginekolog, kerak bo'lsa, boshqa shifokorlar nazoratida va qabulida bo'lib turishlari kerak. Bunday ayollar boshidan kechirgan patologik holatlardan qat'iy nazar maxsus rehabilitatsiya muolajalari kursini o'tashi lozim.



## GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologiya ayol jinsiy a'zolarining fiziologiyasi, kasalliklari, ularni tashxislash, bu kasalliklarning kelib chiqishi, kechishi va davolashni o'rgatuvchi fandır. Ayol jinsiy a'zolarining faoliyati organizmning boshqa a'zo va sistemalari bilan bevosita bog'liq. Shu boisdan inson organizmining a'zo va sistemalaridagi kasalliklar asoratlari jinsiy a'zolar faoliyatining buzilishiga ham olib kelishi mumkin. Shuning uchun jinsiy a'zolarida uchraydigan kasalliklarning kelib chiqish sabablari, ularni davolash va kasallikning oldini olishni bilish zarur.

### 11.1. Umumiy tekshirish usullari

Anamnez yig'ish bemorning sog'lig'iga ta'sir qiladigan mehnat sharoiti, ayni kasallikning kelib chiqish sababi, boshdan kechirgan kasalliklari, bu xastalikdan qanday davo topganligi va natijalari haqida so'rab-surishtirish bilan boshlanadi.

Bemorning shikoyatini tinglab og'riq, ajralmalar, qon ketishining bor-yo'qligi, bepushtlik hamda qo'shni a'zolar faoliyatida o'zgarishlar (siydik qopi, to'g'ri ichak) borligiga ahamiyat beriladi.

Ko'pincha og'riq paydo bo'lishiga to'qimalarning mexanik zichlashuvi, spastik qisqarishlar, infiltrat yoki o'smasimon tuzilmalar bilan nerv uchlarining ezilib qolishi sabab bo'ladi. Albatta, og'riqning turi, joylashishi, kuchi va tarqalishiga e'tibor berish lozim.

Og'riq turiga ko'ra: to'liqsimon, sanchuvchi, simillovchi, kesuvchi, ezuvchi va cho'ziq-cho'ziq bo'lishi mumkin. Og'riq kuchi va davomiyligi sezgiga bog'liq bo'lib, hammada har xil bo'ladi. Og'riq qorinning pastki qismida, chap yoki o'ng yonbosh, dumg'aza, dum yoki tashqi jinsiy a'zo sohalarida bilinadi. Ba'zida og'riq qorin bo'shlig'i bo'ylab tarqaladi.

Ko'p hollarda ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarida dumg'aza, bel, son yoki o'mrovosti sohalariga og'riq tarqalishi mumkin.

*Irsiyatni* so'rab-surishtirish natijasida oilaviy kasalliklar haqida ma'lumot yig'iladi. Asosan, endokrin (qandli diabet), ruhiy, qon va o'sma kasalliklari, alkogolizm yoki narkomanlik bor-yo'qligiga

e'tibor beriladi. Irsiyatdagi ma'lum kasalliklar borligini aniqlash, ba'zi hollarda kasallik og'irlashishining oldini olishda yordam berishini bemorga tushuntirish kerak.

Kasallik rivojlanishida yashash sharoiti ham katta ahamiyatga ega. Sharoit ayol organizmining me'yorda shakllanishiga, hayz faoliyatiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Ortiqcha jismoniy mehnat, ruhiy zo'riqish, zaharli ta'sirlar (kimyoviy, nurlanish, tebranishlar, harorat va bosim ta'siri) kasallikni og'irlashtiradi va tuzalishini qiyinlashtiradi.

Bolalik va o'smirlik vaqtida boshdan kechirgan kasalliklar ayolning hayz faoliyatiga ta'sir qilishi, jismoniy va jinsiy yetilishning orqada qolishiga yoki bepushtlikka olib kelishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida qilingan jarrohlik aralashuvlari chandiqlar hosil bo'lishiga, bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanishiga, bachadondan tashqari homiladorlikka yoki boshqa xil kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin.

Bemorda allergik kasalliklar bor-yo'qligi, avvallari qon quyilgani va uning asoratlari haqidagi ma'lumotlar muhim ahamiyatga ega.

*Hayz faoliyati to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lish kerak.* Birinchi hayzning kelgan vaqti, hayzning qanday kechganligi, qanday tugaganligi haqida ham ma'lumot olish zarur. Geografik joylashuviga ko'ra hayz ko'rish hamma xalq va millatlarda har xildir. Bizning mintaqamizda qizlarda hayz kelishi o'rtacha 13—14 yoshga to'g'ri keladi. Hayz faoliyati doimiyligi, yo'qotilayotgan qon miqdori va og'riq bor-yo'qligi bilan hayz holatiga baho beriladi. Odatda, hayz 21—35 kun oralig'ida keladi. Hayz sikli deb, oldingi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning birinchi kunigacha bo'lgan vaqtga aytiladi. Hayz 3 kundan 7 kungacha davom etib, me'yorida kechganda qorinning pastki qismi va dumg'aza sohalarida yengil og'riq seziladi.

Hayz vaqtida yo'qotilayotgan qon miqdori 150—200 ml dan oshmasligi kerak. Jinsiy hayot boshlanganidan so'ng homiladorlik, sun'iy abortlar va boshqa kasalliklar vaqtida hayzning holatiga e'tibor qilish lozim. Shu bilan birga, hayz davomida sut bezlarining dag'allashishi yoki ularning uchlaridan ajralmalar kelishiga ham ahamiyat beriladi. Agar hayz sikli biron bir sababga ko'ra o'zgarigan bo'lsa, uni aniqlab bilish lozim.

Bemorning hayzi to'xtagan bo'lsa, unda o'tish, ya'ni klimakterik davr qanday kechganligi, qon ketishlar kuzatilgan yoki

kuzatilmaganligini bilish shart. Odatda, bizning sharoitda hayz to'xtashi o'rtacha 45—50 yoshni tashkil qiladi. So'rab-surishtirish oxirida oxirgi hayz kuni aniqlanadi.

*Oqsil ajralmasi.* Jinsiy a'zolar me'yorda faoliyat ko'rsatayotgan vaqtda jinsiy a'zoldan kelayotgan ajralmalar kam miqdorda, hidsiz, rangsiz bo'lib, qo'shni to'qimalarga ta'sir qilmaydi, ba'zida oqsil ko'p miqdorda hidli bo'lib, tashqi jinsiy a'zolar sohalorida qichishish yoki achishish keltirib chiqaradi. Bu holat tashqi yoki ichki jinsiy a'zolda yallig'lanish borligidan dalolat beradi.

*Jinsiy faoliyat.* Doimiy jinsiy hayot boshlangandan keyin ikki yil davomida homiladorlik bo'lmasa, birlamchi bepushtlik haqida so'z yuritiladi.

*Bola tug'ish faoliyati.* So'rab-surishtirish vaqtida bemor necha marta homilador bo'lgani va nechtasi tug'uruq bilan tugallangani hamda abort, bola tashlash yoki bachadondan tashqari homiladorlik bo'lganligi haqida bilib olish zarur.

Shu bilan bir qatorda, tug'uruqlarning qanday kechganligi muhim ahamiyatga ega. Agar homiladorlik abort yoki bola tushish bilan tugallangan bo'lsa, bu jarayonning qanday kechganligi, asoratlari yoki yallig'lanishlar paydo bo'lganligi aniqlanadi. Homiladorlikning kontratseptivlarsiz ikki yil davomida o'z-o'zidan to'xtashi ikkilamchi bepushtlikdan dalolat beradi.

To'g'ri ichak, siydik qopi va boshqa a'zolarning holati va faoliyati aniqlanadi. Ba'zida bu a'zolarning o'zida kasallik bo'lishi mumkin. Buni aniqlash maqsadida maxsus tekshirish usullaridan foydalaniladi.

Anamnez yig'ish davomida boshdan kechirgan ginekologik kasalliklar haqida to'liq ma'lumot yig'ish lozim, ya'ni ularning kechish xarakteri, davolash usuli va natijasi katta ahamiyatga ega. To'liq yig'ilgan ma'lumot, obyektiv tekshirishlar o'tkazilmasdan avval, kasallik haqida dastlabki ma'lumotlarga ega bo'lish va taxminiy tashxis qo'yish uchun imkon beradi. Lekin aniq tashxis faqat obyektiv va laboratoriya tekshiruvlari natijasiga asoslanadi.

## 11.2. Obyektiv tekshirish usullari

Umumiy obyektiv tekshirish tanadagi ko'zga ko'rinarli shishlar, o'smasimon tuzilmalar, ortiqcha vazn, tuklanish, sut bezlari, teri va shilliq qavatlari rangiga e'tibor berish bilan boshlanadi. Limfa tugunlari paypaslab ko'riladi.

Qorin paypaslab ko'rilganda uning shakli, chandiqlar bor-yo'qligi, qorin pardaning holatiga e'tibor beriladi.

*Ginekologik tekshirish* — ayol jinsiy a'zolarini tekshirishdir. U o'z ichiga asosiy va qo'shimcha tekshirish usullarini oladi.

Asosiy tekshirish usullariga quyidagilar kiradi:

- 1) tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish;
- 2) ko'zgular yordamida tekshirish;
- 3) qin orqali tekshirish.

Tashqi jinsiy a'zolari tekshirish ginekologik stolda oyoqlar chanoq-son va tizza bo'g'imidan bukilgan holda, siydik pufagi va to'g'ri ichaklar bo'shatilgandan so'ng o'tkaziladi. Ko'zdan kechirishda qov va qorindagi tuklanish darajasi hamda tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanishiga e'tibor beriladi.

Ko'zdan kechirish davomida tuklanish turi (ayollarga xos, erkaklarga xos) hamda tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish darajasi (gi poplaxiya), patologik jarayonlarning borligi (gi peremiya, shishlar, o'smasimon tuzilmalar, oqsil ajralmalar) aniqlanadi. Bunday o'zgarishlarning bor-yo'qligi tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega.

#### **Jinsiy a'zolari ichki tekshirish usullari va surtma olish:**

Hamshira ko'zgular yordamida va ikki qo'llab tekshirish o'tkazadi, bunda quyidagilar aniqlanadi (43- rasm):

- qinning holati;
- bachadon bo'yni qin qismining holati;
- bachadonning holati, shakli, kattaligi, konsistensiyasi, og'riqliligi, harakatchanligi;
- bachadon ortiqlarining holati: shakli, konsistensiyasi, kattaligi;
- chanoqning holati.

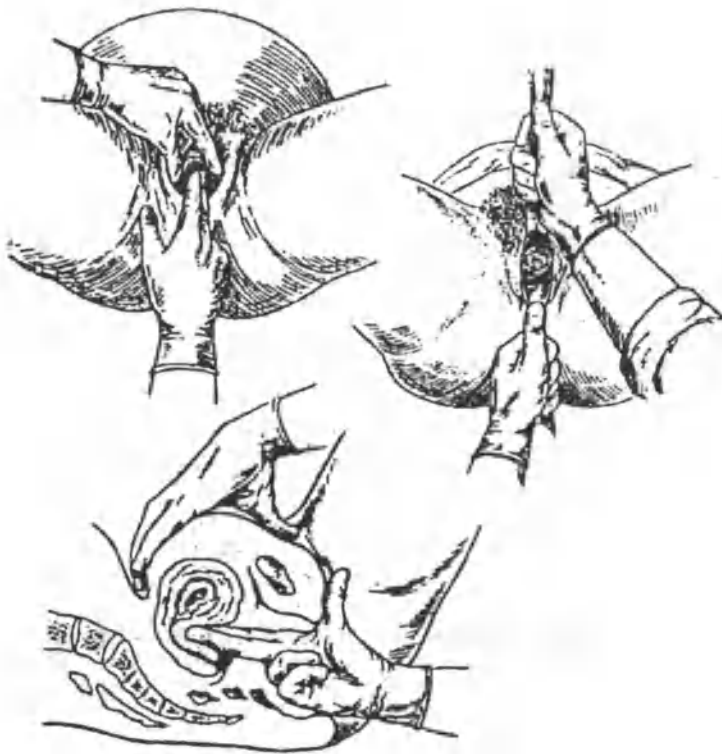
Qinning tozalik darajasini aniqlash uchun surtma olinadi va uni laboratoriyada tekshirishga yuborish uchun yo'llanma to'ldiriladi.

**Jihozlar:** ginekologik stol, qo'lqoplar, dez. eritma, Kusko ko'zgusi, anatomik pinset, buyum oynachasi, laboratoriyaga yo'llanma, shariklar, Folkman qoshiqchasi.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

- muolajaning maqsadi va ahamiyati bemorga tushuntiriladi;
- siydik qopi bo'shatiladi;
- bemor ginekologik stolga yotqizilib, chanoq-son va tizza bo'g'imidan bukiladi;





43- rasm. Qinning tozalik darajasini aniqlash.

— muolaja vaqtida bemorning nafas olishi bemaol bo'lishi kerakligi tushuntiriladi;

— tashqi jinsiy a'zolar dez. eritma bilan artilib, tekshirishga tayyorlanadi;

— qo'llar yuvib, qo'lqoplar kiyiladi;

— chap qo'lning 1 va 2- barmoqlari bilan katta va kichik jinsiy lablar ochiladi;

— o'ng qo'l bilan Kusko ko'zgusi qinga avval bo'ylama, so'ng ko'ndalang ravishda bachadon bo'yniga to'liq yetkazmasdan kiritiladi;

— ko'zgu qin gumbazlariga bachadon bo'yni ko'rinadigan holda kengaytiriladi va mahkamlanadi;

— bachadon bo'yni ko'zdan kechiriladi;

— qinning yuqori gumbazidan ehtiyotlik bilan anatomik pinset yoki qoshiqcha kiritilib surtma olinadi;

— surtma yupqa qilib buyum oynachalariga surtiladi;

- agar qinda ko'p miqdorda oqsil bo'lsa, kornsang yoki pinsetga olingan sharik bilan artib tashlanadi;
- ko'zgu sekin yopilib, qindan olinadi;
- ishlatilgan ko'zgu 1 soatga xloraminning 3% li eritmasiga solib qo'yiladi;
- chap qo'l bilan yordam bergan holda o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmoqlari qinga kiritiladi;
- qinning holati barmoqlar yordamida, qin gumbazlari hamda bachadon tagi tomon kiritilib, aniqlanadi.
- bachadon tekshirilgach, ortiqlari paypaslab topiladi va holati aniqlanadi;
- o'ng qo'lning ichki yuzasi bilan chanoq suyaklar ham paypaslab ko'riladi;
- qo'lni qindan chiqarayotgan vaqtda undagi ajralmalarga e'tibor beriladi;
- qo'lqoplar yechilib, qo'llar yuviladi;
- surtmani laboratoriyaga yuborish uchun yo'llanma to'ldiriladi.

### **Bakteriologik laboratoriyaga yo'llanma**

1. Familiyasi, ismi, otasining ismi \_\_\_\_\_
2. Yoshi \_\_\_\_\_
3. Tashxis \_\_\_\_\_
4. Surtma olingan kun \_\_\_\_\_

**Maqsad:** tozalik darajasini aniqlash uchun surtma

Qinning tozalik darajasini aniqlash uchun bakterioskopik tekshirish usulidan foydalaniladi va quyidagicha baholanadi:

I tozalik darajasi. Surtmada qin tayoqchalari va yassi epiteliy aniqlanadi, kislotali muhit bo'ladi.

II tozalik darajasi. Qin tayoqchalari kam miqdorda, epiteliy hujayralari, 1—2 ta kokklar, leykositlar bo'lib, kislotali muhit bo'ladi.

III tozalik darajasi. Qin tayoqchalari aniqlanmaydi, boshqa xil bakteriyalar, ko'p miqdorda leykositlar bo'lib, sust ishqoriy muhit bo'ladi.

IV tozalik darajasi. Qin tayoqchalari bo'lmaydi. Patogen mikroblar (trixomonada, xlamidiya, gonokokklar), o'ta ko'p miqdorda leykositlar bo'lib, muhit ishqoriy bo'ladi.

I va II tozalik darajasi me'yorida hisoblanib, bachadon ichi aralashuvlariga ruxsat beriladi, III va IV tozalik darajasida esa bachadon ichi aralashuvlari qat'iyani taqiqlanadi, chunki avval qinda sanatsiya o'tkazish zarur.

Ba'zi sabablarga ko'ra (qizlarda) qin orqali tekshirishning iloji bo'lmasa, rektal (to'g'ri ichak orqali) yoki rektovaginal, agar qizlik pardasi buzilgan bo'lsa, tekshirish o'tkaziladi.

### 11.3. Qo'shimcha tekshirish usullari

Aniq tashxis qo'yish maqsadida qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi.

*Sitologik tekshirish.* Bachadon bo'ynidagi ati pik hujayralarni aniqlash maqsadida surtma olib, tekshiriladi. Buning uchun buyum oynachasi pinset yordamida bachadon bo'ynining tashqi bo'g'iziga qo'yiladi. Servikal kanalda Folkman qoshiqchasi yoki pinset yordamida tekshiruv materialini olib, buyum oynachasiga yupqa qilib surtiladi. Oynacha quritilib, mikroskop ostida quritiladi.

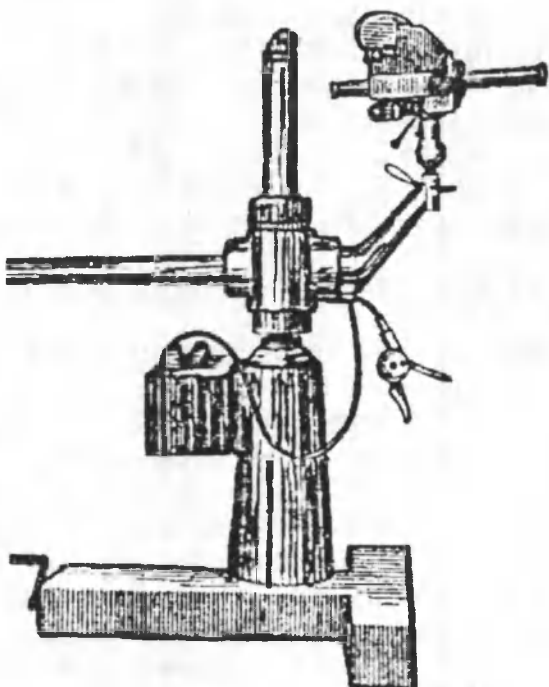
*Kolposkopiya.* Kolposkop yordamida rakning dastlabki formalarini, bachadon bo'yni yarasini, undagi hujayralar hamda qindagi patologik o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Buning uchun qinga kiritiladigan kolposkopdan foydalaniladi (44- rasm).

Kolposkoplar tuzilishiga ko'ra turli xil bo'lib, har xil kattalikda ko'rsatadi. (*Bachadonga zond solish.*)

Bachadon bo'shlig'ining uzunligi, servikal kanalning ochiqligi va bachadon bo'shlig'idagi o'zgarishlarni aniqlash maqsadida bachadon zondlanadi. Unda tashqi, ichki jinsiy a'zolar, oraliq va sonning ichki yuzasiga ishlov berilgandan keyin, qinga ko'zgular kiritilib, aseptik holda ko'riladi. Shundan so'ng, qin va bachadon bo'yni spirt va yod bilan artilib, bachadon bo'shlig'iga zond kiritiladi.

*Sitologik tekshirish.* Tuxumdonlar faoliyatidagi o'zgarishlarni aniqlash maqsadida funksional test diagnostikasi yordamida tekshirish o'tkaziladi. Unga quyidagilar kiradi:

- bazal haroratni aniqlash;
- „ko'z qorachig'i“ simptomi;
- „paporotnik“ simptomi;
- qin surtmasi sitologiyasi;
- endometriy biopsiyasi;
- qon, siydik, plazmada jismoniy gormonlarni aniqlash;
- gormonal sinama o'tkazish.



44- rasm. Kolkoskop.

*Bazal haroratni aniqlash* uchun ertalab to'g'ri ichak harorati o'lanadi. Me'yoridagi ovulatsion sikl ikki fazadan iborat bo'lib, follikulin fazasida to'g'ri ichakdagi harorat  $36-37^{\circ}\text{C}$  bo'ladi. Ovulatsiya kunlari bu ko'rsatkich birmuncha pasayadi, so'ng yana  $37-38^{\circ}\text{C}$  bo'ladi. Ovulatsiya bo'lmagan vaqtda harorat ko'rsatkichi bir xilda bir fazali bo'ladi.

*„Ko'z qorachig'i“ simptomi* bachadon bo'yni kanalidan chiqayotgan shilliqqa qarab aniqlanadi. Sikl davomida kanalning tashqi bo'g'izi kengayib, undagi shilliq miqdori ko'payib boradi. Ovulatsiya vaqtida servikal kanalda shilliq to'plami ko'z qorachig'ini eslatadi. Lyutein fazasining oxirida shilliq miqdori kamayib, kanalning tashqi bo'g'izi quruq bo'ladi. Ovulatsiya bo'lmagan vaqtda „qorachiq“ simptomi yaxshi bilinmaydi yoki yo'q bo'ladi.

*Arborizatsiya („paporotnik“) simptomi.* Hayz siklining birinchi 3 kunida pinset yordamida servikal kanaldan buyum oynasiga, ehtiyotlik bilan ezib yubormasdan shilliq olinib, ustiga izotonik eritma tomiziladi va quritiladi. Mikroskop ostida ko'rilganda shilliq ovulatsiyaga yaqin tarqalgan barglar ko'rinishini oladi. Bu ko'rinish

ovulatsiya vaqtida aniq bilinadi, so'ng keyingi hayz sikliga qadar boradi. Ovulatsiya bo'lmagan vaqtda bunday o'zgarish aniqlanmaydi.

Sitologiya tekshirishida qinning yuqorigi 1/3 qismidan pinset yoki qoshiqcha yordamida surtma olinadi. Surtmani yupqa qilib buyum oynachasiga surtiladi, quritiladi, spirt va efir bilan qotirilib, mikroskop ostida ko'riladi.

Jinsiy gormonlar ta'sirida qinning epiteliy qavatida o'zgarishlar kuzatiladi. Estrogenlar ta'sirida epiteliy hujayralari muguzlanadi, estrogenlar qancha ko'p bo'lsa, ularning muguzlanishi shuncha ko'p bo'ladi. Shunga asoslanib, qinning tozalik darajasi 4 xil: I, II, III va IV bo'ladi.

Hayz sikli me'yorida kechganda, sikl fazasiga qarab III va IV tur farqlanadi, ular follikulin fazasining estrogen miqdoriga qarab o'zgarib turadi.

Endometriyning *gistologik tekshirishda* (qirindi II fazaning oxirida olinadi) endometriyning muguzlanishiga tayyorligi va organizmning gormonlar bilan to'yinganligi aniqlanadi.

Qon plazmasi va sutkalik siydik tarkibidagi *gormonlarning miqdoriga* ko'ra buning *gormonal darajasi* aniqlanadi. Shu bilan birga gipotalamus, gipofiz va buyrak ustibezi gormonlarining faoliyati ham aniqlanadi.

*Biopsiya olish.* Gistologik tekshirish bachadon, bachadon bo'yni, qin va tashqi jinsiy a'zolar hujayralarining gistologik tuzilishi va ulardagi patologik o'zgarishlarni aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Buning uchun shubha qilingan a'zo to'qimasidan biotom yordamida to'qima bo'lakchasi olinadi. Buni shpris yordamida aspiratsiya qilish yoki bachadon bo'shlig'iga kirish yo'li bilan bajarish ham mumkin. Olingan to'qima formalinning 40 %li eritmasi yoki 96 %li spirtga solinib, laboratoriyaga yuboriladi, u yerda maxsus tayyorlanib, mikroskop ostida ko'riladi.

*Rentgen yordamida tekshirish.* Bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tekshirish maqsadida *gisterosalpinografiya* usulidan foydalaniladi. Buning uchun maxsus tayyorgarlikdan keyin shpris yordamida bachadon bo'shlig'iga 2—5 ml kontrast modda yuboriladi. Bachadon bo'yniga pulyovka qo'yilib, rentgen yordamida tekshiriladi.

Bachadon naylarining o'tkazuvchanligi yaxshi bo'lganda kontrast modda yuborilganda 20 daqiqadan so'ng bachadon naylarining ampular qismidan qorin bo'shlig'ining chanoq qismiga, bir sutkadan so'ng esa butun qorin bo'shlig'iga bu modda

tarqaladi. Bachadon naylari o'tkazuvchanligi past yoki bo'lmaganda, uning joylashgan o'rnini aniqlashga yordam beradi.

Bachadon naylaridagi chandiqlarni aniq bilish maqsadida *pelviografiya* o'tkaziladi, bunda kontrast moddadan oldin qorin bo'shlig'iga kislorod yoki karbonat angidrid gazi yuboriladi.

Bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tekshirish maqsadida *pertubatsiyadan* ham foydalaniladi. Bachadon bo'shlig'iga Riva-Rochchi apparati yordamida bosim ostida havo kiritiladi. Havo gaz naylari orqali qorin bo'shlig'iga o'tadi, buni stetoskop yordamida eshitib ko'rib aniqlash mumkin. Bu usulning kamchiligi naylarning havo o'tkazmayotgan sohasini aniq bilib bo'lmaydi.

*Endoskopik tekshirish usuli.* Endoskopiya yordamida tekshirilayotgan sohani ko'rish mumkin. Buning uchun yoritgich va optik sistemadan foydalaniladi.

*Gisteroskopiya* bachadon bo'shlig'i shilliq qavatidagi patologik o'zgarishlarni, o'smasimon tuzilmalarni, chandiqlarni ko'rishga yordam beradi.

*Laparoskopiya* qorin old devorini teshib ko'rish yo'li bilan o'tkaziladi va qorin bo'shlig'i a'zolari ko'riladi. Bu usul yordamida bachadon va uning ortiqlari, o'smalari, qorin bo'shlig'idagi boshqa a'zo o'smalari tekshiriladi. Agar laporoskopiya o'tkazishning imkoni bo'lmasa, *kuldoskopiya* o'tkaziladi. Kuldoskop qin orqali orqa gumbazga kiritiladi. Kuldoskopiyaning ishlash prinsipi laporoskopiya kabi. Bu operatsiyalarning barchasi ayol jismining og'riqsizlantirib o'tkaziladi.

Kuldoskopiya kabi *qorin bo'shlig'i qinning orqa gumbazi orqali punksiya* qilinadi. Bu muolaja bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash, bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishi yoki boshqa kasalliklar natijasida qonda yiring bor-yo'qligini tekshirish hamda davolash maqsadida o'tkaziladi.

Diagnostika yoki davolash maqsadida *gidrotubatsiya* o'tkaziladi. Bu usulning maqsadi dori moddasini avval bachadon bo'shlig'iga, u yerdan bachadon naylariga yuborishdan iborat. Bachadon naylarini davolash, o'tkazuvchanligini ta'minlash maqsadida, bachadon bo'shlig'i va bachadon naylariga quyidagi aralashma, ya'ni lidaza, gidrokortizon, antibiotiklar fiziologik eritma bilan birga yuboriladi.

*Kompyuter tomografiyasi* yordamida a'zo qavatma-qavat tekshiriladi. Uning afzalligi shundaki, tekshirilayotgan a'zodagi patologik o'zgarishlar joyi aniq ko'rinadi va aks etadi.

*UTT* o'zining oddiyligi, zararsizligi, aniq natija berishi bilan hozirgi zamon tibbiyotida ko'p qo'llanilmoqda. To'qimalar nur o'tkazuvchanligining har xil ekanligi ultratovush to'lqinlarida aks etadi. To'qimalarda patologik o'zgarishlar bo'lganda, uning qalinligi, konsistensiyasi va tuzilishi o'zgaradi. Bu usulni *transabdominal* (qorin devori ustidan) va *transvaginal* (qin orqali) o'tkazish mumkin. Bunday usul yordamida tibbiyotda organizmdagi bir qancha patologik jarayonlarga aniq tashxis qo'yiladi.

*Diagnostik maqsadda bachadon bo'shlig'ini qirish.* Diagnostik maqsadda bachadon bo'shlig'i quyidagi vaziyatlarda qiriladi: qon ketganda, hayz sikli buzilganda, rak, polinoz xastaliklari gumon qilinganda, homiladorlikni to'xtatish maqsadida.

Tashqi jinsiy a'zolarga ishlov berilgandan so'ng ko'zgu qinga kiritilib, qin va bachadon bo'yniga mahkamlanadi. Kichik o'lchamli kuretka—qirg'ich yordamida bachadon bo'shlig'i shilliq qavati qiriladi. Olingan qirindi spirt yoki formalinli idishga solinadi va yo'llanma bilan birga, gistologik tekshirish maqsadida, laboratoriyaga yuboriladi.

Tibbiyot hamshirasi kerakli asbob-uskunalar, bemorni tayyorlash, tashqi jinsiy a'zolarga ishlov berish, steril stol tayyorlashni bilishi va shifokorga muolaja o'tkazishda yordam berishi zarur. Hamshira kerakli yo'llanmani to'ldirib, muolajani maxsus daftarga yozadi, ishlatilgan asboblarni dez.eritmaga solib, ularni zararsizlantiradi.

Har qanday holatlarda hamshira bemorga muolaja vaqtida shoshilinch yordam ko'rsatishi va shifokor ko'rsatmalarini to'liq bajarishi kerak.

---



### 12.1. Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarining tasnifi, kelib chiqish sabablari

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanishi ginekologik kasallik hisoblanadi. Poliklinikaning akusherlik bo'limiga turli kasalliklar bilan murojaat etayotganlarning 60—70% li shunday kasallik bilan og'rikan bemorlar tashkil qiladi. Bular, asosan, nospetsifik yallig'lanish jarayoni bo'lib, ayol jinsiy a'zolariga stafilokokk, ichak tayoqchasi, streptokokk, viruslar, xlamidiyalar, shuningdek, turli xil mikroblar tushishi bo'lib, ular ana shu xastalikka sabab bo'ladi.

Ayrim hollarda yallig'lanish holati emizikli ayolning organizmiga zamburug'lar (shu'lali zamburug') va boshqa qo'zg'atuvchilarning tushishi bilan bog'liq bo'ladi. Bunda infeksiyalar ko'proq yallig'lanish aralashmasidan kelib chiqadi.

Kasallikni aniqlash qindan olingan surtmalar, yiringni punksiya qilib va yiringli o'choqdan kesib olingan materialni ekish yo'li bilan o'tkaziladi.

Yallig'lanish kasalligi bemorning umumiy ahvoliga ta'sir qiladi, mehnat qobiliyatini pasaytiradi, hayz ko'rishni buzadi, oqibatda, bepushtlikka olib kelishi va hattoki o'lim bilan tugashi ham mumkin. Ayolning ichki a'zolaridagi turli xil kasalliklar immunitetning pasayishiga olib keladi, organizmning kuchsizlanishi esa jinsiy a'zoldagi yallig'lanish kasalligi o'tishini og'irlashtiradi. Yallig'lanish to'qimalarda qon aylanishining buzilishi, shish, mahalliy leykositoz va limfositoz bilan namoyon bo'ladi, bemor umumiy holati o'zgaradi, harorati ko'tariladi, o'zini yaxshi his qilmaydi, og'riqlar paydo bo'ladi, qon tarkibi o'zgaradi.

Ayol jinsiy a'zolarida o'tkaziladigan jarrohlik operatsiyalari (bachadon ichini tozalash, punksiya, biopsiya va boshqalar) yallig'lanish qo'zishiga sabab bo'ladi.

Barcha yallig'lanish holatlari o'tkir, qisman o'tkir va surunkali shaklda borishi mumkin. Kasallikning kechishi davoning to'laqonli o'tkazilishiga, umumiy va jinsiy tartibning saqlanishiga bog'liq bo'ladi.



Hozirgi kunda ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanishining klinik manzarasi yaqqol namoyon bo'lmay, surunkali shaklda, tez-tez qo'zib turadigan tusda o'tadi. Ko'pincha ayollarda bachadon qo'shimchalarining yallig'lanishi uchraydi. Barcha jinsiy a'zolar yallig'lanish jarayoni ikki xil bo'ladi:

- 1) tashqi jinsiy a'zolarning yallig'lanishi;
- 2) ichki jinsiy a'zolarning yallig'lanishi.

## 12.2. Tashqi jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari

**Vulvit** qin dahlizining yallig'lanishidir. U birlamchi yoki ikkilamchi bo'lishi mumkin. Birlamchi vulvit ko'proq qizlarda jarohat olganda yoki jinsiy a'zolar gigiyenasi buzilganda paydo bo'ladi (siydik va najas ajratgandan so'ng tozalash o'tkazilmaganda, umumiy gigiyena buyumlaridan foydalanilganda: sovun, sochiq, umumiy o'rin-ko'rpa). Vulvit kelib chiqishiga yuqumli kasalliklar epitelial qoplamlarining nozikligi sabab bo'ladi. Ikkilamchi vulvit ko'pincha ichki jinsiy a'zolari yallig'langan ayollarda uchraydi. Vulvit o'tkir va surunkali shaklda o'tadi. O'tkir vulvitda jinsiy lablar, klitor qizarishi, yiringli ajralmalar, to'qimalar shishi va qichishishi kuzatiladi. Ba'zida o'tkir kondilomalar (to'qimalarning o'sib ketishi) paydo bo'lishi bilan o'tadi. Surunkali vulvitda giperemiya, qichishish, achishish, ikkilamchi vulvitda ayrim hollarda jinsiy lablar gipertrofiyasi bilan namoyon bo'ladi. Vulvitni tashxislashda anamnez yig'ish, bemor shikoyatlari va ginekologik tekshiruvlar asos bo'ladi.

O'tkir vulvitni davolashda bemorga yotish rejimi buyuriladi, tashqi jinsiy a'zolarini tozalash o'tkaziladi, kaliy permanganat (1 : 10000) eritmasi yoki moychechak damlamasi, borat kislotasining 2—3% li eritmasi bilan kuniga 3—4 marta chayish, vanna qilish, furatsilin eritmasi (1 : 5000) yoki evkalipt (10,0 : 200,0) tindirmasi bilan tashqi jinsiy a'zolar 3—4 marta namlab turish tavsiya etiladi.

Vulvitda qichima kuchayib ketsa, 5% li anestezin malhami surkaladi.

Xususiy mikroflorik vulvit paydo bo'lsa, antibiotiklar, furazolidon, uyqu vositalari tavsiya etiladi. Ichki a'zolar yallig'lanish kasalligi bilan vulvit qo'shib namoyon bo'lsa, bir vaqtning o'zida yuqoridagi davolar birga qo'shib olib boriladi.

Qizlarda kurash kuchini oshirish uchun quvvatlovchi davo tavsiya etiladi. Vulvit profilaktikasi gigiyenik tadbirlarga rioya qilish,

ekstragenital va genital patologiyalarni o'z vaqtida davolash yo'li bilan o'tkaziladi.

**Bartolinit** qin dahlizi katta bezining yallig'lanish shaklidir. Mikroblar katta dahliz bezining sekret chiqaruvchi yo'llariga kirib olib, yallig'lanish jarayoniga sabab bo'ladi. Sekret yo'llarining tashqi yoriq atrofida katta va kichik lablarning yuqoridagi uchdan bir qismida yuzaga keladi. Sekret yo'llari yiringli tiqin bilan berkilib qolib, soxta abscessni yuzaga keltiradi. Bemorning tashqi jinsiy a'zolari sohasida, jinsiy yoriq ochilganda, keskin og'riq borligidan shikoyat qiladi. Teri giperemiyalangan, ko'kargan, shishgan, harorat subfebril bo'ladi. Abscess o'zi mustaqil yorilishi yoki yiringli tiqin paydo bo'lishi natijasida tobora kattalashib boradi. Bemor ahvoli og'irlashib boradi, harorati ko'tariladi va jinsiy lablar atrofidagi og'riq va shish kuchayib boradi. Yaqin joylashgan limfatik tugunlar og'riqli va kattalashgan bo'ladi. Bunday holda jarrohlik yo'li bilan abscess o'chog'i ochiladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida yallig'lanish jarayonini cheklash maqsadida muz xaltalar qo'yiladi, antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar buyuriladi. Abscess mustaqil ravishda yorilganda jarohat yuzi 3 % li vodorod peroksid eritmasi bilan chayiladi va shu yerga Vishnevskiy malhami qo'yib bog'lanadi. Ba'zida qaytalanuvchi bartolonitlarda bezlar o'yib olib tashlanadi.

Tibbiyot hamshirasi yuqorida qayd etilgan muolajalarni bajara olishi va bemorga uy sharoitida bunday muolajalarni qanday bajarish tartib-qoidalarini tushuntirishi lozim.

### 12.3. Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

**Kolpit** qin shilliq qavatining yallig'lanish kasalligi. Kasallikni aralash flora keltirib chiqaradi. Bemor jinsiy aloqa vaqtida o'tkir og'riq, qinning achishishi, ko'p miqdordagi ajralmalar xususida shikoyat qiladi. Qinning shilliq qavati qizargan, ajralma seroz yoki yiringli bo'ladi. Menopauza davrida kuzatiladigan *qarilik kolpiti* farqlanib organizmda estrogenlar pasayishi natijasida shilliq qavat atrofiyalanadi, burmalar tekislanadi, qizarish paydo bo'ladi, oson shikastlanadi, infeksiyalandi. Oqibatda, og'riq, ajralmalar oqishi, yarachalar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Nospetsifik kolpitni davolashda furatsillin, kaliy permanganat eritmaları bilan qin chayiladi yoki vanna o'tkaziladi, so'ngra streptotsid yoki sintomitsin emulsiyali tamponlar yoki shamchalar kiritib qo'yiladi.

Muolaja 15—20 kun davomida kechasi o'tkaziladi. Tampon yoki shamcha ertasiga ertalab olib tashlanadi.

Spetsifik (zamburug'li) kolpirlarda gino-pevaril, ovidon zamburug'ga qarshi antibiotiklar (nistatin, levorin), boraks, 1 % li metilen ko'kidan foydalaniladi. Bu davolash usuli 2— 3 hayz sikli davomida o'tkaziladi.

Qarilik kolpirlarida qin devorlari chayilgandan so'ng, 3 % li vodorod peroksid surtib, so'ngra baliq moyi, prednizolon yoki Vishnevskiy malhamiga botirilgan tampon qo'yiladi.

### **Qin vannasi o'tkazish.**

**Jihozlar:** ginekologik kreslo, qin ko'zgusi, rezina qo'lqoplar, sterillangan material, dori-darmon vositalari, qin vannasi uchun qo'llaniladigan vositalar, kornsanglar, 3%li xloramin eritmasi, dez. eritma.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- bemorga davolash mohiyati tushuntiriladi;
- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi;
- tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiya vositalari bilan yuviladi;
- qo'lqop almashtiriladi;
- Kusko ko'zgusi qin ichiga kiritiladi, dokali tampon bilan kornsangda qin ajralmalari tozalanadi;
- qinga 37°C gacha ilitilgan dori (20—25 ml) 15—20 daqiqaga qo'yiladi;
- 15—20 daqiqadan so'ng qin quruq tampon bilan artib quritiladi;
- ko'zgu chiqarib olinadi;
- 20 daqiqagacha kichik jinsiy lablar orasiga quruq salfetka qo'yiladi;
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi;
- ko'zgu 3 % li xloramin eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi.

#### **Qinga tampon va sepma dorilarni kiritish.**

Hamshira tampon va sepiladigan dorini tayyorlash va uni qinga qo'yishni bilishi zarur.

**Jihozlar:** ginekologik kreslo, ko'targichli ko'zgu, rezina qo'lqoplar, sterillanangan material, qinga qo'yiladigan va sepiladigan dori vositalari, kukun purkagich, 3 %li xloramin eritmasi, dez. eritma.

#### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- davolash usulining mohiyati bemorga tushuntiriladi;
- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi;

- qo‘lqop kiyiladi;
- jinsiy a‘zolar dez. eritma bilan yuviladi;
- qo‘lqop almashtiriladi;
- qinga ko‘targichli ko‘zgu qo‘yib, yordamchining qo‘liga beriladi;

- bachadon bo‘ynini ochib qin yon devorlari, gumbazlari, bachadon bo‘yni kornsangda quruq tampon bilan artiladi. Uzun pinset yordamida qinning orqa gumbaziga dori vositasi shimdirilgan tampon qo‘yiladi;

- pinset bilan tamponni ushlab turgan holda, ko‘zgu qindan ehtiyotlik bilan chiqarib olinadi;

- pinset chiqarib olinadi va tampon uchi tashqi tomondan 2—3 sm qoldirib kesiladi;

- ko‘zgu va pinset 3 % li xloramin eritmasiga solib qo‘yiladi;

- qo‘lqopni yechib, qo‘llar yuviladi.

### **Qinga dori kukuni sepish.**

Bunda:

- qinga Kusko ko‘zgusi kiritiladi;

- tampon qo‘yilgan paytdagi harakatlar bajarilib, maxsus asbob — kukunpurkagich bilan qin ichiga dori kukuni sepiladi;

- tashqi jinsiy a‘zo va orqa chiqarish teshigiga shu kukundan sepiladi;

- qin tashqi tomondan quruq salfetka bilan yopiladi.

### **Qinni chayish.**

Tibbiy jihozlarni tayyorlash va bemorga mustaqil ravishda o‘zi qinni chayish tartibi tushuntiriladi.

**Jihozlar:** ginekologik kreslo yoki kushetka, ginekologik uchligi bo‘lgan Esmarx krujkasi, kornsanglar, qo‘lqoplar, dez. eritma, steril material, 3% li xloramin eritmasi, chayish uchun dori moddalari.

### **Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga davolash maqsadi tushuntiriladi;

- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi;

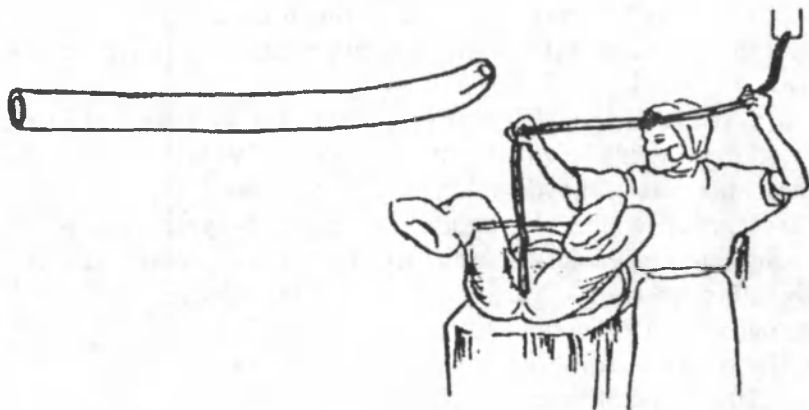
- krujka maxsus shtativga o‘rnatiladi. U bemor gavdasidan ko‘pi bilan 50 sm baland bo‘lishi kerak;

- qo‘lqop kiyiladi;

- tashqi jinsiy a‘zolar kaliy permanganat (1:6000) eritmasi bilan tozalanadi;

- krujkaga 36—37°C gacha ilitilgan dori eritmasi quyiladi;

- qo‘lqoplar almashtiriladi;



45- rasm. Qinni chayish.

— chap qo‘lning ko‘rsatkich va bosh barmog‘i bilan bemorning jinsiy katta va kichik lablari ochiladi;

— o‘ng qo‘l bilan uchligi bor krujka pastga tushiriladi, undan kam miqdorda dori modda chiqariladi (havoni haydash va sovuq eritmani chiqarib yuborish maqsadida);

— uchlik o‘ng qo‘l bilan qinning orqa devori bo‘ylab 5—6 sm chuqurlikda kiritiladi;

— tayyorlangan eritmaning barchasi bilan qin chayiladi;

— qin dahliziga 1 soatga quruq salfetka qo‘yiladi;

— qo‘lqoplar yechilib, qo‘llar yuviladi.

Agar ayol uy sharoitida qinni chayish muolajasini bajarmoqchi bo‘lsa, unga bu ishlarning barchasini kushetkaning yoniga tog‘ora qo‘yib yotgan holda yoki vanna yonida turib bajarish lozimligi tushuntiriladi.

#### 12.4. Bachadonning yallig‘lanish kasalliklari

**Endoservitsitni** stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, enterokokk, mikoplazma va boshqa qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqaradi. Endoservititning paydo bo‘lishiga tug‘uruq vaqtida bachadon bo‘ynining yirilishi, abort va boshqa jarrohlik aralashuvlari ham sabab bo‘ladi. Bemor deyarli shikoyat qilmaydi, lekin tekshirilganda bachadon bo‘yni qalinlashgan bo‘ladi. Servikal kanal ko‘zgu yordamida ochilganda u yerda giperemiya va shilliqli ko‘p ajralmalar borligi aniqlanadi. Kasallikning o‘tkir davrida 10 % li natriy xlorid yoki 2—3 % li natriy gidrokarbonat va sulfinilamid preparatlarining iliq eritmalari bilan qinni chayish tavsiya etiladi.

Kasallikning surunkali davom etadigan turida protorgol yoki kollorgol eritmalari bilan vannalar, rux bilan elektroforez tavsiya etiladi.

Endoservitsida shilimshiq ajralmalar kelishi natijasida bachadon bo'ynida ba'zan eroziya hosil bo'ladi va ko'pincha undan bemor shikoyat qilmaydi, lekin jinsiy aloqa paytida qonli ajralma kelayotganini aytadi. Ko'zguda bachadon bo'ynining u yer-bu yeridagi peremiya kuzatiladi. Kolposkopiya yordamida aniq chegaralangan tiniq qizil dog' ko'ringanda tashxis oydinlashadi. Patologiya xarakteri epiteliy to'qimasining holatiga qarab belgilanadi. To'qimaning gistologik tekshiruvini o'tkazish uchun eroziya yuzasidan biopstat olinganda shilliq qavat to'qimasida epiteliy yo'qligi aniqlanadi. Agar atipik hujayralarga shubha qilinsa, sitologik tekshiruv o'tkaziladi. Bachadon bo'ynidagi eroziya konservativ usulda 2 hafta davomida endotservitsitga o'xshash yo'l bilan davolanadi. Shuningdek, kalonxoy malhami, oblepixa, baliq va na'matak moyi bilan tampon qo'yish tavsiya etiladi. Agar 2 haftalik konservativ davo natija bermasa, eroziya yuzasidan biopsiya olinadi. Atipik hujayralari bo'lmaganda bachadon bo'yni elektrokoagulyatsiya qilinadi. Bachadon bo'yni eroziyasi uning yirtilishlari bilan birgalikda kuzatilsa, plastik operatsiya o'tkaziladi.

**Metroendometrit** bachadon muskul va shilliq qavatining yallig'lanish kasalligi. Uning paydo bo'lishiga bachadon ichidagi xastaliklarda va turli xil muolajalar, bachadon bo'shlig'ini qirish, tug'uruqdan keyingi asoratlar, polipektomiya va boshqalar sabab bo'ladi. Bunda endometriyning funksional va bazal qavati bilan birgalikda, ular bilan zich bog'langan muskul qavati ham zararlangan bo'ladi.

Bemor qornining pastki sohasidagi og'riqdan va harorati ko'tarilishidan shikoyat qiladi, umumiy ahvoli og'irlashadi. Qin orqali tekshirilganda bachadon biroz kattalashganligi aniqlanib, qo'l bilan ta'sirlantirilganda kuchli og'riq seziladi. Qonning umumiy tahlilida leykositoz, ECHT ning tezlashgani aniqlanadi.

**Davolash** uchun kasallikning o'tkir bosqichida sovuq qo'llash, antibiotiklar, sulfanilamidlar, metronidazol, og'riqni qoldiruvchi, desensibilizatsiyalovchi va vitamin preparatlardan foydalaniladi.

**Andeksit** (salpingooforit) bachadon naylari va tuxumdonlarining yallig'lanish kasalligi. Bu kasallikning qo'zg'alishiga turli xil mikrofloralar, ko'p hollarda jarayonning tarqalishiga bachadondagi ko'tariluvchi infeksiya sabab bo'ladi. Kam hollarda qo'shni

a'zoldagi (to'g'ri ichak, qovuq, chuvalchangsimon o'simta) yallig'lanishlardan o'tadi. Kasallik o'tkir, qisman surunkali, bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bachadon naylari va tuxumdon bir xilda yallig'lanadi. Bachadon naylarida yiringlash holati vujudga kelib, yo'li to'silib qolsa, naylarda shish paydo bo'ladi (piosalpinks). Tuxumdonda yiringlar paydo bo'lsa, *pioovarium* deyiladi. O'tkir andeksit belgilari juda xilma-xildir. Bemorning umumiy holati o'zgaradi, harorati ko'tariladi, titrash yuzaga keladi, darmonsizlik, bosh og'rig'i, og'iz qurishi, ko'ngil aynashi, qusish yuzaga keladi. Mahalliy belgilar namoyon bo'lganda kuchayib boruvchi og'riq paydo bo'ladi va og'riq qovurg'aosti sohasiga, bel, dumg'aza, songa tarqaladi.

Qindan ajralmalar kelishi turli xil bo'lishi mumkin — serozli, yiringli, qonli. Hayz sikli ham buziladi. Yetarlicha davolanmaslik natijasida kasallik surunkali turga aylanadi. Bachadon naylari berkilib qoladi va ayol bepushtlikka uchraydi. Bemordan olingan ma'lumotlar va obyektiv tekshiruvlarga asoslanib tashxis qo'yiladi.

Ginekologik ko'rik paytida bachadonning yon tomonlarida kattalashgan, og'riqli tuxumdon paypaslanadi. Tashxisni aniq qo'yish uchun kasallik qo'zg'atuvchisini topish va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash kerak. Bachadon ortiqlari yallig'lanishining o'tkir va yarimo'tkir davrida bemor faqat stasionar sharoitda davolanadi. Kasallik surunkali turga o'tib ketmasligining oldini olish zarur, shundagina homiladorlikni ko'tara olmaslik, bachadondan tashqaridagi homiladorlik kabi asoratlarning oldi olinadi. Davolash organizmning barcha hayotiy ehtiyojlarini, ayniqsa, himoya va moslashuv funksiyalarini tiklash uchun xizmat qilishi kerak. Yallig'lanishni cheklash uchun, qaysi antibiotikka sezuvchanligini hisobga olgan holda, antibiotiklar (sefomezin, siprolet, tarivid va boshqalar) qo'llaniladi.

Autogemoterapiya usuli bilan 10 %li kalsiy xlorid yoki kalsiy glukonat, shuningdek, pirogenal va B<sub>6</sub>, B<sub>1</sub> vitaminlaridan foydalanish yaxshi natija beradi. Kasallikning tinch davrida fizioterapiya, ignali refleksoterapiya tavsiya etiladi. Organizmning reaktivligini oshirish uchun autogemoterapiya bilan birga aloe, FIBS, polivitaminlar, ko'rsatmalarga ko'ra esa zaharlanishdan himoyalovchi terapiya tavsiya etiladi. So'ngra bemorlar balchiq va balneologik davolash maskanlarida davolanishni davom ettiradilar. Agar bemorda yiringli salpingit bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

**Parametrit** bachadon atrofidagi kletchatkalarining yallig'lanish kasalligi. U ko'pincha tug'uruqdan keyingi davrda bachadon va uning

ortiq-lari kasallanganda, ginekologik operatsiyadan so'ng paydo bo'ladi. Chanoq kletchatkasining anatomik xususiyatlari bu jarayonning tarqoq holatda o'tishiga olib keladi. Ko'p hollarda parametrit stafilokokk va streptokokk ta'sirida rivojlanadi. Hosil bo'lgan to'qima zichlashuvi yiringlashi mumkin va mustaqil ravishda qinga, to'g'ri ichakka, undan qorin bo'shlig'iga o'tib, pelviope-ritonit va peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Parametrit simptomlari turlicha bo'lib, umumiy ahvolining o'zgarishidan to (darmonsizlik, haroratning ko'tarilishi, titrash) lokal simptomlar (qorinning pastki qismida og'riqlar to'g'ri ichakka, songa, dumg'azaga, qovuqqa tarqaladi, siyish va defekatsiyaning qiyinlashuvi) gacha kuzatiladi. Parametrit davomiyligi uzoq cho'ziladi, retsidivlari esa bachadonning bukilishi, chanoq bo'shlig'ida chandiqlanish va boshqa asoratlarga olib keladi. Tashxis anamnez va ginekologik tekshiruvlar asosida qo'yiladi. Bunda orqa gumbazda bo'rtgan og'riqli, bachadonning orqa yoki yon tomonlarida kam harakatchan qisman og'riqli infiltrat seziladi. Kasallikning boshlang'ich davrida yotish tartibi buyuriladi. Umumiy quvvatlovchi terapiya, sovuq vositalar, antibiotiklar, elektromuolajalar, Vishnevskiy malhami bilan tampon qo'yish va davolovchi mikrohuqnalardan foydalaniladi.

Yumshoq to'qimaning yiringlab ketishida uni davolashning yagona usuli kolpotomiya (yiringli bo'shliqni qin orqali ochish) dan iborat.

Butsimon kesilgan joyga drenaj naycha qo'yiladi, u orqali yiring oqib ketadi va antibiotiklar yuboriladi.

#### **Mikrohuqna qo'yish.**

**Jihozlar:** kushetka, Esmarx krujkasi, qo'lqoplar, kornsanglar, steril material, 3% li xloramin eritmasi, rezina nokcha, vazelin va dori-darmonlar, tuvak.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga muolaja mohiyati tushuntiriladi;
- qo'lqop kiyiladi;
- bemorni chap yonboshi bilan yotqizib, tozalovchi huqna o'tkaziladi;
- ichaklar bo'shagandan keyin tashqi jinsiy a'zolar, anus atrofi va son sohalari dez.eritma bilan yuviladi;
- bemorga yonboshlab yotish va yuborilgan eritmani ushlab turish aytiladi;
- nokcha dez.eritmaga solib qo'yiladi;
- qo'lqop yechilib, qo'llar yuviladi.



**Pelvioperitonit** chanoq qorin pardasining yallig'lanish kasalligi. Bachadon, uning ortiqlari, unga qo'shni a'zolarining yallig'lanishi, bachadon shikastlanishi pelvioperitonit rivojlanishiga sabab bo'ladi. Pelvioperitonit seroz va yiringli turlarga bo'linadi. O'tkir pelvioperitonitning belgilari: harorat 39—40°C gacha ko'tariladi, titrash, yurak urishining tezlashuvi kuzatiladi, til quruqlashadi, kulrang karash bilan qoplanadi, qorin shishadi. Paypaslab ko'rilganda ko'proq epigastral sohada og'riq kuzatiladi. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda ekanligi aniqlanadi. Qonda anemiya, leykositoz, ECHTning ko'tarilganligi ko'rinadi. Pelvioperitonitni davolash uchun birinchi navbatda shu jarayonni to'xtatishga harakat qilinadi. Zaharlanishning oldini olish, mikroblar rivojlanishini to'xtatish, bemordagi og'riqni kamaytirish chora-tadbirlari ko'riladi.

Shu maqsadda, qat'iy yotoq rejimi, yuqori quvvatli yengil hazm bo'ladigan taomlar buyuriladi. Gavdaning yuqori qismi baland ko'tarib qo'yiladi. Natriy, kaliy, oqsil, vitamin, glukozaga boy ovqatlar tavsiya etiladi.

Qorinning pastki qismiga muz xalta har soatda, orada tanaffus bilan, 1—1,5 soatga qo'yiladi, og'riq qoldiruvchi va tinchlantiruvchi vositalar, venaga 10 %li 10 ml kalsiy xlorid eritmasi yuboriladi. Bemor sezuvchanligini hisobga olgan holda uzoq ta'sir etuvchi antibiotiklar beriladi. Venaga dezinfeksiyalovchi vositalar yuboriladi. O'tkazilgan davolash usuliga qaramay, yiring to'plansa, jarrohlik usuli qo'llaniladi (yiringli sohaga qin tomondan yoki qorin pardasi orqali o'tib yiring tashqariga chiqariladi). Bu holat butun qorin bo'shlig'iga tarqab og'ir asoratga — tarqoq peritonitga sabab bo'lishi mumkin.

**Ginekologik sepsis** patologik holat bo'lib, doimiy yoki goh-gohida stafilokokk, streptokokk va boshqa mikroblarning yiringli yallig'lanishi o'choqlaridan va operatsiya jarohati o'rnidan qonga o'tishidir.

Bu kasallik septitsemiya (toksinlar to'qimada degenerativ o'zgarishlar paydo qiladi) va septikopiyemiya (aralashgan to'r, metastatik yiringli jarayonlarning turli xil a'zo va to'qimalarda ko'rinishi) turlariga ajratiladi.

Piyemiya va septitsemiyada harorat ko'tariladi, titrash, taxikardiya kuzatiladi, septitsemiyada xastalik belgilari shiddat bilan rivojlanadi va ko'p hollarda septik (bakterial) shok kuzatiladi, bunda intoksikatsiya natijasida arterial bosim keskin tushib ketadi, ajralayotgan siydik miqdori pasayadi, nafas olish qiyinlashadi,

taxikardiya kuzatiladi. Bu holatlar o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligiga olib keladi va bemor o'lishi ham mumkin.

Bunday kasallik bilan og'rigan bemorlarning parenximatoz a'zolarida o'zgarishlar paydo bo'ladi (toksik gepatit), ECHT oshadi. Leykositoz, anemiya, siydik tarkibining o'zgarishi (gialin silindrlar paydo bo'ladi). Bunday holatda bemorga suv—tuz—oqsil almashinuvini ta'minlashdan iborat davo buyuriladi. Yurak-qon tomir faoliyatini yaxshilash uchun preparatlar, vitaminlar, og'riqni qoldiruvchi dori vositalari, desensibilizatsiya terapiya o'tkaziladi. Sifatli, yengil hazm bo'ladigan ovqatlar buyuriladi. Kasallikka qarshi mahalliy terapiya o'tkaziladi. Buning uchun keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotiklardan foydalaniladi.

Jinsiy a'zolarida yallig'lanish bo'lgan ayollarning holatidagi o'zgarishlardan shifokorni vaqtida boxabar etish zarur. Tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmasiga binoan diagnostika va davolash muolajalarining barchasida ishtirok etadi. U bemorning umumiy parvarishi bilan shug'ullanadi (gigiyena, ovqatlanish va boshqalar). Zarur bo'lib qolganda — ekstremal vaziyatlarda kechiktirib bo'lmaydigan yordam ko'rsatiladi. Konservativ va jarrohlik muolajalariga asboblarni tayyorlash uchun hamshira har bir muolajaning bajarilish texnikasini bilishi shart.

Tibbiyot hamshirasining hushyorligi va mahorati bemorlarda vujudga kelgan har qanday patologik holatga ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarining profilaktikasi, ya'ni kasallikning oldini olish maqsadida o'tkaziladigan chora-tadbirlar shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilish, abortdan saqlanish, jarrohlik muolajalarida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish, o'z vaqtida jinsiy a'zolarining yallig'lanishi va boshqa kasalliklarni diagnostika qilish va davolashdan iborat.

**Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik (xususiy) yallig'lanish kasalliklari.** Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalligini spetsifik mikroblar florasi: trixomonada, xlamidiya, gonokokk, sil tayoqchasi va boshqa qo'zg'atuvchilar keltirib chiqaradi.

**Trixomonoz.** Qindagi trixomonadalar orqali yuqadigan yuqumli kasallik. Trixomonadalar tashqi muhitga juda chidamsiz bo'lib, ular jinsiy yo'l orqali yuqadi. Juda ko'p hollarda trixomonadalar gonokokklar bilan bir vaqtda organizmga tushadi. Bu mikroblar qinning siydik chiqarish kanalini, qin dahlizidagi

bartolin bezlarini, bachadonning servikal kanalini, bachadon ortiqlarini shikastlaydi.

Ko'proq trixomonadali kolpitlar uchraydi. Bemor haddan ziyod ko'p keladigan noxush hidli ajralma va qichishishdan shikoyat qiladi. Kasallik surunkali davom etuvchi xarakterga ega bo'lib, jinsiy juftliklar bir xilda zararlanadi. Ko'zgular orqali qin devorlarida ko'plab qizil rangli granulemalar borligi va ular o'tkir uchli kondilomaga aylanib borayotganligi kuzatiladi. Bemorning shikoyati, ginekologik ko'rik va qin ajralmasi bakterioskopik tekshirish yo'li bilan tashxis qo'yiladi.

Kasallikning o'tkir davrida moychechak (romashka) yoki marmarak (shalfey) damlamasi, kaliy permanganat (1:6000) yoki furatsilin (1:5000) eritmasi bilan qinni chayish tavsiya qilinadi. So'ngra qinga osarsol kukuni, glitserinli borat kislotasi sharchalari tampon holida kiritiladi. Kasallikning surunkali ko'rinishida 20 kun davomida qinni furatsillin eritmasi (1:5000) bilan chayish va 12 soatga glitserinli boraks tamponi qo'yish tavsiya etiladi. Bir vaqtning o'zida sxema bo'yicha metronidazol (trixopol, fligal) tavsiya etiladi.

Trixomonoz kasalligini davolashda tinidazol ham juda yaxshi natija beradi. Bunday vaqtda mahalliy davolash doim ham tavsiya etilavermaydi. Jinsiy juftliklar bir vaqtda davolanishi shart.

**So'zak (gonoreya).** So'zakni qo'zg'atuvchisi gonokokk bo'lib, u faqat nam muhitda ko'payish xususiyatiga ega, shuning uchun u tashqi muhitda tez nobud bo'ladi. Infeksiya, asosan, jinsiy yo'llar orqali yuqadi. So'zak tarqalishi jihatidan trixomonozdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. So'zak ko'p o'choqli kasallik bo'lib, akusher-ginekolog, dermatovenerolog, urologga murojaat qilgan ayollar kompleks ravishda gonokokklarni aniqlash uchun tekshirilishi lozim. So'zak tashxisi anamnez, jinsiy a'zolarini ko'rikdan o'tkazish va laboratoriya tekshiruvlariga (mikroskopik, bakteriologik) asoslanib qo'yiladi.

Sifatli surtma jinsiy a'zoning turli joylaridan 2%li borat kislota eritmasi yoki oddiy quruq, steril paxta tamponi bilan yaxshilab tozalangandan keyin olinadi. Surtmani siydik yo'li kanalidan, bachadon bo'yni kanalidan, to'g'ri ichak, qin dahlizi, vestibular bezlardan olish zarur. Buning uchun avval qin tomondan bezlar massaj qilinadi.

#### **So'zakka surtma olish.**

**Jihozlar:** kreslo, ko'zgu, qo'lqop, kornsang, pinset, buyum oynasi, steril sharcha va salfetkalar, 3%li xloramin eritmasi, dez.eritma, 2% li borat kislota eritmasi, surtma uchun yo'llanma, natriy xloridning izotonik eritmasi.

### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- muolaja mohiyati bemorga tushuntiriladi;
- bemor kresloga yotqiziladi;
- qo‘lqop kiyiladi;
- dez.eritma bilan tashqi jinsiy a‘zolar yuviladi;
- 2 %li borat kislota eritmasida ho‘llangan kornsangdagi sharchalar bilan surtma olinadigan sohalar artiladi;
  - alohida pinset bilan quyidagi tartibda surtma olinadi: siydik yo‘li kanali teshigidan, anus va qindan; qin tomondan vestibular—dahliz bezlari massaj qilinadi va shundan keyin ularni siqib turib surtma olinadi;
    - to‘g‘ri ichakdan chiqayotgan ajralmalarni olish uchun unga 50—80 ml natriy xloridning ilitilgan izotonik eritmasi yuboriladi. Yuvindi steril idishga yig‘iladi. Suyuqlikdan shilimshiq donachalarni olib, buyum oynasiga yupqa qilib surtiladi;
      - bachadon bo‘ynini ko‘zgu bilan ochib, qin va bachadon bo‘yni paxtali sharchalar bilan artiladi;
      - qinning yuqori qismidan surtma olinadi;
      - anatomik pinset yordamida servikal kanaldan surtma (1 sm chuqurlikka kiritib, servikal kanaldan) olinadi;
      - barcha olingan surtmalar turli xil buyum oynachalariga yupqa qilib surkab va spirt alangasida quritiladi;
      - ko‘zgu va pinsetlar 3%li xloraminga solinadi;
      - qo‘lqopni yechib, qo‘llar yuviladi;
      - hamma surtmalarga yo‘llanma yozib, laboratoriyaga yuboriladi.

Surunkali so‘zakda qo‘zg‘atuvchi—provokatsiya (qo‘zg‘atish) usulidan foydalanib aniqlanadi.

1. **K i m y o v i y u s u l .** Siydik kanali teshigiga 1—2 %li kumush nitrat eritmasi surtiladi. Bachadon bo‘yni kanaliga esa 2—5 %li kumush nitrat yoki glitserinli Lugol eritmasi surtiladi.

2. **B i o l o g i k u s u l .** 0,5 ml gonovaksina yoki pirogenal mushak orasiga yuboriladi, shuningdek, 2 %li sinestrol ham qo‘llash mumkin.

3. **A l i m e n t a r u s u l :** achchiq-sho‘r ovqat, spirtli ichimliklar tavsiya etiladi.

4. **T e r m i k u s u l :** induktoterapiya yoki diatermiya tavsiya etiladi.

So‘ngra yuqoridagi usul asosida surtma olinadi. Provokatsiya hayz ko‘rish tugashi bilan o‘tkazilsa, natija yaxshi bo‘ladi. Belgilar turli-tuman ko‘rinishda namoyon bo‘ladi.

Kasallik yuqqandan 3—4 kundan keyin aniq simptomlari namoyon bo'ladi. Bemor tashqi jinsiy a'zosining lovullab achishishi va qichishi, juda ko'p ajralma, siydik ajratganda, defekatsiya paytidagi og'riqdan shikoyat qiladi, tez-tez bartolinit belgilari bezovta qiladi, obyektiv ko'rikda siydik chiqazish kanali teshigi, tashqi jinsiy a'zolar atroflarida, orqa chiqaruv teshigining keskin giperemiyalanganligi ko'rinadi. Ginekologik tekshiruv asosida kolpit, endoservitsit belgilari, yiringli ajralmalar ko'rinadi.

Ko'p hollarda infeksiya kirish yo'li orqali yuzaga kelib, metroendometrit, ikki tomonlama andeksit rivojlanadi. Bachadon naylarining yallig'lanishi natijasida har ikki tomon uchi chandiqlanib berkilib qoladi, oqibatda, gidrosalpinks hosil bo'ladi, keyinchalik piosalpinksga aylanadi. Bu holat bachadon naylari berkilib qolishiga va bepushtlikka olib keladi. Agar jarayon kuchayib ketsa, pelvioperitonit va tarqoq peritonit rivojlanishi mumkin.

So'zakni davolashda antibiotiklar bilan infeksiyaga ta'sir ko'rsatish, organizmning reaktivligini oshirish va zararlangan a'zoga mahalliy davo o'tkazish ko'zda tutiladi.

So'zak bilan og'riqan bemorlarni davolash prinsiplari septik etiologiyalik yallig'lanish kasalliklarini davolash usulidan farq qilmaydi. So'nggi vaqtda zanotsin preparati o'zining noxush ta'siriga ega bo'lmaganligi uchun ko'proq qo'llanib kelinmoqda. U ichak, qin va uretra normal mikroflorasini o'zgartirmaydi, immunitetni buzmaydi, antibiotiklar: penitsillin, seflospirin va metronidazollar bilan birgalikda yaxshi va tez davo natijasini ko'rsatadi. Shuning uchun ham davolash muddati qisqaradi. So'zakni davolashda kirin, rosefinni qo'llash (shifokor ko'rsatmasi bilan) yaxshi natija beradi.

So'zakning oldini olish uchun tasodifiy jinsiy aloqalarga yo'l bermaslik, kontratseptiv vositalarni qo'llash, jinsiy a'zolarida kasalligi bo'lgan ayollarni tekshirishda katta ahamiyat berish, tibbiy xodimlar nazoratini o'z vaqtida, reja bo'yicha olib borish, so'zak kasalligi bo'lgan bemorlarni izolatsiya qilish va o'z vaqtida davolash talab etiladi.

**Zahm (sifilis)** — rangsiz spiroxeta go'zg'atuvchi surunkali tanosil kasalligi. Zahm jinsiy yo'l bilan yuqadi. Ba'zida maishiy (kundalik ro'zg'or buyumlari orqali — sochiq, idish-tovoq, kiyim-kechak, o'rin-ko'rpa) yo'l bilan o'tishi ham mumkin.

Klinik manzarasi mahalliy va umumiy ko'rinishda bo'ladi. Mahalliy o'zgarishlar ayol tashqi jinsiy a'zolarining terisi, qin va bachadon bo'ynining shilliq pardasida kuzatiladi. Birlamchi

kasallangan sohada bir, ikkita yoki ko'p sonli qizil-ko'kimtir tubli, chetlari tekis, asosi zich infiltratli yarachalar hosil bo'ladi (qattiq shankr). Ba'zida yuzasi yemirilmagan bo'lishi ham mumkin. Bu vaqtda chov sohasida og'riqsiz bo'lgan limfa tugunlarning kattalashuvi kuzatiladi. Terida zahmga xos toshmalar paydo bo'ladi.

Qattiq shankr bachadon bo'yinchasida avvalgi eroziya ustida paydo bo'lishi mumkin. Bu hollarda bachadon bo'yinchasi kattalashadi, shishadi, oq karashlar paydo bo'ladi, shilliq parda rangi qizil-ko'kimtir tusni oladi. Bir vaqtning o'zida tashqi jinsiy a'zolarida papulalik toshmalar hosil bo'ladi, chov limfadeniti kuzatilmaligi mumkin. Qattiq shankr kamdan kam hollarda qin devorining uchinchi yuqori qismida joylashadi va chov limfadeniti bilan birgalikda namoyon bo'ladi.

Zahmni tashxislash to'la anamnez, obyektiv va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanadi. Zahm kasalligiga shubha paydo bo'lganda, Vasterman reaksiyasiga qon tekshiriladi, yaralar suyuqligidan surtma olinadi (rangsiz spiroxetani izlash uchun).

**Davolash.** Zahmni davolash uchun umumiy xususiy davo o'tkaziladi. Immunitetni ko'tarish maqsadida likopid antibiotik kompleks bilan birgalikda qo'llash yaxshi natija beradi (seftriakson).

Zahmning oldini olishda umumiy va shaxsiy tadbir choralari ko'riladi.

**Ayollar jinsiy a'zosining sili** umumiy silning ko'rinishlaridan biri bo'lib, uni Kox tayoqchasi qo'zg'atadi. Jinsiy a'zolariga qo'zg'atuvchi gematogen, limfogen yo'llar bilan yoki qorin bo'shlig'idagi sil davomi sifatida kirib boradi. Ko'pincha kasallik belgisiz rivojlana borib abort, tug'uruq yoki oddiy infeksiyadan so'ng namoyon bo'ladi.

Sil jarayonining asosiy joylashish sohalari bachadon naylari bo'lib, kamdan kam hollarda bachadon va boshqa a'zolari zararlantiradi.

Tashxis qo'yishda anamnez to'la va sinchkovlik bilan yig'iladi, obyektiv va laboratoriya tekshiruvlari (sitologiya, gistologiya, rentgenologiya va boshqalar) o'tkaziladi.

Klinik kechishi yashirin, ko'zga ko'rinmasdan o'tadi va bepustlikka olib keladi. Jinsiy a'zolar tuberkulozini davolashda etiotrop terapiya, patogenik terapiya davo asosi hisoblanadi. Xususiy davo o'tkazishda uch bosqichdan iborat bo'lgan kimyoterapiya yetakchi o'rin egallaydi. 5—6 oy mobaynida uch xil preparat bilan asosiy davo kursi o'tkaziladi. Qo'shimcha ikki xil preparat bilan 6

oy davomida va quvvatlovchi kurs esa bir yoki ikki xil preparat bilan 2 yil davomida qisqa-qisqa muddatlarda o'tkaziladi. Bu maqsadda streptomitsin, izoniazid, ftivazid, saluzid, PASK, rifampitsin, etambutol, tibon, pirazinamid, sikloserin, kanamitsinlar buyuriladi. Zaharli va qo'shimcha salbiy ta'sir kuchini kesish maqsadida kimyoterapiya o'tkazishda desensibilizatsiyalovchi preparatlar, B guruh vitaminlari, askorbin kislotasi, jigar faoliyatini yaxshilovchi preparatlar ham buyuriladi. Patogenezga ta'sir etish uchun kortikosteroidlar (prednizolon), dekaris, sileninlarni buyurish maqsadga muvofiqdir. Kamdan kam hollarda jarrohlik davosi o'tkaziladi.

Kasallikning oldini olish maqsadida uni o'z vaqtida aniqlash, bemorlarni izolatsiya qilish va to'laqonli davo choralarini o'tkazish, kontaktda bo'lganlarni tekshirib, kuzatib borish katta ahamiyatga ega.

**Xlamidioz, mikoplazmoz va virus infeksiyasi**— ayollar jinsiy a'zolarining xususiy kasalliklarida katta o'rin egallaydi. Bu kasallikni qo'zg'atuvchilar jinsiy sistemangina kasallantirib qolmay, balki siydik yo'llarida ham kuzatiladi. Bu kasalliklarning klinik manzarasi bir-biriga o'xshash bo'lib, ko'proq nospetsifik yallig'lanish kasalliklarini eslatadi. Ular jinsiy aloqa orqali tarqalib, ma'lum epidemiologik xavfni tug'diradi. Davolash uchun antibiotiklar, zubirotiklar va mikozga qarshi preparatlar bilan o'tkaziladi. Xlamidiozni davolashda gi povevaril, diflukan, zanotsin va boshqa preparatlar qo'llaniladi. Kasalliklarning surunkali va qaytalanuvchi shakllarida immunoterapiya buyuriladi va immunofan, T-aktivin, miyeloidlar buyuriladi. Bu qatoridagi kasalliklarni davolashda interferon, vilprafen, spiramitsinlar yaxshi natija beradi. Antibiotiklardan ko'proq tetratsiklin qatoridagi dorilar qo'llanadi. Ikkala juft baravar davolanadi.

**Oddiy herpes virusi** kasalligini shu nomli virus qo'zg'atadi va jinsiy yo'l bilan o'tadi. Bu kasallikning o'chog'i bemor va virus tashuvchi inson hisoblanadi. Kasallangan sohaning qizargan, shishgan shilliq pardalarida, alohida-alohida yoki ko'p sonli suyuqligi bo'lgan pufakchalar (vezikula) hosil bo'lishi kasallikka xosdir, 2—3 kundan so'ng pufakcha yorilib, 3—4 hafta mobaynida bituvchi yara hosil bo'ladi. Vezikulaning paydo bo'lishi qichishish, og'riq, achishish bilan o'tadi. Bu bemorning ahvolini yomonlashishiga olib keladi, subfebril harorat kuzatiladi, yaqin joylashgan limfa tugunlari kattalashadi. Kasallik qaytalanishi mumkin. Bunga sovuq o'tishi, charchash, stress, jinsiy aloqalar sabab bo'ladi. Tashxis anamnez, ginekologik ko'rik va laboratoriya tekshiruv (surtma,

qon) lariga asoslanadi. Kasallikning qaytalanib turishi, kasallikka qarshi xususiy preparatlarning bo'lmaganligi davolashda qiyinlik tug'diradi. Kurash kuchini oshirish, mahalliy davo o'tkazish (antibiotiklar, moychechakli vannalar, kaliy permanganat eritmasi bilan chayish va boshqalar) talab etiladi, gerpetik vaksinalar qo'llaniladi. Oxirgi vaqtda kasallikni davolashda likopid, vilprafen, miyeloid va boshqalar qo'llanilib kelmoqda.

**Kandidoz (kandidomikoz)** — qin shilliq pardasi bachadon va bachadon ortiqlariga o'tuvchi kasallik bo'lib, achitqisimon zamburug'larni ayol organizmiga ekzogen (jinsiy) yo'l bilan tushishi natijasida kelib chiqadi. Kandidoz rivojlanishida immunitetning pasayishi qo'l keladi. Bemorlar tashqi jinsiy a'zolaridagi qichishish, suyuq yoki kepakli suzmasimon yoqimsiz, hidli ajralmalardan shikoyat qiladilar. Qin qizargan, zamburug' ko'chib tushgan epiteliy va leykositlardan hosil bo'lgan parda bilan qoplangan bo'ladi. Aniq tashxisni surtmada ko'ringan zamburug'lar tasdiqlab beradi.

Davolashda zamburug'ga qarshi preparatlar (levorin, nistatin), shamchalar va tabletkalar ko'rinishida qo'llaniladi. Mahalliy davolash uchun qo'shimcha qilib, 2% li natriy bikarbonat eritmasi, glitserinli boraks, tanin qo'llanadi. Tibbiyot hamshirasi bemorlarning maxsus kasalliklarini tekshirish usullarini, bundan tashqari, kasallikni davolash uchun kerak bo'ladigan asbob-uskunalarni tayyorlashni, davolashni, sanitar-oqartuv ishlarini o'tkazishni, ayniqsa, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklarning oldini olishni, bemorlarga kasallik va uni davolash yo'li haqida tushuntirishni bilishi zarur.

**OITS infeksiyasi.** Tibbiyot hamshirasi OITS infeksiyasining boshqa odamlarga o'tishning oldini olish choralari bilishi, OITSning tarqalishi oldini olish qoidalariga rioya qilishi, ularni o'z vaqtida aniqlashni bilishi zarur. Buning uchun hamshiraning o'zi shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishi, aseptika va antiseptika choralari ko'rishi va kasb kasalligi kelib chiqishining oldini olishi kerak. OITS infeksiyasining oldini olish maqsadida homiladorlar, tug'ayotgan ayollar, ginekologik bemorlarni kasalxonaga yotqizishdan va har bir tibbiy aralashuvdan avval poliklinikaning akusher-ginekologiya bo'limida OITS tekshiruvidan o'tadilar.

Poliklinikaning akusher-ginekologik bo'limi, teri-tanosil va silga qarshi dispanserlar bilan uzviy bog'langan bo'lib, hisobda bo'lgan yuqorida ko'rsatilgan bemorlar haqida ma'lumotlarni almashib turadilar.



### **13.1 Hayz sikli buzilishining klassifikatsiyasi**

Hayz sikli — ikki hayz oralig'ini o'z ichiga oladi (oldingi hayzning birinchi kunidan keyingi hayzning birinchi kunigacha). Bu davr ichida follikula o'sadi va yetiladi. Natijada ovulatsiya va sariq tanacha hosil bo'ladi.

Hayz sikli buzilishi neyroqumoral regulatsiya siklining shikastlanishi natijasida kelib chiqadi va u butun organizmning kasalligi hisoblanadi. Hayz funksiyasining buzilishi organizmning boshqa a'zo va sistemalarida ham qator o'zgarishlarga olib keladi.

Hayz siklining o'zgarish sabablari turlicha bo'lib, irsiy omil, o'tkir va surunkali, genital va ekstragenital kasalliklar ham sabab bo'ladi. Shu bilan birga, ayrim omillar ta'sirida amenoreya va bachadondan disfunktsional qon ketishi kuzatilishi mumkin.

Hayz funksiyasi buzilishi patogenezida, odatda, neyroqumoral boshqaruvning qaysi zanjirida faoliyat buzilganligini aniqlash kasallikni aniqlashga asos bo'la oladi. Gipotalamus, gipofiz, qalqonsimon bez, buyrakusti bezi va tuxumdonlardagi o'zgarishlar siklining buzilishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun kasallik patologiyasi sababini aniqlash uchun hayz siklining o'zgarish darajalarini bilish shart, shundan keyingina tekshirishga kirishish kerak.

Hayz funksiyasining buzilish tasnifi uning klinik manzarasiga asoslangan. U katta ikkita guruhga bo'linadi: amenoreya va bachadondan disfunktsional qon ketish.

Hayz sikli buzilishining tasnifi quyidagicha:

I. **A m e n o r e y a** — 6 oy va undan ko'p vaqt davomida hayz bo'lmasligi.

II. **Sikl buzilishi natijasida hayzning o'zgarishi:**

1) hayz vaqtida ajralayotgan qon miqdorining o'zgarishi:

— ko'payishi — **g i p e r m e n o r e y a**;

— kamayishi — **g i p o m e n o r e y a**;

2) hayz davomiyligining buzilishi:

— uzoq davom etishi — **p o l i m e n o r e y a**;

— qisqa bo'lishi — **o l i g o m e n o r e y a**;

- 3) hayz ritmining buzilishi:  
— tez-tez hayz ko'rish — proymenoreya;  
— hayz orasining uzoq bo'lishi yoki onda-sonda hayz ko'rish — opsomenoreya.

Hayz siklining o'zgarishida sustlik, qisqa muddatlilik, orasining uzoqlashishi gi pomenstrual sindromga xos bo'lgan o'zgarishlardir.

Uzoq muddatli va kuchli hayz menorragiya deb nomlanadi.

III. Anovulator yoki bir fazali bachadondan qon ketishi. Ularga anovulator va disfunktsional (asiklik) bachadondan qon ketishlar kiradi.

IV. Og'riqli hayz ko'rish — algodismenoreya.

## 13.2. Amenoreya

Amenoreya — 6 oy va undan ortiq vaqt davomida hayz ko'rmaslik. Amenoreya fiziologik va patologik bo'lishi mumkin. Fiziologik amenoreya balog'atga yetmagan qizlarda, homiladorlik vaqtida, laktatsiya va klimakterik davrda hamda qarilik faslida ro'y beradi. Patologik amenoreya organizmdagi bironta kasallik yoki MAS ning ma'lum bir qismidagi va pereferik asab sistemadagi patologik o'zgarishlarda, shuningdek, endokrin bezlarning kasalligi natijasida kelib chiqadi. Urish davri amenoreyasi ham uchraydi. Bunda ruhiy ta'sirlanish va alimentar omil sabab bo'ladi.

Kasallangan sohaga ko'ra amenoreya quyidagi turlarga bo'linadi: gi potalamik, gipofizar, tuxumdon va bachadon amenoreyasi. Birlamchi va ikkilamchi amenoreya bo'ladi. Birlamchisida butun hayot davomida hayz ko'rmaslik kuzatiladi, ikkilamchisida esa avval hayz ko'rib, so'ng ma'lum sabablarga ko'ra amenoreya boshlanadi.

Gi potalamik va gipofizar sabablarga ko'ra amenoreyaga duch kelganda hayz sikli bo'lmasligi bilan birga, modda almashinuvining buzilishi (semizlik), girsutizm (badanning ortiqcha tuk bilan qoplanishi), vegetativ qon tomir buzilishlar (gipertoniya, gipotoniya va boshqa kasalliklar) kuzatilishi mumkin.

Tuxumdon amenoreyasi ko'proq tuxumdonning tug'ma bo'lmasligi yoki funksiyasining buzilishidan kelib chiqadi. Odatda, bu umumiy yoki genital infantilizm bilan birga o'tadi.

Bu amenoreyaning ko'rinishlaridan biri Shereshevskiy-Terner sindromi bo'lib, birorta jinsiy a'zolarning rivojlanmay qolishi (zaharli omil ta'siri, xromosomalarning to'liq emasligi natijasida) tufayli hayzning bo'lmasligi yoki jinsiy a'zoldan birida nuqson bo'lishi, erkak sifat rivojlanish, kalta bo'yin, past bo'y, dag'al

ovoz, tuk o'sishi) kuzatiladi. Bu patologiya ko'pincha boshqa nuqsonlar, aqlan zaiflik bilan birgalikda o'tadi.

Gipomenstrual sindromning tuxumdon shaklidagi turlaridan biri Shteyn-Leventel sindromi hisoblanadi, ya'ni organizmda erkak jinsiy gormonlar ko'payib ketadi (androgenlar), natijada follikulalar kistoz ko'rinish oladi, ovulatsiya to'xtaydi va gipomenstrual sindrom rivojlanadi hamda opsomenoreya yoki amenoreya, girsutizm, semirish sifatida namoyon bo'ladi. Ikkilamchi jinsiy belgilarda o'zgarish bo'lmaydi, ya'ni tana tuzilishi ayollarga xos bo'ladi.

Amenoreyaning bachadon formasi anomalialar yoki endometriyning bachadon ichiga jarrohlik aralashuvlarida (endometriyning bazal qavatini abort vaqtida ortiqcha qirish, bachadon ichiga yod bilan ishlov berish) shikastlanishi, shuningdek, jinsiy a'zolar silida kelib chiqishi mumkin.

Aniq tashxis qo'yish uchun, albatta, hayzning neyrogumoral boshqarilish sistemasidagi kasallanish darajasini aniqlash zarur. Bemorda gi potalamus, gipofiz, buyrakusti bezi kasallanishlari bo'lmasa, funksional diagnostik testlar asosida tuxumdon faoliyati tekshiriladi.

Aniqlangan o'zgarishlar asosida davo choralari ko'riladi. Demak, amenoreya yoki opsomenoreya va gipomenstrual sindromning boshqa ko'rinishlari tuxumdondan kelib chiqsa, davo hayz siklini tiklashga qaratiladi. Buning uchun quvvatni oshiruvchi davo choralari (ratsional ovqatlanish, vitaminlar, sport bilan shug'ullanish, gigiyenaga amal qilish, fizioterapiya va boshqalar) qatorida gormonoterapiya qo'llaniladi (estrogen, progesteron).

Gonadalar diskineziyasida ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanishi va umumiy hissiy holatni yaxshilash maqsadida bemorga gormonoterapiya buyuriladi.

Tuxumdon sklerokistozlarida ham ovulatsiyani tiklash maqsadida gormonoterapiya o'tkaziladi. Agar konservativ usul yordam bermasa, jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Tuxumdonda ponasimon rezeksiyasi o'tkazilganda ovulator hayz sikli tiklanadi, hatto homilador bo'lish kuzatiladi.

### **13.3. Gipermenstrual sindrom**

Gipermenstrual sindrom, asosan, tuxumdonlar faoliyatining buzilishi, aniqrog'i tuxumdon gormonlarining me'yorida ishlab chiqarilishining o'zgarishi bilan bog'liq.

Bachadondagi disfunktsional qon ketish gipomenoreya (gipomenstrual sindrom) yoki menorrhagiya (polimenoreya) sifatida kuzatilishi mumkin. Bu holat infantilizm, o'ta zo'riqish, gipovitaminoz va boshqa patologiyalar natijasida tuxumdon gipofunksiyasiga sabab bo'ladi. Bemorga funktsional diagnostik testlar asosida tashxis qo'yiladi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarni bartaraf etish davolashning asosiy yo'nalishini tashkil etadi. Anovulator sikl holatida gormonoterapiya o'tkaziladi. Bu davo ikki fazali ovulator hayzini tiklashga yordam beradi.

### 13.4. Bachadondan disfunktsional qon ketishi

Pubertat, reproduktiv va menopauzaoldi davrlarida bachadondan qon ketishi gipotalamus-gipofiz — tuxumdon faoliyati buzilishi bilan bog'liq bo'lib, *disfunktsional qon ketish* deyiladi. Ular ovulator va anovulator bo'lishi mumkin.

Anovulator qon ketish 1,5—6 oy oralig'ida asiklik bo'ladi, hayz 10 kun va undan ortiq davom etadi. Ular reproduktiv sistemaning rivojlanish va so'nish davrlarida: menopauzaoldi va pubertat (yuvenil qon ketish) davrlarida kuzatiladi.

Bachadondan anovulator disfunktsional qon ketish reproduktiv davrda ham kuzatilishi mumkin. Infeksiya, zaharlanish yoki ruhiy zo'riqish natijasida gipotalamusning gipofizar qismi faoliyatining buzilishi bu holatga sabab bo'ladi.

12—18 yoshli qizlar o'tkir yuqumli kasalliklar bilan og'riganda yuvenil qon ketish holati kuzatiladi. Ayniqsa, tonzillogen (angina) infeksiya nohush oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bunda noto'g'ri ovqatlanish (gipovitaminoz), ruhiy va jismoniy zo'riqish ham ma'lum ahamiyatga ega.

Yuvenil qon ketish holatida estrogen ishlab chiqarish buziladi, progesteron past darajada bo'ladi, natijada qon ketish uzoq vaqt davom etadi. Bunday sharoitda bachadon to'liq rivojlanmaganligi sababli sog'lom bachadon kabi qisqarmaydi — to'la qisqarish kuzatilmaydi.

Bachadondan yuvenil disfunktsional qon ketishi, asosan, hayz boshlangandan keyingi yillarda kuzatiladi. Bemorning ahvoli qon yo'qotish va anemiya darajasiga bog'liq bo'ladi. Taxikardiya, teri va shilliq qavatning oqarishi, bosh og'rish, tez charchash, ishtahasizlik, holsizlik kabi holatlar yuzaga kelsa, anemiya darajasi yuqori hisoblanadi.

Kasallikning klinik koʻrinishiga qarab tasdiqlangan funksional diagnostik testlar asosida tashxis qoʻyiladi. Qiz bolalar kichik qin oynalari yoki vaginoskopning yoritish sistemasi yordamida tekshiriladi. Bimanual tekshirish toʻgʻri ichak orqali, faqat tozalovchi huqnadan keyin oʻtkaziladi. Yuvenil qon ketishni davolash ikki bosqichda olib boriladi: qon ketishni toʻxtatish va qayta qon ketishining oldini olish. Har ikkala bosqichda davolash gormonlar yordamida olib boriladi. 1- bosqichda umumiy quvvatlovchi davo bilan gemotransfuziya (qon qoyish) oʻtkaziladi, soʻng yetishmovchilikni toʻldiruvchi gormonoterapiya yordamida sunʼiy hayz sikli yaratiladi (progesteron va estrogen). Anemiyada unga qarshi davo olib boriladi.

Yuvenil qon ketish profilaktikasi oʻtkazilganda yoshlik paytdan organizm chiniqtiriladi, jismoniy tarbiya bilan muntazam shugʻullaniladi, toʻlaqonli ovqatlanish, oʻz vaqtida dam olish va osoyishta mehnat faoliyatini yoʻlga qoʻyish, yuqumli kasalliklarning oldini olish, infeksiya oʻchoqlarini oʻz vaqtida bartaraf etish shunday tadbirlar sirasiga kiradi.

Bachadondan disfunktsional qon ketishi reproduktiv yoshda koʻp uchramaydi. Uning klinik koʻrinishi qon ketish holati va anemiya darajasiga koʻra aniqlanadi. Tashxis tekshirish va funksional diagnostika testlari asosida qoʻyiladi. Davo uchun gormonlardan non-ovlon, ovidon, norkolut va boshqalar buyuriladi.

Bachadondan disfunktsional qon ketish menopauza, menopauzaoldi davrida 45—55 yoshlardagi ayollarda koʻproq uchraydi va, asosan, ginekologik patologiya hisoblanadi.

Ushbu patologiya simptomlari anemiyaga olib keluvchi uzoq muddatli qon ketish hisoblanadi. Bir necha kasalliklarning birga uchrashi va modda almashuvining buzilishi (gipertoniya, giperqlikemiya, semizlik va boshqa kasalliklar) natijasida kasallik katta yoshdagi ayollarda boshqalarga nisbatan ogʻir oʻtadi.

Aniq tashxis qoʻyish birmuncha mushkul, chunki bu yoshdagi (45—55 yosh) ayollarda adenomioz, mioma, bachadon poliplari, adenokarsinoma qon ketishiga olib kelishi mumkin. Baʼzida menopauzaoldi davrida bachadondan disfunktsional qon ketish holati bachadon endometriozi va kamdan kam hollarda tuxumdonlarning gormonal faollik oʻsmalari bilan birga namoyon boʻladi.

Bachadon ichi patologiyasini aniqlash maqsadida bachadon boʻyni va ichiga kiriladi hamda uni gistologik tekshiruvdan oʻtkaziladi, shuningdek, gisteroskopiya va gisterografiya usullari qoʻllanadi.

Gistologik tekshiruvlarga asoslanib bemorni davolash usullari haqida xulosa chiqariladi. Xavfli o'smalar yo'qligi aniqlangandan so'ng, gormonlar yordamida davolanadi (12,5 % oksi progesteron — kapronat eritmasi va boshqa progesterinlar).

Giperplastik jarayonlarda krioterapiya (suyuq azot) qo'llaniladi. Boshqa barcha hollarda bemor tashxisiga asosan operativ davolanadi. O'z vaqtida to'liq tekshirish va davo choralari olib borish xavfli o'smalarning oldini olishning asosiy yo'li hisoblanadi.

**Bachadondan disfunktsional ovulator qon ketish.** Bu patologiya qon ketishi holatlari ichida ham uchraydi. Reproduktiv davrda ovulator qon ketishi holati ikkiga bo'linadi: hayzlar oralig'ida bachadondan qon ketish (ovulatsiya kunlariga to'g'ri keladigan qon ketish), sariq tana persistensiyasi bilan bog'liq (uzoq hayz ko'rmay turib, 4—6 hafta davomida ko'p bo'lmagan miqdorda qonli ajralmalar kelishi) qon ketishi.

Tashxis sariq tana persistensiyasi va kistoz o'zgarishlar bo'lmasa, funktsional tashxislash testlari va UTT asosida ovulatsiya borligiga ko'ra aniqlanadi.

Davolash gemostaz (qon ketishini to'xtatish)ga yo'naltirilgan bo'ladi. Shu maqsadda bachadon bo'yni va ichi qiriladi. So'ng aralash gormonoterapiya estrogen-gestagen preparatlar tayinlanadi (non-ovlon, ovidon, bisekurin va boshqalar). Hamshira hayz funksiyasining buzilish klinikasi va asosiy sabablarini bilishi kerak.

Qon ketish davrida hamshira: puls, Q/B, teri qoplamlari rangi, yo'qotilgan qon miqdorini belgilab borishi shart. Bachadondan ko'p miqdorda qon ketgan paytda hamshira shifokor kelguniga qadar birinchi shoshilinch yordam berishi, so'ngra zudlik bilan shifokor va laborantni chaqirishi kerak. Bachadon ichini tashxis uchun qirishga lozim bo'lsa, bemorni qorin bo'shlig'i operatsiyasiga tayyorlaydi.

**Bachadondan qon ketganda shoshilinch yordam ko'rsatish (shifokordan olding yordam).**

**Jihozlar:** muz xalta, tonometr, qon guruhini aniqlash uchun zardoblar, tomir ichiga suyuqlik yuboruvchi sistema, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar, donor qoni, bachadon ichini qirish uchun jarrohlik asboblari, steril material, dori-darmonlar, qo'lqoplar.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga qat'iy yotoq rejimi buyuriladi;
- qo'lqop kiyiladi;
- 10 %li 10,0 ml kalsiy glukonat tomir ichiga yuboriladi;

- qoringa muz xaltacha qo'yiladi;
- qon bosimni o'lchab, tomir ichiga suyuqlik yuborish uchun sistema tayyorlanadi;
- sistema qon o'rnini bosuvchi suyuqlik bilan to'ldiriladi;
- bemorning qon guruhi aniqlanadi;
- zudlik bilan bemorga mos qon talabnomaga binoan topiladi;
- shifokor, laborant chaqirtiriladi;
- bachadon bo'shlig'ini qirish uchun asboblar va steril stol tayyorlanadi;
- shifokorning barcha ko'rsatmalarini aniq va tezkorlik bilan bajarishga kirishiladi.

### 13.5. Neyroendokrin sindromlar

**Hayzoldi sindromi** organizmdagi siklik buzilishlar ta'sirida kompensator reaksiyalarning o'zgarishiga olib keladi. Hayzning neyroqumoral boshqarilishining buzilishi, turli xil somatik yoki yuqumli kasalliklar, ruhiy jarohatlar, jinsiy a'zolarining patologik jarayonlari bu sindromning to'g'ridan to'g'ri kelib chiqishi sabablaridir.

Hayzoldi sindromi asab-ruhiy o'zgarishlar (ko'ngil aynash, qayd qilish, bosh og'rig'i va boshqalar), vegetativ — tomir buzilishlari (yurak urishi tezlashishi, semirish, terlash, sezishning pasayishi), modda almashuv — endokrin buzilishlar (shish, sut bezlari qattiqlashishi, ba'zida diensefal krizlar yoki allergik reaksiyalar) bilan namoyon bo'ladi.

Kasallik siklik xususiyatga ega, ya'ni belgilari hayz muddati yaqinlashishi bilan oshib boradi, hayzdan so'ng hamma belgilar so'nadi.

Hayzoldi sindromini kompleks ravishda davolash kerak. Psixoterapiya, trankvilizatorlar qo'llash, sedativ moddalar, vitamino-terapiya, zarurat tug'ilsa, gormonlar bilan davolanadi. Davolashni o'z vaqtida boshlash kerak, chunki bu davo funksional buzilishlar, bir qancha kasallik qo'zg'alishi hamda qarilik klimakterik sindrom rivojlanishining oldini oladi.

**Klimakterik sindrom.** Klimakterik davr — reproduktiv davr tugashi va tuxumdonlar gormonal faoliyatining butkul tugashi bilan boshlanadi. Klimakterik sindrom ma'lum simptom-kompleksdan iborat bo'lib, bu jarayon klimakterik davrning tabiiy kechishini og'irlashtiradi, gormonal buzilishlarga bog'liq patologik holat yuzaga keladi.

Sindromning birinchi belgilari 45—50 yoshlarda kuzatilib, qizib ketish, tezda ta'sirlanish, bosh og'rihi, terlash, uyquning buzilishi, puls va Q/B o'zgaruvchanligi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida ayollarda yurak sohasida og'riq, tayanch apparati (osteoporoz) o'zgarishlar, ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi. Agar barcha belgilar aniq bilinsa, tezlik bilan davolanish zarur, chunki klimakterik sindrom asosiy kasallikning avj olishiga olib kelishi mumkin. Kompleks davolashning asosiy komponenti gigiyenik rejim, parhezni to'g'ri yo'lga qo'yish, vitaminoterapiya (tokoferol, retinol, B guruh vitaminlari, askorbin kislotasi) hisoblanadi.

Bemorga fizioterapevtik davo va jismoniy davolash tavsiya etiladi. Medikamentoz davo choralaridan neyroleptiklar (frenolon, meterizin) va trankvilizatorlar yaxshi natija beradi.

Gormonal dorilardan androgenlar (testosteron-propionat), gestagenlar (depoprover, amboteks) uzluksiz tartibda beriladi. Gormonlar juda zarur bo'lgandagina tavsiya etiladi, chunki klimakterik davrda proliferatsiya jarayonlari faollashib onkologik (saraton) kasalliklarga moyillik oshishi mumkin. Ati pik rivojlantirishga shubha uyg'onsa, bemorni zudlik bilan diagnostik qirish va qirindini gistologik tekshirishdan o'tkazish zarur.

**Postkastratsion sindrom.** Bu sindrom yosh ayollarda nur bilan davolangandan keyin yoki ayol tuxumdonlari olib tashlangandan keyin paydo bo'lib, vegetativ tomir, asab-ruhiy va endokrin buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Bu sindrom operatsiyadan keyin, 3—4 haftadan so'ng rivojlanib, 6—12-oylarda to'liq namoyon bo'ladi. Bu kasallik uyqusizlik, yig'loqilik, xotira susayishi, qo'rquv, tez charchash, depressiya, bo'g'imlarda og'riq bilan kechadi. Bunday bemorlarda osteoporoz, semirish, asab-ruhiy o'zgarishlar kuzatilib, somatik kasalliklarning kechishini og'irlashtiradi.

Postkastratsion sindromni **davolash** organizm kompensator faoliyatini oshirish, ma'lum gomeostaz holatini paydo qilish uchun adaptatsiya jarayonini kuchaytirishga qaratiladi. Shu maqsadda umumiy quvvatlovchi, sedativ preparatlar va vitaminlar bilan davo choralari o'tkaziladi. Agar kastratsiya sababli o'sma kasallik bo'lmasa, gormonlar bilan davolash mumkin bo'ladi (mikrofolin, bisekurin, non-ovlon).

### 13.6. Endometrioz

Endometrioz gormonal kasallik bo'lib, bachadon endometriysiga o'xshagan to'qimani bachadondan tashqarida o'sishiga aytiladi. Endometrioz, asosan, limfa va qon tomirlaridan implantatsiya yo'li



bilan tarqaladi, ba'zida jarrohlik aralashuvlarida mexanik (elektrokoagulatsiya, bachadon ichini qirish, bachadon bo'shlig'idagi operatsiyalarda) yo'l bilan tarqaladi. Endometrioz to'g'ri ichak, qorin bo'shlig'i, qorin pardasi, genital a'zo va boshqa to'qimalarda joylashishi mumkin.

Endometriozning klinik ko'rinishi quyidagicha: hayzoldi va hayz vaqtida o'sha joylarda qattiq og'riq paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha yondosh a'zolar ham kasallikka chalinadi (to'g'ri ichak, siydik pufagi). Endometrioz bilan og'rikan bemorlarda hayzoldi sindromi, mastopatiya, bepustlik, bola tashlash, umumiy ahvolning o'zgarishi (bosh og'rigi, tez charchash, qo'zg'aluvchanlik, depressiya va boshqalar) kuzatiladi.

Endometriozni davolash birmuncha mushkul. Davolash kompleks ravishda uzoq muddatga mo'ljallanib, yuqori sifatli olib borilishi kerak. Davolash bemorning yoshi, endometriozning joylashishi, tarqalganligi va og'irlik darajasiga qarab olib boriladi. Kasallikni to'g'ri davolash uchun shifokor ko'rsatmasiga asosan sxema bo'yicha gormonlar (sintetik progestinlar) buyuriladi. Agar konservativ usul natija bermasa, jarrohlik usuli bilan davolanadi (endometrioz to'qima olib tashlanadi). Hamshira yuqorida qayd etilgan patologiyalarni (hayzoldi, klimakterik, postkastratsion sindromlar, endometrioz) kasallikning kelib chiqish sabablari va kechishini ham yaxshi bilishi shart, chunki bu kasallik kechish darajasiga qarab alohida e'tibor talab qiladi.

Hamshira bemorga ehtiyotkorlik bilan kasallik tasnifini, klinik ko'rinishi hamda shifokor ko'rsatmalarini qunt va tartib bilan bajarish lozimligini, o'z vaqtida sifatli ovqatlanishi, gigiyena qoidalariga rioya qilish zarurligini tushuntiradi; kasallik simptomlari kechishini kuzatib boradi, chunki ko'p hollarda klimakterik davrda o'sma kasalliklar paydo bo'lish ehtimoli kuchayadi.

O'smalar xavfi tug'ilganda hamshira ma'lumotlarni zudlik bilan shifokorga yetkazishi va bemorga shifokor maslahati kerakligini tushuntirishi shart.

---



### 14.1. Bepushtlik haqida tushuncha

Ayol ikki yil davomida kontratsepsiya vositalaridan foydalanmay jinsiy hayot kechirgan vaqtda homilador bo'lmasa, bunday holat *bepushtlik* hisoblanadi.

Bepushtlik ayollarda ham, erkaklarda ham bo'ladi. Jinsiy aloqa imkoniyatlari bor bo'lgani bilan urug'lantirishga layoqati bo'lmagan erkaklar bepusht sanaladi. Erkaklardagi bepushtlik holatiga *azospermiya* (spermatozoidlarning yo'qligi), *aspermiya* (eyakulatning yo'qligi), *nekrospermiya* (spermatozoidlarning harakatsizligi) sabab bo'ladi. Agar spermatozoidlar harakati 75% dan kam bo'lsa, bu hol ham erkaklar bepushtligidan darak beradi.

Ayoldagi bepushtlik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ayol biror marta ham homilador bo'lmasa va uning kasalligi anamnezdan tekshiruvlar natijasida aniqlansa, bu birlamchi bepushtlik hisoblanadi.

Ayol avval homilador bo'lib, tug'gan, erta yo kech muddatda abort qildirgan yoki bachadondan tashqarida homilador bo'lib, undan keyin esa 2—3 yildan ortiq doimiy jinsiy hayot kechirib, kontratsepsiya vositalaridan foydalanmagan bo'lsa ham homiladorlik kuzatilmasa, bu ikkilamchi bepushtlik deb ataladi.

Ayolning bepushtligiga jinsiy a'zolaridagi kasalliklar, ekstro-genital patologiyalar (xronik infeksiya va intoksikatsiya) sabab bo'ladi.

Ayoldagi bepushtlikni modda almashinuvining buzilishi, ovqatlanishdagi kamchiliklar, avitaminozlar, asabning doimiy tarangligi, ruhiyatidagi buzilish kabi holatlar keltirib chiqaradi. Ko'p hollarda ayollarning bachadoni va bachadon ortiqlarining yallig'lanish kasalligi, jinsiy rivojlanishdan orqada qolish bepushtlikka olib keladi. Yallig'lanish natijasida ayolning bachadon naylari, bachadon nayining ampular qismi bekilib qoladi, oqibatda, urug'langan tuxum bachadon nayidan o'tolmaydi.

Qorin pardasidagi yallig'lanishlar (appenditsit) uning chandiqlanishiga olib keladi, natijada urug'langan tuxum bachadon nayiga yetib bora olmaydi.

Ayol bepushtligiga bachadon tanasidagi o'smalar (mioma) ham sabab bo'lishi mumkin. Endoservitsit, bachadon bo'yni eroziyasi homilador bo'lish imkonini pasaytiradi.

Bachadon bo'yni shilimshig'i tarkibining o'zgarishi ham spermatozoidlarning bachadon ichiga kirib borishiga to'sqinlik qiladi. Anovulator hayz sikli buzilganida, ovulatsiya bo'lmaganligi sababli tuxum hujayralari yetilmaydi, bu ham homilador bo'lish imkonini bermaydi. Bu holat ko'pincha infantilizmga kuzatiladi. Jinsiy a'zolarning rivojlanish nuqsonlari (tuxumdon yo'qligi, ikki shoxli yoki ikkiga ajralgan bachadon va boshqalar) ham bepushtlikka sabab bo'ladi va nihoyat ba'zida jinsiy sheriklarda biologik nomutanosiblik (mijozlarning bir-biriga to'g'ri kelmasligi) holatlari kuzatilsa ham bepushtlik kelib chiqadi.

Ayol bepushtligining belgilari ko'p hollarda faqat jinsiy sistemadagi patologik o'zgarishlar emas, balki boshqa a'zolardagi kasalliklar natijasida ham kelib chiqadi. Ichki jinsiy a'zolardagi yallig'lanish jarayonidagi simptomlar og'riq, ajralmalar, bachadondagi miomadan qon ketishi va boshqa holatlar misol bo'la oladi.

Endokrin (gormonal) bepushtlikda tuxumdon ovulator funksiyasining boshqarilishi va uning buzilishi kuzatiladi, natijada ovulatsiya sodir bo'lmaydi, bachadon nayi bepushtligidan so'ng ikkinchi o'rinni egallaydi. Bunday holat klinikasi turlicha ko'rinishda yuzaga keladi: amenoreya, bachadondan disfunktsional qon ketishi; gi pomenstrual sindrom va boshqalar shular jumlasidandir.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra ko'pincha birlamchi bepushtlikni gormonal buzilishlar, ikkilamchi bepushtlikni jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari keltirib chiqaradi.

## **14.2. Bepushtlik diagnostikasi**

Yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, bepushtlik diagnostikasi o'tkaziladi. Nikoh bepusht hisoblanganda, tekshirish erkak kishidan boshlanadi. Ayniqsa birlamchi bepushtlik holatida bu qoidaga qat'iy amal qilinadi. Shu maqsadda erkakning spermasi tekshiriladi. Urug'ni tekshirishdan avval erkak 5—7 kun davomida jinsiy aloqa qilmasligi haqida ogohlantiriladi. Tekshirish davrida spirtli ichimliklar ichish mumkin emas. Prezervativdan foydalanish ham man etiladi, chunki uning tarkibida talk bo'lib, u spermatozoidlar harakatini cheklab qo'yadi. Spermalarni tekshirish uchun jinsiy aloqa to'xtatilib, sperma toza va quruq stakanga olinadi. Sperma iliq holatda

(qish paytida sperma sovib qolmasligi uchun stakan yaxshilab o'ralishi zarur) bir soat davomida laboratoriyaga yetkaziladi. Ayrim hollarda spermani takroriy tekshirishga to'g'ri keladi. Agar tekshirish natijasi erkakning bepushtlik alomatlarini tasdiqlamasa, ayol tekshiriladi.

Birlamchi bepushtlik sababi ko'p hollarda gormonal buzilish ekanligi hisobga olinib, gormonal tekshirishlarni birinchi bo'lib olib boriladi.

Demak, bemordan kasallik haqidagi ma'lumot batafsil yig'ilib, ginekologik tekshiruv o'tkazilgach, gipotalomo-gipofizar, buyrakusti sistemasi o'rganiladi va undan keyin tuxumdon funksiyasi diagnostik testlar asosida tekshiriladi. Agar bemorning gormonal funksiyasi buzilmagan bo'lsa, unda bachadon naylarining o'tkazuvchanligi tekshiriladi.

Ikkilamchi bepushtlik holatida esa diagnostik tekshirishlar to'g'ridan to'g'ri bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tekshirishdan boshlanadi.

Eng qulay usul perturbatsiya (bachadon naylariga puflash)dir. Bu usul hayz siklining 17- kundan 21- kunigacha o'tkaziladi. Naylarga havo yuborishdan oldin bachadonning qisqaruvchanlik faoliyatini pasaytirish maqsadida 3 kun davomida bemorga 1 ml dan 1% li progesteron yuboriladi, so'ngra tashqi jinsiy a'zolar tayyorlangach, havo beradigan maxsus apparatning uchi bachadon bo'yni kanaliga kiritiladi va bosim ostida havo yuboriladi, keyin apparat strelkasiga qarab bosim ko'tarilishi kuzatiladi.

Agar naylar o'tkazuvchan bo'lsa, 100—160 mm simob ustuni bosimi ostida naylardan auskultatsiya yordamida o'ziga xos tovush eshitiladi va frenikus-simptom (qovurg'a ostida og'riq) paydo bo'ladi. Bu usulning kamchiligi shundan iboratki, qaysi nay va qaysi sohada o'tkazuvchanlik yo'qligini aniqlashning imkoni bo'lmaydi.

Tekshirishning o'ta aniq usuli gisterosalpingografiya (GSG) dir. Tekshirishga tayyorlash va uni o'tkazish muddati xuddi perturbatsiya usulidagidek. Tashqi jinsiy a'zolar tekshirishga tayyorlangandan keyin shpris yordamida bachadon bo'shlig'iga ilitilgan kontrast modda yuboriladi. Kontrast modda uchun moyli yoki suvli eritmadan foydalaniladi. Kontrast vosita yuborilgandan keyin bachadonga kirgizilgan uchlik qisqich yordamida fiksatsiya qilinadi va rentgen apparati yordamida uchta surat olinadi (kontrast vosita bevosita yuborilgandan so'ng, 20 daqiqadan, 24 soatdan so'ng). Bachadon

naylari berk — o'tkazmaydigan bo'lsa, rentgen surati nay berk qismining lokalizatsiyasini aniqlash imkonini beradi. Bachadon naylari o'tkazuvchanligi past bo'lsa, bemorni gormonal tekshirish zarur.

### **14.3. Bepushtlikni davolash**

Patologiya turi aniqlangandan so'ng bepushtlikni davolash boshlanadi. Bachadon naylari yopiq — o'tkazmaydigan bo'lsa, gidrotubatsiya bilan bachadon bo'shlig'iga bosim ostida lidaza, gidrokortizon, fiziologik eritma bilan antibiotiklar yuboriladi. Davolash kursi kunora 5—6 marta bo'lib, hayz ko'rish davri orasida o'tkaziladi. Odatda, gidrotubatsiya fizioterapevtik davolash bilan birga qo'shib olib boriladi.

Endokrin bepushtlik bo'lsa, ovulatsiya siklini paydo qilish uchun umumiy quvvatlovchi preparatlar, kerakli gormonlar bilan davolash o'tkaziladi. Ovulatsiya siklini tiklashda klomifen, klostelbegid, pergonal, parlodel va boshqa dorilar ko'proq naf bermoqda. Ularning 1—3 siklini qabul qilish ayolga homilador bo'lish imkonini beradi. Ayni vaqtda organizmni quvvatlantiradigan va ekstragenital patologiya bilan kurashuvchi terapiya o'tkazish kerak.

### **14.4. Sun'iy urug'lantirish**

Ayollardagi bepushtlikni davolashning yana bir usuli sun'iy urug'lantirish, ya'ni ayol homilador bo'lishi uchun jinsiy yo'lga spermani kiritishdan iborat. Spermani ayol qinining orqa gumbaziga qo'yish mumkin, lekin bu yaxshi natija bermaydi, chunki qindagi muhit spermaga salbiy ta'sir qilishi mumkin.

Ikkinchi usulda sperma ayol bachadon bo'ynining ichiga kiritiladi, bu usul ham ko'pincha natijasiz bo'ladi, chunki bu yerda ham sperma nobud bo'lishi mumkin.

Spermani bachadon bo'shlig'iga yuborish ko'pincha yaxshi natija beradi. Bu usullarning hammasi ayol bachadon naylari va bachadoni to'liq tekshirilgandan va 2 fazali hayz sikli aniqlangandan so'ng o'tkaziladi.

Urug'lanishni ayol erining spermasi bilan o'tkazish mumkin, shuningdek, erkak bepusht bo'lsa, donor spermasidan ham foydalanish mumkin. Barcha hollarda donor sinchiklab tekshirilishi

va uning sog'lomligi, irsiyati haqida to'liq ma'lumotga ega bo'lish kerak.

Keyingi yillarda bepustlikni davolash uchun ekstrakorporal va embrion transplantatsiyasini o'tkazish keng qo'llanilmoqda (tuxum hujayra organizmidan tashqarida urug'lantiriladi va bachadon bo'shlig'iga implantatsiya qilinadi). Bunday usul bilan tug'ilib, yashayotgan bolalar soni dunyoda juda ko'p. Lekin jihozlar va uskunalarning narxi qimmatligi, asosan, chet elda ishlab chiqarilgan dori vositalaridan foydalanilgani tufayli bu usul mamlakatimizda faqat yirik ilmiy tekshirish muassasalari va klinikalardagina amalga oshiriladi.

Yuqorida ko'rsatilgan usullar yordamida homilador bo'lgan ayollar doimo shifokor, akusher-ginekolog nazoratiga muhtoj bo'ladilar.

### **14.5. Bepushtlik profilaktikasi**

Bepushtlik profilaktikasi bepustlikka qarshi kurash chora-tadbirlaridan iboratdir.

Bepushtlikka qarshi kurash bolalik davridayoq, qizlarning jinsiy a'zolari shakllanayotgan paytda unga ta'sir qiluvchi, jinsiy a'zodagi yallig'lanish va organizmdagi o'tkir yallig'lanish jarayonlarining oldini olish va o'z vaqtida davolash bilan boshlanadi.

Ayollardagi jinsiy a'zolar yallig'lanish jarayonlarini o'z vaqtida aniqlash va davolash keyinchalik vujudga kelishi mumkin bo'lgan og'ir asoratlarning oldini oladi.

Ayollar orasida abortlarning oldini olish, homiladorlikning abortlargacha yetib bormasligi, agar shunday holat vujudga kelsa, og'ir asoratlarni qoldirishi, bachadon va bachadon ortiqlarida xavfli yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zolar kasalliklari vujudga kelishi mumkin. Bularning hammasi bepustlikka sabab bo'lishi mumkinligi haqida ayollar o'rtasida keng tushuntirish ishlari olib borilishi kerak.

O'z yo'nalishi bo'yicha, odamlar bilan keng muloqotda bo'ladigan, bemorlarni ko'rish uchun uyiga boradigan, yotib qolgan bemorlar parvarishi, ularni davolash va tekshirish jarayonlarida faol ishtirok etadigan tibbiyot hamshirasi zimmasiga katta mas'uliyat yuklanadi. Tibbiyot hamshirasi bepustlik bilan azob chekayotgan er va xotinning har ikkoviga alohida tushuntirish ishlarini olib borishni bilishi, ya'ni tibbiy tekshiruvlarga (sperma yig'ish va

topshirish, bundan tashqari har xil muolajalar, bachadon naylarining o'tkazuvchanligini aniqlash, funksional test-tashxisi va boshqalarga) tayyorlanishni tushuntirishi kerak.

Bepushtlikning barcha diagnostik muolajalarini (bachadon bo'shlig'ini qirish, rentgen muolajalari va boshqalar), shuningdek shifokor ko'rsatmalarini bajarish, o'tkazilayotgan muolajalarda yordamchi sifatida ishtirok etish tibbiyot hamshirasining vazifasiga kiradi.

Nikoh gigiyenasi qoidalariga rioya qilish bepushtlikning oldini oladigan vositalardan biridir. Barvaqt boshlangan jinsiy hayot ayolning butun organizmi funksiyalarining buzilishiga olib kelishi mumkin.

Yangi kelin-kuyovlar „Oila va nikoh“ markazi qoshidagi tibbiy genetika maslahatxonalariga murojaat qilishlari kerak. Ayniqsa, kelin-kuyovlardan birining tug'ma irsiy kasalligi bo'lsa, shunday markazga murojaat etish shart.

Shuni aytib o'tish kerakki, reabilitatsion davolash qancha tez boshlansa, ijobiy natija darajasi shuncha yuqori bo'ladi.

---



### **15.1. Seksologiya va seksopatologiyaning vazifalari**

Aholi salomatligini mustahkamlash, uni ijtimoiy himoyalash muammolarini hal qilish masalalarini ilmiy va hayotiy tajribalarga asoslanib olib borish zarur. Bu jarayonda oilani mustahkamlash va onalikni himoyalash asosiy o'rin tutadi. Hozirgi kunda bu borada ko'plab ishlar qilinmoqda. Mamlakatimizda maxsus oila xizmatlari tashkil qilinib, psixologiya va tibbiy maslahatxonalar ishi kengaytirilmoqda.

Yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash maqsadida maktab va kollejlarda o'quv jarayoniga „Oila psixologiyasi“ o'quv dasturi kiritildi.

Insonni doimo jinsiy hayot muammolari qiziqtirib kelgan. Qadimdan ma'lumki, inson jinslarini bir-biridan farqi, uning tabiati, jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasini, jinsiy aloqa texnikasi, urug'lanish, homiladorlik, tug'uruq haqidagi tushunchalarga ega bo'lishga intilgan.

Jins va jinsiy hayot haqidagi bilimlarga asoslanmay turib, seksopatologiyaning rivojlanishi, yoshlarning jins va uning gigiye-nasiga oid bilimlarini oshirish, oilani mustahkamlash, onalikni himoyalash masalalarini hal etish mumkin emas. Seksologiya, ya'ni jinsiy hayotning me'yoriy shakllarini o'rganish uch:

- tibbiy-biologiya;
- ijtimoiy-madaniy;
- psixologiya-pedagogika sohalarida olib boriladi.

Bu sohalaridagi barcha yo'nalishlar bir-biri bilan bog'liq bo'lib, bir-birini to'ldirib boradi.

Seksologiya jinsiy hayot me'yoriy shakllarini o'rganadi, seksopatologiya esa uning patologik, kasallik darajasiga yetgan shakllarini o'rganish bilan shug'ullanadi. Shuning uchun seksologiya va seksopatologiya tushunchalarini bir-biriga tenglashtirish noto'g'ri deb hisoblanadi.

Jinsiy hayot masalalarini birinchi bo'lib o'rgana boshlagan olimlar shifokorlar bo'lib, ular dastlab jinsiy hayotning me'yoriy shakllarini emas, balki patologik shakllari ustida ish olib borganlar.



Seksologiya fani asoschilari deb Vena universiteti psixiatriya fani professori Rixard fon Kraft Ebing (1840—1902), shveysar nevropatologi, psixiatr va entomolog Avgust Forel (1848—1931), nemis psixiatrlari Albert Moll (1862—1939) va Magnus Xirshfeld (1868—1935), Avstriya psixiatri, psixoanaliz asoschisi Zigmund Freyd (1856—1939), nemis dermatologi va venerologi Ivan Blox (1872—1922) va ingliz publitsisti va shifokor Genri Xevlok Ellis (1859—1939) lar hisoblanadilar.

## 15.2. Mayl va tortinchoqlik (komplekslanish)

XX asrning birinchi yarmiga kelib, Zigmund Freyding ruhiy tahlili eng e'tiborli seksologiya nazariyasi deb hisoblangan. Falsafiy va ruhiy nazariyalar nevrozlarni davolash usullariga asoslangan ruhiyatning tahlili keng qamrovli seksologiya muammolarini o'z ichiga oladi. Z. Freyd intimlikni inson hayotining lokal, ayrim jihati deb qaramasdan, balki uning asosi sifatida ko'rib chiqadi. Freyd nazariyasi bo'yicha ishqiy mayl — *libido* individning butun ruhiy energiyasi manbayini tashkil etib, har qanday his-tuyg'uning qoniqishini Freyd intimlik deb ataydi. Biz sevgi deb ataydigan narsaning mag'zi — intim yaqinlik bo'lgan jinsiy ishqdir, deb yozadi Freyd. Bu intilish o'z-o'zini yaxshi ko'rish, ota-onalik muhabbati, bir buyum yoki g'oyaga bo'lgan bog'liqlik kabi hissiyotlar asosida yotadi. Freyd nazariyasi bo'yicha bularning hammasi instinktiv impulslar yuzaga chiqishining bir turidir.

## 15.3. Seksologiyada me'yor tushunchasi

Seksologiyada me'yor tushunchasini aniqlash o'ziga xos qiyinchilik tug'dirib, bu biologik, ijtimoiy omillar, shaxsiyatning o'zaro chatishib ketganligi, individual hissiyotlarning ko'p variantliligi bilan bog'liq. A. Kinsi ma'lumotlariga ko'ra, intimlik yuqori darajali bo'lishi bilan belgilanadi, intim axloq turli shakllari bilan sotsial guruhlar o'rtasida uzviy bog'liqligi aniqlanadi. Masalan, aholining iqtisodiy kam ta'minlangan va bilimi past qatlami masturbatsiyani qoralab, turmush qurguncha bo'lgan birinchi jinsiy aloqa va ishqiy sheriklikni tez-tez almashtirish hodisasiga to'g'ri munosabatda bo'lishgan. Iqtisodiy ta'minlanganligi nisbatan yaxshi, ilm darajasi yuqoriroq bo'lgan aholi qatlami orasida esa intim aloqalar kech boshlanganligi va munosabatlar doimiyligi saqlanganligi uchun ham masturbatsiyaga salbiy sifat deb qaralmagan va buni o'z hayotlarida uzoq yillar davomida qo'llab kelganlar.

Jinsiy hayotda me'yor tushunchasi va bu tushunchaning inson tomonidan tasavvur etilishi amaliy ahamiyat kasb etadi. O'zlarini seksologik bemor deb hisoblovchi kishilar muhitida hech qanday buzilishlar bo'lmasa-da, ular o'zlarining jinsiy hayot me'yorlari haqidagi noto'g'ri tasavvurlariga ko'ra seksologik yordamga muhtoj bo'ladilar. Masalan, „seksologik“ arxiv ma'lumotlari ko'zdan kechirilganda friksiyalar 5—10 minut davom etishi, *ejaculatio praecox* muammosi bo'yicha uzoq va davomli davolanish holatlari kuzatilar, yana bir misolda 3—5 friksiyadan keyin ejakulatsiya bo'lishini ko'rishimiz mumkin. Har ikkala holat ham uzoq muddatli oilaviy hayotda kuzatilib, er-xotinlar hech biri bu holatdan bezovta bo'lishmagan.

I.S. Kon tomonidan taklif etilgan intimlikning namoyon bo'lish me'yoridagi 3 ta: axloqiy, statistik, fiziologik jihatlariga yana yosh va tana konstitutsiyasini ham qo'shib nazarda tutish kerakligini ko'rsatgan.

Ko'plab fanlarning rivojlanishi va birgalikda izlanishlari tufayli, biz bugungi kunga kelib intim odob-axloq va jinsiy rivojlanish haqida o'tmishdoshlarimizga nisbatan ko'proq ma'lumotlarga egamiz.

Seksologik izlanish obyektlaridan biri intimni axloqiy baholanishi hisoblanadi, chunki u ijtimoiy me'yorlar, urf-odatlar, ularning paydo bo'lish sabablarini o'rganish bilan bog'liqdir. Shu bilan birga, seksologiya va uning ustida ish olib boruvchi ilm ahli idrok etib-etmagan holda jamiyatning axloqiy me'yorlariga tayanadilar. Masalan, shifokor uchun, voyaga yetmagan qizning homiladorligini ota-onasiga ma'lum qilish, qizga nisbatan shafqatsiz munosabatni keltirishi mumkinligini bilgan holda bu qarorga kelishi ham kasbiy, ham axloqiy yechimni izlashga majbur qiladi. Yoki o'qituvchi o'z tarbiyasi ostidagi voyaga yetayotgan o'smirlarga qaysidir, maktab dasturiga kiritilmagan „hayot sirlari“ ni yetkazishi ham axloqiy yechimni izlashni talab qiladi. O'z-o'zidan ma'lumki, bu masalada har bir inson axloqiy nizom majmuasiga tayanishga majburdir.

#### **15.4. Seksopatologiya va uning tibbiy ixtisosliklar orasida tutgan o'rni**

Ba'zi insonlar uchun seksual hissiyotlar jinsiy qoniqishning yagona manbayi bo'lib qoladi, bu o'sib borishga moyil holat bo'lib, butun umr mobaynida inson buzilgan jinsiy intilishlarni qoniqtirishga harakat qiladi. Inson o'zining harakatlari ustidan ruhiy

nazoratni yo'qotadi. Seksual hissiyot kasallik darajagacha borgan odat tusiga ega bo'lib, sarxush qiluvchi ichimlik va giyohvandlikka intilishdek inson unga intiladi. Bunday shaxslarda atrofdagi olamdan chekinish, ijtimoiy jihatdan moslasha olmaslik hislari sekin-asta o'sib boradi. Ular o'zlarini nuqsonli deb bilishlari, jamiyatda o'z o'rniga ega emasliklarini sezishlari, ruhan ezilishlari mumkin. Umumiy qabul qilingan seksual me'yorlar bilan jinsiy qoniqishning buzilgan usullari o'rtasidagi o'sib boruvchi va hal qilib bo'lmaydigan nizolar insonni og'ir nevrozlarga, hattoki o'z jonlariga suiqasd qilishlarigacha olib kelishi mumkin. Lekin shu bilan birga, ko'pchilik psixoseksual rivojlanishning turli buzilishlari bo'lgan insonlarda ba'zan amalga oshirilgan eng og'ir seksual zo'rlikdan so'ng ham aybdorlik hissi, og'ir ruhiy siqilishlar yuzaga kelmaydi.

Jamiyatda normal hisoblangan jinsiy aloqalardan seksual chekinish sabablari oxirigacha to'liq o'rganilmagan. Seksual chekinish holatlarida patologik turlar, buzilgan shakllar yuzaga chiqishida ko'plab biologik va ijtimoiy-ruhiy omillar muhim rol o'ynaydi, deb hisoblanadi. Aslida bu holatlarda irsiy omillar, gormonal buzilishlar, tug'uruq jarohatlari natijasida bosh miyaning organik zararlanishi: noto'g'ri jinsiy tarbiya, tengdoshlaridan ajratib qo'yish, shizofreniyadagi psixik buzilish, epilepsiya, organik psixozlar ham muhim ahamiyatga ega. Jinsiy chekinishlar asosida bir nechta omillar yotadi, bu omillar insonning seksual muhitiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Seksual chekinishlarni davolash uchun patologik intilishlarning doimiy o'sib borishini kamaytirish, seksual axloqni mukammallashtirish va bemorning shaxsiga chuqur ta'sir etishga qaratilgan turli psixoterapiya muolajalari qo'llaniladi.

Quyida seksual chekinishlarning asosiy turlari keltirilgan.

**Tanatofiliya** — mazoxizmning bir turi bo'lib, bunda jinsiy qo'zg'alish o'lim holati manzarasi bilan uzilmas bog'liq bo'ladi. Unda o'zining o'limi haqidagi xayollar, ko'mish marosimi bilan bog'liq tasavvurlar, uning o'limidan qayg'urayotgan yaqinlari va qarindoshlarining qayg'usi jinsiy aloqaga qodirlik holatining yuzaga kelishini ta'minlaydi. Shu tasavvurlarsiz bu insonlar jinsiy aloqa qilishga qodir bo'lmaydilar. Ba'zan tanatofil insonlar maxsus xonani tobut va gulchambarlar bilan bezab, o'liklar kiyimini kiyib tobutga yotadilar va masturbatsiyaga kirishadilar. Tanatofiliyaning seksologlar tomonidan qayd etilgan ba'zi variantlari nekrofiliyaga ham yaqindir.

Fransiya fohishaxonalarida maxsus jihozlangan „o‘liklar xonalari“ mavjud bo‘lgan bo‘lib, bunda fohishalar qora pardalar va yoqilgan shamlar orasida o‘lik vazifasini o‘taganlar.

**Nekrofiliya** — o‘liklar bilan jinsiy yaqinlik qilishga intilish. Bu holat juda kam hollarda, faqatgina erkaklar orasida uchraydi. O‘lim, murdalar, qabriston, vampirlar haqidagi qo‘rqinchli ertaklarni hamma bolalar tinglasalar-da, bunday kechinmani kechirayotgan bolalarda hayajonlanish, qo‘zg‘alish, qo‘rquv reaksiyalarini chiqaradi. Ba’zilarni esa bu tarzda o‘tkir hissiy reaksiyalar bilan o‘tadigan voqealar o‘ziga jalb qiladi.

Ba’zida bola o‘shib borishi bilan bunga o‘xshash holatlar bosh miya asab strukturasi osongina qo‘zg‘alib, eyakulatsiya va orgazm chaqirishiga olib keladi. Bu esa bola ongida muhrlanib qolishi mumkin. Ko‘pincha bu holat psixik bemor va aqli zaif insonlar o‘rtasida yuzaga chiqadi.

Odatda, nekrofiliya shakllanishida insonning zo‘ravonlikka intilish holati ham bo‘ladi. Keskin rivojlangan nekrofiliyada nekrofil odam o‘likning tana qismlarini bo‘laklaganda, o‘likning bo‘laklangan qismlarini o‘z tanasiga tekkizganda lazzatlanib, masturbatsiya, ba’zan jinsiy aloqagacha olib borishi mumkin. Qator hollarda nekrofil o‘likning tana qismlarini keyinchalik shunday harakatlar uchun ishlatishga o‘zlari bilan olib ketadilar.

Odatda, nekrofillar faqatgina murdadan foydalanib, qotillikka kamdan kam jur‘at etadilar. Qotillik uning jinsiy hissiyotlarini qo‘zg‘atmasdan, uning tasavvuri o‘lik tana bilan bo‘ladigan muolajaga qaratiladi. Nekrofiliyaga ba’zan erkakni jinsiy rag‘batlantirish uchun sherigining o‘lik ayol holatiga kirishi, kerakli kiyimlarni kiygan holda erkak harakatlariga reaksiya bildirmay yotishi ham nekrofiliyadir. Ba’zi mutaxassislar erkak kishining uyqudagi ayol bilan jinsiy aloqa qilishga intilishida ham nekrofiliya elementlari bor, deb hisoblanadi. Nekrofillar o‘z hissiyotlarini qondirish uchun ko‘pincha o‘likxona, qabriston kabi joylarga ishga kiradilar.

**Eksgibitsionizm** — teskari jinsdagi kishilarga jinsiy a’zolarini, jinsiy yaqinlik bo‘lmagan holda, ko‘rsatish yo‘li bilan jinsiy qoniqishga erishishdir. Bu holat, asosan, erkaklar orasida uchraydi. Ammo ba’zi mualliflar e’tirof etishicha, ayollar ham masalan, professional striptiz bilan shug‘ullanuvchilar, tananing ba’zi qismlarini ochib yurishga intiluvchi ayollarda eksgibitsionizmga moyillik bor deb hisoblaydilar. Ko‘plab erkak eksgibitsionistlar uchun ayol

kishining qoʻrqib ketishi muhim hisoblanadi. Shuning uchun ham ular yoʻlak, deraza ortlariga berkinib, ayollarni choʻchitishga intiladilar. Plash yoki paltolarining oldini ochib, qoʻzgʻalgan jinsiy aʼzolarini koʻrsatish bilan birga, kuchli jinsiy qoʻzgʻalish holatiga, baʼzan psixik orgazmga ham erishadilar. Koʻpincha namoyish masturbatsiya bilan davom etadi. Baʼzan ekskibitsionizm holati kechki payt umumiy transportda yuz berib, bolalar oldida yechinish kamroq uchraydi. Ekskibitsionizm oʻta shafqatsizlik — sadizm elementlari bilan birga namoyon boʻlganda, koʻproq ayolning uyalish hissi, jazo oldidagi qoʻrquv holati qoʻzgʻatuvchi taʼsir koʻrsatadi. Bundan tashqari, verbal ekskibitsionizm hodisasi ham uchraydi. Bunda erkak notanish ayollarga qoʻngʻiroq qilib, ularni qoʻzgʻatuvchi mavzuda suhbat qilib, oʻzlarini ejakulatsiya va orgazmgacha masturbatsiyalaydilar. Verbal ekskibitsionizm oʻz jinsiy aʼzolarini boshqalar oldida namoyish qilish holatida ham namoyon boʻlishi mumkin. Bu patologiya elementlari 7 yoshgacha boʻlgan bolalar orasida 5%, 7—11 yoshda 1% uchrab, ular ishqiy munosabatlardan uzoq boʻladilar.

**Nimfomaniya** — ayollardagi jinsiy intilish boʻlib, turli xil sheriklar bilan ishqiy yaqinlik qilishga boʻlgan toʻxtovsiz intilish bilan kechadi. Erkaklarda bunday holat — satiriazis deb yuritiladi. Nimfomaniyani doimiy jinsiy yaqinlikka intilish bilan xarakterlanadigan sindrom sifatida ham koʻrish mumkin. Buning sababi miyaga oʻrnashib qolgan fikr yoki agressiv moyillik deb hisoblanadi.

Nimfomaniya turlari:

1. Kuchli tugʻma intilish asosidagi nimfomaniya gormonal buzilish yoki bosh miyaning organik zararlanishi hisobiga yuzaga chiqadigan jinsiy qoʻzgʻalishlar xuruji bilan kechadigan holat.
2. Maniakal holat bilan bogʻliq nimfomaniya.
3. Kuchli tugʻma jinsiy intilish bilan bogʻliq nimfomaniya.
4. Ayolni maʼlum ijtimoiy va ruhiy sabablarga koʻra koʻp ishqiy sherik saqlashga majbur boʻlgan soxta nimfomaniya.

Nimfomaniya kuchaygan ishqiy intilish boʻlib, uning asosida libidoning biologik va ruhiy elementlari miyaga oʻrnashib qoladi, uning qadr-qimmatini hamma narsadan ustun deb hisoblanadigan fikr yuritiladi. Nimfomaniyada qoʻzgʻalish subyektiv xarakterga ega boʻlib, jinsiy aʼzolar mushaklari qon bilan taʼminlanishida oʻziga xos oʻzgarishlar kuzatilmaydi. Ularda orgazm qiyinlik bilan sodir boʻladi yoki umuman boʻlmaydi. Ammo miyaga oʻrnashib

qolgan jinsiy intilish ayolni ishqiy sherikni tez-tez yangilashga undaydi. Shunga qaramasdan jinsiy yaqinlik to'liq qoniqishga olib kelmaydi. Qator seksologlar fikriga ko'ra libidoning kuchaygan bu varianti haqiqiy nimfomaniya bo'lib, ruhiy buzilishlardagina uchraydi. Uni gipotalamus, miyaning chuqur strukturalari zararlanishidagi patologik kuchaygan jinsiy mayldan ajrata bilish kerak. Jinsiy maylning kuchayishi ko'plab tasodifiy ishqiy aloqalar va alkogolga ruju qo'yishga, shu bilan birga, jinsiy va ijtimoiy munosabatning qiyinlashuviga olib kelishi mumkin. Bu holat ko'pincha bolalik, yoshlik, jinsiy balog'atga yetish davrida yuzaga kelib, bu davrda ayol hali shaxs sifatida shakllanmagan bo'lsa ham, yuzaga kelgan ruhiy infantilizm ehtirosli intilishning kuchayishiga qarshi tura olmaydi.

**Fetishizm (tumor, talisman — frans)** — turli xil jonli va jonsiz narsalarga, tana qismlari, kiyimlarga ishqiy intilish. Bu holat jinsiy jihatdan benuqson, mukammal yetuk insonning boshqa shaxs bilan muloqoti o'rnini bosa oladigan holatdir. Fetish yordamida erkin harakat qilish insondan eng muhim narsa — jinsiy quvvatni talab qilmaydi. Shuning uchun ham inson diqqatini o'ziga tortib, uni ishqiy xayolotlar, saroblar dunyosiga g'arq qiladi. Sherikning shaxsi but, tumor ishqibozi uchun hech qanday ahamiyat kasb etmaydi. Shu bilan bir vaqtda ko'pgina erkaklar uchun ayol tanasi a'zolari (ko'krak, oyoqlar, dumbalari) yoki ayolning pardozi buyumlari ishqiy hissiyot qo'zg'atish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Ba'zan bu hislar onanizm va orgazmgacha ham davom etishi mumkin. Ammo bu vaqtda onanizm o'rinbosar xarakterga ega bo'lib, ayolning shaxsi, harakatlari bilan bog'liq holda undan ajralgach, bu holat yuzaga kelmaydi. Fetishizmda tasavvur jonsiz bo'lib, aniq egasiz bo'lsa-da, ta'sir kuchi yo'qolmaydi. Fetish, odatda, aniq obyekt yoki orzu qilingan, intilgan tasavvur, ramzdir. Fetish tasavvur erkinligi, orzularni kuchaytirib jinsiy qo'zg'alish yuqori nuqtaga yetishiga yordam beradi. Fetishizm elementlari patologik hamda me'yoriy jinsiy aloqalarda kuzatiladi. O'sha talisman kuchiga ega bo'lgan buyumni qo'lga kiritish yo'lidagi qiyinchiliklar ham ma'lum ma'noda lazzatlanish bag'ishlaydi. Jinsiy qoniqishga orzu qilibgina emas, balki uni hidlash, o'ziga yaqinlashtirish, jinsiy a'zolariga tekkizish, o'z o'rniga yotqizib masturbatsiya qilish bilan birgalikda erishadi. Kiyimli fetichizm, ba'zan qarama-qarshi jinsdagilar kiyimini ko'rib ham yuzaga keladi. Fetichistlar bunday buyumlarni ko'pincha dorda yuvib ilingan kiyimlar ichidan, cho'milish

joylaridan va boshqa joylardan o'g'irlab, ba'zi hollarda do'konlardan sotib oladilar. Fetishizm variantlari turli-tumandir: burun, qo'l, ko'krak, to'liq yoki ozg'in tanalar, xunuk oyoq yoki yuz, uzun sochlar shular jumlasiga kiradi. Kiyim fetishizmi zamonaviy ayolning butun garderobini o'z ichiga oladi. Ayollarda fetishizm turli tatuirovkalar, chandiq, mo'ylov, soqol, ikkilamchi tuklar, kiyimlarga intilish sifatida namoyon bo'ladi. Haqiqiy fetishizm ko'pincha jinsiy hayotni chegaralab qo'yadi. Ba'zi erkaklar uchun fetish shunchalik muhimki, usiz erkak qo'zg'alish qobiliyatiga ega bo'lmay qoladi. Bunday erkaklar masalan, ayollar qora rezinka taqmasa, jinsiy aloqa qila olmaydilar. Juda kam uchraydigan ba'zi hollarda erkak uchun xayolan shu holatga erishishi ayolning o'zidan ham ko'ra fetish, ya'ni uning buyumlari muhimroq bo'lib qoladi.

**Parafiliya** jinsiy intilish, uni qoniqtirish yo'llari va usullarining buzilishidir. Xatti-harakatning ba'zi turlari, masalan, erkak kishining qora ich kiyim kiygan xotinni ko'rganda qo'zg'alishi hayratlanarli emas, balki tabiiy deb hisoblanadi. Parafiliyaning boshqa turlari esa kishilarda bir-birining tushunmaslik holatini keltirib chiqarishi, bir-biriga muhabbatli juftlik o'rtasida norozilik uyg'otishi mumkin. Parafiliya turlari:

1) qurbonli parafiliya (sheriklardan biri jazolangan kishi rolini o'ynaydi). *Sadizm* (birovlarni azoblab, urib lazzatlanish), mazoxizm (yuzaga keltirilgan og'riqdan qo'zg'alish), simforofiliya (turli to'qnashuv va tabiiy ofatlardan qo'zg'alish), *eratofonofiliya* — qo'rqinchli va dahshatli holatlar darajasiga ko'ra qo'zg'alishning yuzaga kelishi;

2) vahshiyona parafiliya — ishqiy munosabatning zo'rlash bilan yuzaga kelishi. Parafiliyaning bu turida kimsa o'zini yirtqich yoki qurbon o'rnida tasavvur qiladi;

3) merkantil parafiliya — jinsiy qo'zg'alish axloqiy buzuqlik va dilxunlikni namoyon etish bilan yuzaga chiqadi;

4) fetishizm — jinsiy aktning eng kerakli komponenti bo'lib, yuqorida aytganimizdek, biror ramz, tumor (talisman) bo'lib xizmat qiladi.

Ma'lumki, ko'pchilik erkaklarda yalang'och ayol ko'kraklarini ko'rgan vaqtda jinsiy qo'zg'alish yuzaga keladi, ba'zilar uchun ishqiy sherigi uning oldida bo'shanishi muhim ahamiyat kasb ytadi. Bu holat ularning o'zaro aloqalariga ta'sir etmaydi, jinsiy aloqalar o'zgarmaydi. Parafiliyaga ta'rif berganda, fetish qo'shimcha

qo'zg'alish manbaya bo'lib qolmasligi zarur. Chunki fetishsiz jinsiy aloqa qila olmaslik holati yuzaga kelishi mumkin;

5) *saralangan parafiliya*, bunda sherik faqat ma'lum bir guruh shaxslar orasidan tanlanib olinadi, masalan, tanlash bir xil yoshdagi odamlar yoki bir xil ko'rinishdagi odamlar bo'lishi mumkin. *Pedofiliyada* sherik juda yosh bo'lishi kerak, chunki parafil uchun u jinsiy yetilish davrida jozibaliligini yo'qotadi. Qarama-qarshi holatda — *gerontofiliyada* qari sherikka ehtiyoj tug'iladi. Efebofiliyada qari kishi o'ziga yosh sherik qidirishi, yosh orasidagi farqi ko'zga yaqqol tashlanmasa-da bu jiddiy muammo bo'lib, borgan sayin bemorga yosh sherik kerak bo'lib boraveradi. Zoofiliya — hayvonlardan sherikni izlash. *Nekrofiliya* — o'lik sherikka talab;

6) *jozibador parafiliya* jinsiy aloqadan oldin keladigan bosqichlarida maxsus qo'zg'atuvchi vosita xizmatini o'taydigan buyumlardan qo'zg'alish. Masalan, *eksqibitsionizm* — erkak o'z jinsiy a'zosini ko'rsatib, atrofdagilar uning g'ayrioddiy harakatidan karaxt holatga tushuvi, hayratlanishidan qo'zg'aladi. Parafiliyaning boshqa turlari taqiqlangan filmlar ko'rish bilan bog'liq. Shunga o'xshash parafiliya turlaridan biri *froterizm* bo'lib, bunda erkak avtobus va boshqa jamoa joylarda noma'lum odam tanasiga surkanib, jinsiy aloqa — yaqinlikka talab his qiladi. Bunga o'xshash xatti-harakat umumiy qabul qilingan qoidalarga sig'maydi, ularga qarshi ko'plab qonunlar qabul qilingan. Ular keltirib chiqaradigan xavfga qarab, jinoiy javobgarlikdan davolanish choralarigacha belgilanadi. Masalan, aholi ko'p joylarda jinsiy a'zoning yalang'och ko'rsatgan erkak ba'zan qamoqqa olinadi, ba'zan esa unga umuman e'tibor berilmaydi yoki psixologik yordam ko'rsatisha uchun maxsus maslahatxonalariga yuboriladi.

Olimlar parafiliya turlari haqida juda kam ma'lumotga egalar. Parafiliya bilan og'rigan bemorlarning aniq hisobi yo'q, chunki bu holat qonun bilan to'qnash kelganda yoki oilaviy hayotda muammolar bo'lgandagina qayd etiladi.

Xatti-harakatning bunday shakllanishi bolalik davrida yoki tug'uruqqacha gormonal buzilish asorati sifatida yuzaga kelishi mumkin. Ba'zan parafiliya inson qariguncha ham yuzaga chiqmasligi, faqat turli kasalliklar, miya jarohati ko'rinishida bo'lishi mumkin. Insonning intim tasavvuri va uni amalga oshirishga intilishi o'rtasida juda katta farq seziladi. Bundan tashqari, odamlarning parafiliyaga berilishi o'rtasida ham farq katta bo'ladi.



**Messalinizm** — Klavdiya Messalini Rim imperatorining xotini nomiga qo'yilgan bo'lib, ayollar seksual xatti-harakatining buzilishidir (jinsiy sherik tez-tez almashtirilishiga talab). Uning bir necha turi farqlanadi: frigidlik, nimfomaniya, donjuansifatlik, merkantil.

**Vuayerizm** (vizionizm) — jinsiy buzilishning bir turi, bировlar jinsiy a'zolarini tomosha qilish (striptiz, varyete, erotik shoular, erotik rasmlar tomosha qilish).

**Pedofiliya** — yosh bolalar bilan aloqa qilishga intilish. Chin pedofiliya va kattalar o'rnini bosuvchi pedofiliya farqlanadi.

**Efebofiliya** — katta yoshdagi odamlarning o'smir yigit va qizlarga intilishi. Bularga katta yoshdagi erkakning yigitlar bilan gomoseksual aloqasi kiradi.

**Gerontofiliya** — qarilarga bo'lgan jinsiy intilish.

Barcha intim hissiyotlarning shakllanishida (patologik formalar bilan birgalikda) ko'plab biologik, ijtimoiy, ruhiy omillar muhim rol o'ynaydi. Bu holatda irsiy, gormonal buzilishlar natijasida bosh miyaning organik zararlanishi, neyroinfeksiya, noto'g'ri jinsiy tarbiya, epilepsiya, og'ir psixopatiyalar, organik psixozlar ham muhim ahamiyatga ega. Bunday hollarda davolash patologik intilishni asta-sekinlik bilan susaytirishga, seksual xatti-harakatni korreksiya qilishga, bemor shaxsiga chuqur ta'sir ko'rsatishga qaratiladi.

---



## 16.1. O'smaoldi holatlari

*O'smalar* to'qimalar hujayralarining sifat va shakl jihatdan o'zgarib, patologik ravishda ortiqcha o'sib ketishi holatidir. O'smalarlarning o'ziga xosligi shuki, hujayra ko'payishiga sabab bo'luvchi tashqi ta'sir to'xtagandan keyin ham hujayralar ko'payishda davom etaveradi.

Rakoldi (saronoldi) holatlari va o'sma tushunchalari bo'lib, o'smalar, o'z navbatida, xavfsiz va xavfli bo'lishi mumkin.

Xavfsiz o'smalar to'qima ichiga o'sib kirish, ularni buzish va metastaz hosil qilish xususiyatiga ega bo'lmay, ular o'sib borishi davomida yon to'qimalarni siljitib, odam organizmida chuqur o'zgarishlar keltirmaydi.

Xavfli o'smalar to'qima ichiga o'sib kiradi, ularning o'sishini buzadi hamda qon va limfa tomirlari orqali yaqin va uzoqdagi a'zo va to'qimalarga tarqalib metastaz hosil qiladi, organizmni holsizlantirib, ozib-to'zib ketishga olib keladi, oxir oqibatda o'lim bilan tugashi mumkin.

O'smaoldi holatlari deb, to'qima va a'zolarida distrofik o'zgarishlar keltirib chiqaradigan jarayonlarga aytiladi. Bunday holatga o'z vaqtida tashxis qo'yilsa, ularning keyinchalik to'qimalarda ko'payib ketishi va rivojlanishining oldi olinadi. Rakoldi holatlariga tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon bo'yni, endometriy va tuxumdonlarda uchraydigan o'zgarishlar kiradi. Tashqi jinsiy a'zolar va qin sohasi rakoldi kasalliklariga leykoplakiya va krauroz kiradi.

**Leykoplakiya** — shilliq qavat ustida salgina bo'rtib turuvchi tovlanuvchi oq dog' ko'rinishida bo'ladi. Lokalizatsiyasi (joylashishi), asosan, kichik jinsiy lablar, klitor atrofi va qin sohasida bo'ladi. Tarqalgan joy chegarasi aniq sezilib turadi, o'sib borgan sari leykoplakiya qalinlashadi. Kasallik qichishish bilan kechadi.

**Krauroz** — tashqi jinsiy a'zolar to'qimalarining atrofiyasi va burishib qolishi bilan namoyon bo'ladi. Shilliq qavat va teri elastikligini yo'qotadi, tabiiy dog'lar rangsizlanadi. O'ta yupqalashgan shilliq qavat pergament qog'ozi ko'rinishini oladi. Rivojlanib boruvchi atrofiya klitorning kichik va katta jinsiy lablarning

tekislanishiga, qinga kirish joyining keskin torayishiga olib keladi. Bemorni qichishish, siydik ajrashi, defekatsiya, jinsiy hayotning qiyinlashishi kabi noxushliklar bezovta qiladi. Ko'pincha ikkilamchi infeksiya qo'shiladi.

Ko'p hollarda krauroz va leykoplakiya birga uchraydi, bunday hollarda kasallik xavfli o'smaga aylanishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolar va qinning rakoldi holatlarini davolash birmuncha qiyinlik tug'diradi. Davolashda umumiy quvvatlovchi (mehnat va dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, achchiq, sho'r ovqatlar va spirtli ichimliklar iste'mol qilishni chegaralash), desensibilizatsiyalovchi terapiyani qo'llash, trankvilizatorlar buyuriladi. Mahalliy 10% li anestezin va 2% li dimedrol mazi, 2% li rezorsinli bog'lamlar, 0,1% li gistamin eritmasi qo'llaniladi, shuningdek, novokainli blokada qilinadi.

Bachadon bo'ynining rakoldi holatlariga: polip, bachadon bo'yni eroziyasi va ektopion kiradi. Rakoldi jarayonlari tug'ma yoki orttirilgan xarakterdagi patologik holat bo'lib, uning asosida ma'lum bir sharoitda bachadon bo'yni raki rivojlanadi.

**Bachadon bo'yni polipi** — bachadon bo'yni sohasidan o'sib chiqib, kam uchraydi va ko'pincha endometriy xastaligidan rivojlanadi.

**Bachadon bo'yni eroziyasi** — bachadon bo'yni qin qismining yemirilishi, chaqalanishi.

**Ektopion** — asosan, tug'uruq vaqtida bachadon bo'yni yirtilishining sifatsiz choklangan sohasida rivojlanadi. Bachadon bo'ynini qin oynalari, kolposkop yordamida ko'rish natijalariga qarab tashxis qo'yiladi. Shiller probasi (bachadon bo'yni 2% li Lugol eritmasi bilan artilganda zararlangan soha bo'yalmaydi), sitologik tekshirish va biopsiya natijalari ham aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

Bachadon bo'yni rakoldi kasalliklarini davolash konservativ va jarrohlik yo'li bilan o'tkaziladi.

Yallig'lanish jarayonini yo'qotish uchun to'qima trofikasini (oziqlanishi) yaxshilashga qaratilgan konservativ davolash (vannochkalar, yog'li tamponlar, gormonal mazlar) tavsiya etiladi. Atipik hujayralar bo'lmasa, koagulatsion, kriojarrohlik va jarrohlik yo'llari bilan bachadon bo'yni amputatsiyasi o'tkaziladi.

Endometriyning rakoldi kasalliklariga adenomatoz, adenomatoz poliplar va endometriyning atipik giperplaziyasi kiradi. Endometriy giperplastik jarayonining ko'rinishi bo'lib, ko'pincha qon ketish holati kuzatiladi.

Tashxis aniq yig'ilgan anamnez, ginekologik ko'rish va aspiratni sitologik tekshirish, gisteroskopiya natijalariga asosan qo'yiladi.

Gi perplastik jarayonlar aniqlanganda, asosan, menopauza davrida ehtiyot bo'lish talab etiladi. Bunday kasallar „xavfli“ guruhga kiradi.

Ular dispanser nazoratiga olinib, doimo tekshirib turiladi va davo choralari o'tkaziladi.

Yosh ayollarni davolash uchun funksional diagnostika testlari nazorati ostida, hayz funksiyasining neyrogumoral boshqarilishi-niing buzilishini tiklashga qaratilgan dori moddalar qo'llaniladi. Shu maqsadda sintetik progestinlardan foydalaniladi (non-ovlon, infenkudin, bisekurin va boshqalar). Menopauza davrida ayollarda bachadon bo'yni kanali, bachadon bo'shlig'ida alohida-alohida diagnostik qirish o'tkaziladi, keyinchalik gistologik tekshirilib, androgenlar (metilttestosteron, testenat, sustanon - 250 va boshqalar) bilan davolanadi. Konservativ davo natijasiz bo'lganda kastratsiya va jarrohlik yo'li bilan davolash o'tkaziladi.

## 16.2. Ayol jinsiy a'zolarining xavfsiz o'smalari

Xavfsiz o'smalar orasida bachadon miomasi va tuxumdon kistasi, shuningdek, vulva va qin kistasi ko'proq uchraydi. Vulva va qin kistalari katta va kichik jinsiy lablar burmalari sohasida joylashadi, ya'ni dahliz katta bezi chiqish qismida yoki qin yon devorining yuqori qismida joylashadi.

Ular palpatsiyada og'riqsiz, elastik konsistensiyali, silliq devorli bo'ladi. Bemor, odatda, yurishga qiynalishdan shikoyat qiladi. Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi (kista olib tashlanadi).

### 16.2.1. Bachadon miomasi

Bachadon miomasi ayollar jinsiy a'zolari kasalliklari orasida keng tarqalgan bo'lib, xavfsiz o'smalarni o'z ichiga oladi. O'sma mushak va biriktiruvchi to'qimadan rivojlanib, qon tomirlarga boy bo'ladi. Mioma tugunining o'sgan joyiga qarab, uning quyidagi turlari farqlanadi:

1) **subseroz** (qorin pardaosti) tugun — bachadonning seroz qavatidan rivojlanadi;

2) **interstitial** (devor ichi) tugunlar — bachadon devori qatlamlaridan miomatoz tugun o'sishi kelib chiqadi;

3) **sumbukoz** (shilliqosti) tugunlar — bachadon bo'shlig'ida rivojlanadi;

4) **atipik** shaklli tugun (qorin parda ortidan, bachadon bo'yni ortidan, boylamlar orasidan).

Bachadon miomasining eng ko'p uchraydigan belgisi — bu hayz funksiyasining buzilishi (bachadondan meno va metroragiya ko'rinishida qon ketishi, uzoq davom etuvchi qonli ajralmalar) hisoblanadi. Keyingi simptomlardan biri qorinning pastki qismida va umurtqa — bel sohasida og'riq va uning qoringa tarqalishidir. Og'riqlar har xil ko'rinishda (vaqtinchali, hayz vaqtida, doimiy) bo'ladi.

Bachadon miomasi tashxisi ginekologik ko'rish, zondlash, bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish natijalariga asosan qo'yiladi. O'sma, asosan, zich konsistensiyali, har xil shaklda, ko'pincha ko'p tugunli bo'ladi. Agar tashxis qo'yishda qiyinchilik bo'lsa, qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi (UTT, GSG va boshqalar). Davolash konservativ va operativ bo'lishi mumkin. Konservativ davo o'sma o'sishining sekinlashishiga va kasallik og'ir kechishini kamaytirishga qaratiladi. Konservativ davo klinik ko'rinish aniq bo'lmagan va mioma sust rivojlangan hollarda o'tkaziladi. Bu holatda funksional diagnostik testlar nazorati ostida va davolash natijalariga asoslanib, sintetik progestinlar bilan gormonoterapiya o'tkaziladi.

Ba'zan bachadon miomalarini konservativ usulda davolash tavsiya etilmaydi. Bachadon kattaligi 16 haftalik homiladorlikdan katta bo'lsa, endometriyda shilliqosti tugun va poliplar aniqlansa, tugunlarning xavfli o'smaga aylanishi yoki to'qimalar o'lishi (nekrozi)da tez o'sishi, yon a'zolarining ezilishi va ular funksiyasining buzilishida, o'ta ko'p qon ketganda va og'riqda, tugun oyoqchalarining buralib qolishida, shuningdek, miomalar ayol jinsiy a'zolarining boshqa patologik jarayonlari bilan birga uchrasa, konservativ davo buyurilmaydi. Yuqoridagi hollarda jarrohlik usuli bilan davolanadi. Agar ayol yosh bo'lib, bolalari bo'lmasa, operatsiya konservativ o'tkazilishi mumkin, miomatoz tugunlar tugilib, tushib ketadi. Boshqa hollarda operatsiya hajmi bachadonning qinusti amputatsiyasidan iborat bo'ladi.

### **16.2.2. Tuxumdon kistasi**

Tuxumdonning xavfsiz o'smalari o'zining kelib chiqish shakli va klinikasi jihatidan har xil bo'ladi. Sariq tana, follikular, dermoid kistalari ko'p uchraydi. Tuxumdon o'smalari simptomsiz kechishi mumkin. Lekin ko'pincha tuxumdon kistasi simptomatikasi qorinning pastki sohasidagi og'riq bilan aniqlanadi, ayniqsa, agar

kista katta o'lchamda bo'lib, qo'shni a'zolari ezib qo'ygan bo'lsa.

Kista oyoqchali bo'lishi mumkin. Oyoqchalar o'ralib qolganda kista qon aylanishini buzib, kista to'qimasi nobud bo'ladi.

Tuxumdon kistalarining hammasi gormonga bog'liq o'smalar hisoblanadi. Ular ko'p miqdorda estrogen ishlab chiqaradi va bachadonni gi perplastik holatga olib keladi, bu o'z o'rnidabachadondan asiklik qon ketishiga sabab bo'ladi.

Tashxis anamnez, ginekologik qirish va qo'shimcha tekshirish usullariga asoslanadi. Bemorda tuxumdon o'smasi aniqlangandan keyin zudlik bilan jarrohlik aralashuvi yordamida davolanadi. Doimo profilaktik ko'rik, 1 yilda 2 marta tekshirib turish va o'z vaqtida „xavfli“ guruhlariga ajratish kasallikning oldini oladigan eng ishonchli yo'ldir.

Tuxumdonlarning har qanday o'smasi xatarli, shuning uchun tuxumdonlar o'smalarini aniqlash, to'laqonli tibbiy yordam ko'rsatish, xavfli o'smalar rivojlanishining oldini olishda ishonchli usul hisoblanadi.

Xavfli o'smalarga qarshi kurashishda tibbiyot muassasalarining ko'ruv xonalari xizmati alohida ahamiyatga ega. Bunday hollarda ayollar jinsiy a'zolarining hamma qismlarini ko'rish, har qanday kasallikni aniqlash uchun ularni o'z vaqtida ginekologga yuborish va to'liq tekshirish hamda davolash o'tkaziladi.

### 16.3. Ayol jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari

Ayol jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari orasida ko'pincha bachadon bo'yni va tanasining raki, tuxumdonlar raki, ba'zida qin va vulva raki uchraydi. ***Qin va vulva raki*** — avval leykoplakiya, krauroz yoki ikkala kasallik bilan bir paytda kasallanganda, menopauza davridagi ayollarda uchraydi.

#### 16.3.1. Bachadon bo'yni raki

Ayol jinsiy a'zolarida ko'p uchraydigan xavfli kasallik hisoblanadi. Bachadon bo'yni eroziyasi va eroziyalangan ektropion bu xastalikka olib keluvchi omil hisoblanadi. Bachadon bo'yni raki ekzofit, endofit va aralash ko'rinishlarda uchraydi.

**E k z o f i t** ko'rinishida bachadon bo'yni gulkaram ko'rinishini eslatadi, salgina tegish bilan qonli ajralmalar chiqadi.

**E n d o f i t** ko'rinishida agar o'sma bachadon bo'yni devoriga o'sib kirsam, bachadon bo'yni xumchasimon ko'rinishni oladi.

Kasallikning aralash turida shu ikkala klinik ko'rinish qo'shib ketadi.

Bachadon bo'yni raki limfa yo'li orqali kichik chanoq va atrof kletchatkasining limfa tugunlariga tarqaladi. Ba'zida kasallik gematogen (qon tomirlar orqali) yo'l bilan tarqaladi.

Bachadon bo'yni rakining tasnifi:

**0 bosqich** — rak hujayralari lokal bir joyda aniqlanadi.

**I bosqich** — bachadon bo'yni zararlanadi.

**II bosqich** — parametriy, qin yuqori qismi yoki bachadon tanasiga o'sma infiltratsiyalanadi.

**III bosqich** — infiltratsiya regional limfa tugunlarini zararlantirib, kichik chanoq devorlariga o'tadi.

**IV bosqich** — o'sma siydik pufagi yoki qovuqqa, to'g'ri ichakka o'tadi yoki metastazlar uzoq joylashgan a'zolarida aniqlanadi (jigar, o'pka, suyak va hokazolar).

Jinsiy aloqa vaqtida qon ketishi, oqsil ajralmalar, qorinning pastki sohasida og'riq, umumiy ahvolning yomonlashishi bachadon bo'yni rakining yetakchi simptomi bo'lib hisoblanadi. Bu jarayonning yon a'zolariga tarqalishi natijasida o'sha a'zolar faoliyati buziladi (siydik chiqishining buzilishi, defekatsiya va hokazo o'zgarishlar).

Tashxis anamnez, obyektiv ko'rinish, kolposkopiya, sitoskopiya, gistologiya natijalariga asoslanishi kerak. Shiller sinamasi o'tkaziladi.

Bachadon bo'yni rakida jarrohlik, aralash va nur yordamida davolash usullari qo'llaniladi. Davolash usuli bemorning umumiy ahvoli va rak jarayonining tarqalish darajasiga qarab tanlanadi. Demak, 0- bosqichda bachadon bo'ynining aylanma diatermoekstsiziyasi o'tkaziladi, olingan to'qima gistologik tekshiruvga yuboriladi. Qolgan hamma bosqichlarda bachadonning ekstirpatsiyasi amalga oshiriladi (Vertgeym-Gubaryov usuli bo'yicha):

**I bosqichda** jarrohlik usuli nur terapiyasi bilan birgalikda;

**II bosqichda** davolash aralash nur terapiyasi bilan amalga oshiriladi;

**III bosqichda** faqat nur terapiyasi qo'llaniladi;

**IV bosqichda** esa bemorning umumiy ahvolini yaxshilashga qaratilgan simptomatik davo o'tkaziladi.

Bachadon bo'yni rakidan ko'p qon ketishini nazarda tutib, tibbiyot hamshirasi bunday sharoitda shoshilinch yordam

ko'rsatishni bilishi shart, shifokor kelguniga qadar hamshira steril tampon bilan qinni qin ko'zgulari yordamida ochib, tamponada qilishi zarur. Tampon qinda 6—8 soat davomida turishi mumkin.

### 16.3.2. Bachadon tanasi raki

Bachadon tanasi raki, odatda, katta yoshli ayollarda, ya'ni 50 yoshdan keyin uchraydi. Bu holat ko'pincha tug'magan yoki kam tug'gan ayollarda kuzatiladi. Jarayon endometriyning giperplastik o'zgarishi bilan birgalikda o'tadi va neyroendokrin buzilishlar ham qo'shiladi.

Bachadon tanasi rakining tasnifi:

**0 bosqich** — endometriy gistologik tekshirilganda alohida-alohida atipik hujayralar topiladi.

**I bosqich** — o'sma bachadon tanasi bilan chegaralanadi.

**II bosqich** — bachadon bo'yniga tarqalgan bo'ladi.

**III bosqich** — o'sma qin va parametral to'qimaga tarqaladi.

**IV bosqich** — jarayon chanoqdan tashqariga tarqalib, siydik pufagi va to'g'ri ichakka yoki uzoq a'zolarga metastazlar beradi.

**Klinik belgilari** — bachadon tanasi raki suyuq suvsimon oqsil kelishi bilan boshlanib, keyinchalik „go'sht yuvindisi“ holatiga o'tib, o'tkir hidli bo'ladi. Asosiy simptomlardan biri menopauzada qonli ajralmalar hisoblanadi. O'sma boshqa a'zolarga o'sib kirganda bu a'zolarning funksiyasi buziladi.

Bachadon tanasi raki tashxisi umumiy shikoyatlar, ginekologik tekshirish va qo'shimcha tekshirish ma'lumotlariga asoslanadi (sistoskopiya, bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish va aspiratni gistologik tekshirish).

Bachadon tanasi rakini davolash usuli o'smaning xarakteri va o'sish darajasiga hamda bemorning umumiy holati, shuningdek, patogenetik turiga qarab tanlanadi.

Jarrohlik, kombinatsiyalashgan (aralash), gormonal va nur terapiya usullari biryo'la qo'llaniladi.

Jarrohlik usuli o'sma yuzaki o'sganda va limfatik tugunlarda metastaz bo'lmaganda qo'llaniladi. Operatsiyada bachadon ortiqlari va limfa tugunlari olib tashlanadi.

Kombinatsiyalashgan yoki aralash davo (operatsiya va nur terapiya; operatsiya va gormon-terapiya) II bosqichda amalga oshiriladi.



III bosqichda metastaz tarqalishining oldini olish maqsadida operatsiyadan oldin nur terapiyasi va aralash davolash o'tkaziladi.

IV bosqichda simptomatik davolanadi.

Jarrohlik va nur bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda gormonoterapiya o'tkaziladi, bunda 12,5% li kapronat oksiprogesteron, non-ovlon va boshqa progestinlar qo'llanadi.

### 16.3.3. Tuxumdon raki

*Tuxumdon raki* birlamchi, ikkilamchi va metastatik turga bo'linadi. Hozirgi paytda profilaktik tekshirishlar tez-tez amalga oshirilishi natijasida bu patologiyaning ko'rsatkichi ancha kamaygan, ammo tuxumdon raki xatarli bo'lgani tufayli o'sma kasalliklari orasida ayollar o'limiga shu kasallik sabab bo'lmoqda. U, asosan, menopauzaoldi va menopauzadan keyingi davrlarda uchraydi. Tuxumdonlarning har qanday xavfsiz o'smalari malignizatsiyaga uchrashi mumkinligini esda tutgan holda yosh ayollarda o'sma kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va olib tashlash juda muhimdir.

Tuxumdon raki bosqichlari quyidagicha:

I bosqich — o'sma faqat bitta tuxumdonda bo'ladi.

II bosqich — o'sma har ikki tuxumdon, bachadon va bachadon naylarida bo'ladi.

III bosqich — tuxumdonlar, qorinparda, limfa tugunlar, ichak tutqichlarining zararlanishi, assit holati kuzatiladi.

IV bosqich — o'smaning qo'shni a'zolariga o'sib kirishi (siydik qopi, to'g'ri ichak), qorin pardasida o'smaning disseminatsiyasi, uzoq a'zoldagi metastaz holati.

Tuxumdon rakining klinik ko'rinishi turli-tuman bo'lib, simptomlar o'smaning turi va xossalari, jarayonning tarqalishiga bog'liq. Kasallik ko'pincha darrov aniqlanmaydi, faqat o'sma oyoqchasi buralib qolgan yoki qo'shni a'zolar o'sma bilan siqilgan vaqtda bemor qiynaladi va og'riqqa shikoyat qiladi. Umumiy ahvolidning yomonlashuvi, holsizlik, bosh aylanishi, tez charchash, ko'p terlash, qorin pastida doimiy og'riq, ba'zida bachadondan qon ketish hollari ro'y beradi.

Boshlang'ich bosqichlar diagnostikasi birmuncha qiyin. O'sma borligi ginekologik ko'rish vaqtida aniqlanadi. Tashxis qo'shimcha tekshirish usullari, UTT, rentgenologik, endoskopik va boshqa usullar natijalari yordamida qo'yiladi.

Tuxumdonlar rakini davolash jarrohlik aralashuvi (bachadon va uning ortiqlarini olib tashlash), nur bilan davolash va nur-terapiya, kimyoterapiya bilan birgalikda (o'sma to'qimalariga ta'sir qiluvchi preparatlar tiotef, benzotef, siklofosfan, sarkolizin va boshqalar) o'tkaziladi.

Xavfli o'smalarning oldini olish maqsadida 25 yoshdan katta ayollar yiliga 2 marta tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi. Bunday ko'riklar zamonaviy usullar (UTT, kolposkopiya va boshqalar) yordamida kasallikni o'z vaqtida aniqlash va davolashga imkon beradi. Bu kabi tekshirishlar ushbu kasallik tufayli o'layotgan bemorlar sonining kamayishiga olib keladi. Bemorlarda o'sma aniqlangandan keyin zudlik bilan onkologik dispanserga ma'lum qilinadi, ular keyinchalik bemorni davolash va rehabilitatsiyasi bilan shug'ullanadilar.

O'smani aniqlashda tibbiyot hamshiralarining o'rni juda katta. Ayollar bilan sanitar-oqartuv ishlari olib borish, tibbiy davolash maskaniga tashrif buyuruvchilar bilan suhbatlar olib borganda hamshira kasallikning aniq simptomlariga e'tibor berishi va bemorni shifokor-ginekolog qabuliga, o'z tashxisini aniqlash uchun, vaqtida kirishini ta'minlashi kerak.

O'sma kasalliklari bo'lgan bemorlarni tekshirish va davolashda tibbiyot hamshirasi shifokorning hamma ko'rsatmalarini so'zsiz bajaradi va har xil muolajalar o'tkazish uchun asboblarni tayyorlaydi hamda shifokorga yordam beradi.

---

**17.1. Ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashishi tasnifi**

Jinsiy a'zolar kichik chanoq markazida, simfiz va dumg'azadan hamda chanoqning yon devorlaridan bir xil masofada joylashgan bo'ladi. Bu joylashuv normal joylashuv deyiladi, bunda bachadon tubi yuqoriga va oldinga qaragan bo'lib, kichik chanoqqa kirish yassiligi chegarasidan chiqmaydi. Bachadon bo'yni tashqi teshigi bilan pastga va orqaga qaragan bo'ladi, bachadon tanasi o'zining, bo'yni bilan to'mtoq burchak hosil qilib qovuqqa qaragan bo'ladi (46-rasm). Bachadonning normal joylashishi chanoq tubi mushaklari va bog'lovchi apparatlar mustahkamligiga, shuningdek, jinsiy a'zolar tonusini ta'minlovchi normal gormonal holat, qorin



**46-rasm. Ayol chanog'idagi a'zolar (sagittal sathdagi kesim):**

- 1— katta jinsiy lab; 2— kichik jinsiy lab; 3—qin og'zi; 4— qin;  
5—qinning orqa gumbazi; 6— qinning old gumbazi; 7— bachadon bo'yni; 8—bachadon tanasi; 9—qovuq; 10—simfiz; 11—to'g'ri ichak;  
12— dumg'aza; 13—qovuq bilan bachadon o'rtasidagi kamgak;  
14—to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (Duglas bo'shlig'i).

bo'shlig'i ichi bosimi, qorin pressi va chanoq tubi muskullari tonusiga bog'liq bo'ladi.

Agar yuqorida ko'rsatilgan omillar yoki ular orasidagi munosabat buzilsa, jinsiy a'zolarining joylashuvida turli o'zgarishlar, ya'ni patologik holatlar yuzaga keladi.

## 17.2. Bachadonning noto'g'ri joylashishi

Bachadonning kichik chanoqda noto'g'ri joylashishi doimiy tushga ega bo'lsa, bachadon tubi va bachadon bo'yni yoki ularning qavatlari orasidagi munosabatlar buzilgan bo'lsa, me'yordan tashqari (anomaliya) holat, deb hisoblanadi. Bachadon joylashuvining quyidagi anomaliyalari mavjud.

1. Bachadonning chanoq bo'shlig'ida vertikal yoki gorizontal yassilikdan butunlay siljishi, bunda bachadon quyidagicha siljishi mumkin:

a) vertikal yassilikda siljishi (biroz ko'tarilishi yoki biroz pastga tushishi, lekin bunda bachadon jinsiy yoriqdan tashqariga chiqmagan bo'ladi; bachadonning tushib qolishi, bunda bachadon jinsiy yoriq chegarasidan qisman yoki butunlay chiqqan bo'ladi;

b) bachadonning gorizontal yassilik bo'ylab oldinga, orqaga, chapga yoki o'ngga siljishi.

2. Bachadon bo'limlari yoki qavatlarning bir-biriga nisbatan siljishi; bunda quyidagi holatlar namoyon bo'ladi:

a) bachadonning og'ishi, bunda bachadon tanasi bir tomonga, bachadon bo'yni esa boshqa tomonga siljiydi;

b) bachadonning bukilishi, bunda bachadon tanasi va bachadon bo'yni orasida o'tkir burchak hosil bo'ladi;

d) bachadonning aylanib qolishi, bunda bachadon harakatsiz, bo'yin sohasida butunlay buralib qoladi;

e) bachadonning ag'darilib qolishi, bunda bachadon shilliq pardasi tashqariga qaragan, qorinparda qoplami ichkariga qaragan bo'ladi.

Bachadon joylashuvidagi anomaliyalar kichik chanoqda bo'lib, o'tgan kasallik jarayonlari oqibatida yuzaga kelishi yoki tug'ma bo'lishi ham mumkin.

Bachadoni noto'g'ri joylashgan ayollar bel, dumg'aza sohasidagi og'riqdan, bu og'riqning oyoqqa tarqalishidan, jinsiy yaqinlik paytidagi qiyinchiliklardan shikoyat qiladilar. Ba'zan hayz funksiyasi buzilishi va boshqa a'zolar, ya'ni qovuq va yo'g'on ichak faoliyati izdan chiqishi mumkin. Bunday patologik holatlar, ba'zan bola

tushishiga yoki bepushtlikka olib keladi. Tashxis ginekologik ko'ruv va tekshiruv asosida qo'yiladi. Davolash ko'pincha qiyin bo'ladi, jarrohlik usuli qo'llaniladi yoki uqalash buyuriladi.

### **17.3. Bachadon va qin devorining siljishi hamda tushishi**

Bachadon va qin devorining siljishi hamda tushishi quyidagi holatlarda namoyon bo'ladi: bog'lovchi apparat va chanoq tubi muskullari yoki qorin parda old devorining sustligi, bachadon atrofiyasi natijasida. Bu kasallik ko'pincha ko'p bolali, katta yoshli hamda og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullangan ayollarda kuzatiladi. Odatda, qin devorining siljishi uning old devoridan boshlanadi. Siljish jarayonida u qovuq devorini o'ziga tortadi. Ayni paytda to'g'ri ichak devori siljishi va churra hosil qilishi ham mumkin. Bog'lovchi apparat susayadi, natijada bachadon siljib tushishiga sabab bo'ladi. Qin va bachadon devorlari siljiganda, qorinning pastki sohasida og'riq bo'ladi, bemor yurganda og'riq zo'rayadi. Og'riqli tez-tez siyish yoki siydik tuta olmaslik, qabziyat paydo bo'ladi. Bachadon butunlay tushganda bemor siydik ajrata olmay qoladi. Ko'pincha tushgan bachadonning shilliq qavatida yaralar paydo bo'ladi. Infeksiya tushishi natijasida yallig'lanish jarayoni yuqori jinsiy a'zolarga o'tadi va siydik yo'llariga tarqaladi. Tashxis bemorni ko'rish va tekshiruvlar o'tkazish asosida qo'yiladi. Bachadon va qin devori siljigan va tushganda dori-darmonlar, konservativ hamda jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Konservativ yo'l bilan davolash gigiyenik tadbirlarni o'z ichiga oladi. Trofik yaralarni davolash uchun hamshira shifokor tavsiyasiga muvofiq, qin devori va bachadon bo'ynining tushgan joylariga aseptik eritmalar bilan ishlov beradi. Bunda u steril materiallar, furatsillin, kaliy permanganat, vodorod peroksid eritmalaridan foydalanadi. Shundan so'ng shifokor sintomitsin emulsiyasi bilan shimdirilgan aseptik tamponni bachadon ichiga to'g'rilab qo'yadi, tibbiyot hamshirasi esa sintomitsin yoki streptotsid emulsiyasi surilgan tamponni qinga kiritib qo'yadi. Bu tadbirlar foyda qilmasa, qinga pessariy (rezina yoki plastmassa halqa) qo'yiladi.

#### **Qinga pessariy kiritish.**

Bachadon tushganda hamshira qinga pessariy qo'yishni bilishi kerak.

**Jihozlar:** kreslo yoki uzun yumshoq kursi, qo'lqoplar, dez.eritma, furatsilin, vodorod peroksid, sintomitsin emulsiyasi, pessariy, steril material.

### ***Muolajani bajarish tartibi:***

- bemorga buyurilgan muolaja tushuntiriladi;
- bemorni kresloga yoki uzun yumshoq kursiga oyog'ini tizza va chanoq son bo'g'imidan bukib, ikki yoqqa kergan holda yotqiziladi;
- qo'lqoplarni kiyib, bemor tagi yuviladi va tashqi jinsiy a'zolar, sonning ichki yuzasiga dez.eritma surtiladi;
- qo'lqoplarni almashtirib, qinning tushgan qismi furatsilin yoki 3% li vodorod peroksid eritmasi bilan yuviladi;
- quruq sochiq bilan artiladi;
- steril halqaga pessariy, sintomitsin emulsiyasi surtiladi;
- halqani iloji boricha qisib qinga kiritiladi;
- halqa chanoq tubida qinga ko'ndalang joylashtiriladi;
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi.

Qin devori siljishi va bachadon tushishini bartaraf etish uchun davolashning jarrohlik usullari ham qo'llanadi. Jarrohlik usulining qanchalik hajmda o'tkazilishi ayol jinsiy hayot kechirishi, uning yoshi, umumiy ahvoli va boshqa omillarga bog'liq. Bachadon, qin devorining siljishi va tushishining oldini olish ishlari bemor hayotining barcha davrlarida o'tkaziladi. Bolalikdan gigiyenik tadbirlar, qovuqni o'z vaqtida bo'shatib turish, ichning kelishi, jismoniy mashqlar, og'ir ish qilmaslik holatlariga e'tibor berish zarur, shunda bunday xastaliklarning oldi olinadi.

Tug'ish yoshida homiladorlik, tug'uruq va tug'uruqdan keyingi davrni to'g'ri olib borishga alohida ahamiyat berish lozim.

Xastaliklarga qarshi chora-tadbirlar orasida ayollar mehnatini muhofaza qilish alohida o'rin tutadi, og'ir yuklarni ko'tarish va boshqa og'ir ishlarda ayollar mehnatidan foydalanish taqiqlanadi.



### 18.1. Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar

Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishining anomaliyalari *germafroditizm* ko'rinishida uchraydi. Germafroditizm homilada ham erkaklik, ham ayollik belgilari bilan namoyon bo'ladi. Chin va soxta germafroditizm farqlanadi. Chin germafroditizm juda kam uchraydi. Bu nuqson moyakda, tuxumdonda hamda jinsiy bezlar to'qimalarida kuzatiladi. Ikkilamchi jinsiy belgilar va ichki jinsiy a'zolar ko'pincha ayolga ham, erkakka ham xos bo'lishi mumkin.

Pseudogermafroditizm yoki soxta germafroditizm shunday nuqsonki, bunda tashqi jinsiy a'zolar ichki jinsiy a'zolariga — jinsiy bezlarga mos kelmaydi. Masalan, bachadon, bachadon ortiqlari, qin mavjud bo'lsa ham tashqi jinsiy a'zolar erkakka xos shakllangan bo'ladi (ayollar soxta germafroditizmi). Odatda, ayollar soxta germafroditizmi adrenogenital sindrom (AGS)da kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar nuqsonlari ko'pincha siydik chiqarish kanali va to'g'ri ichak nuqsonlari bilan birgalikda o'tadi.

### 18.2. Tuxumdonlar rivojlanishidagi anomaliyalar

Tuxumdonlar rivojlanishidagi nuqsonlarga tuxumdon bo'lmisligi: gonadalar disgeneziyasi va sklerokistozli tuxumdonlar kiradi.

*Gonadalar disgeneziyasi (Shereshevskiy — Terner sindromi)*da tuxumdonlar bo'lmaydi. Bunday qizlarning tuzilishi erkaklarga o'xshaydi, bo'yi pastroq, ovozi yo'g'on, bo'yni kalta, ayrim joylari tuk bilan qoplanadi (soqol, mo'ylov o'sadi va hokazo). Bunday bemorlarda hayz ko'rmaslik, ikkilamchi jinsiy a'zolar va sut bezlari chala rivojlangani kuzatiladi. Davolashda o'rinbosar gormonlardan foydalaniladi.

*Tuxumdonlar sklerokistozli sindromi.* Shteyn-Liventel sindromida tuxumdonlar to'qimasi o'rnida biriktiruvchi to'qima bo'ladi va jinsiy gormonlar sintezi buziladi. Natijada erkaklar jinsiy gormonlari ko'p miqdorda ishlab chiqiladi. Bemorni jun bosadi va hayz funksiyasi buziladi, ko'pincha hayz ko'rmaydi (amenoreya) yoki gipomenstrual sindrom yuzaga keladi. Bunday bemorlar semirib ketadi, ikkilamchi jinsiy belgilar yaxshi rivojlangani holda

tuxumdonlar kattalashgan bo‘ladi. Ular, odatda, farzand ko‘rmaydi, chunki hayz siklining anovulator turi kuzatiladi.

*Davolash* dori-darmonlar (sikl bo‘yicha gormonlar bilan) va jarrohlik yo‘li bilan olib boriladi (tuxumdonlar ponasimon shaklda kesiladi).

### **18.3. Bachadon va qinda hosil bo‘ladigan nuqsonlar**

Bachadon va qin nuqsonlaridan biri — *qinning bo‘lmasligidir*. Qin a‘zosi bo‘lmagan ayollarda ko‘pincha bachadon va tuxumdonlar yaxshi rivojlanmagan bo‘ladi. Bunday ayollar hayz ko‘rmaydi va ularda jinsiy hayot kechirishning imkoni bo‘lmaydi.

Qiz bolalarda ko‘p uchraydigan nuqsonlardan biri *qizlik pardasida teshik bo‘lmaydi*, natijada hayz qoni qinda yig‘ilib qoladi va uni cho‘zib yuboradi. Bunday dardga uchragan bemor hayz ko‘rish paytida qini yorilib ketgudek bo‘lib og‘rishidan shikoyat qiladi. Ba‘zan mexanik ta‘sir tufayli qizlik pardasi o‘zidan o‘zi yorilib ketadi. Bunday holatda bemorga anamnez yig‘ib, ginekologik kresloda tekshirish asosida tashxis qo‘yiladi. Zarur holatlarda jarrohlik usulida davolanadi (qizlik pardasi xochsimon shaklda kesiladi).

Qin bo‘lmagan taqdirda, uni sun‘iy usulda hosil qilinadi, qin siydik chiqarish kanali va to‘g‘ri ichak o‘rtasida yasaladi.

*Ikkita qin va ikkita bachadon* ko‘rinishidagi nuqsonlar ham uchrashi mumkin. Odatda, bu ikkala nuqson birgalikda kuzatiladi.

Bachadon ikki shoxli bo‘lishi, ikki shoxli bachadonda ikkita bo‘yin qin tomonga to‘siq parda bilan bo‘linishi mumkin.

Ikki shoxli bachadonda ikkala shox bachadon bo‘yniga ochilishi va bitta shoxi yopiq bo‘lishi ham (qin tomonga ochilmasligi) mumkin. Ayrim hollarda ikki shoxli bachadonda to‘siq (parda) butunlay bo‘lmaydi va bachadon tanasi egarsimon shaklda bo‘ladi.

Klinik manzarasi hech qanday alomatlarisiz kechishi, homiladorlik ikkala bachadonda, shuningdek, uning shoxlarida navbatmanavbat ro‘y berishi mumkin. Bu hollarda tug‘uruq faoliyati susayib, gipotonik qon ketish va boshqa asoratlar yuzaga kelish ehtimoli kuchayadi.

Ba‘zan nuqsonlar rudimentar shoxda homiladorlik ro‘y berishi, natijada bachadondan tashqarida yuzaga kelgan homiladorlikni eslatadigan alomatlar kuzatiladi. Yuqorida qayd etilgan ko‘pgina nuqsonlar befarzandlik va bola tushishiga sabab bo‘ladi.

**Davolash.** Agar bemor shikoyat qilmasa, hayz funksiyasi buzilmagan bo‘lsa, homilador bo‘ladi va oson tug‘ib oladi, bunday



hollarda davolash tadbiri talab etilmaydi. Aytilgan nuqsonlar oqibatida ma'lum simptomatika — kasallik belgilari (farzandsizlik, bola tushishi va hokazolar) yuzaga kelgan taqdirda, kasallik turiga qarab jarrohlik usulida davolanadi.

#### **18.4. Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi**

Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi (genital infantilizm) jinsiy rivojlanishdan orqada qolish sifatida namoyon bo'ladi. Genital infantilizm xastaligi yuzaga kelganda organizmning umumiy rivojlanishi ham kechikadi. Genital infantilizmga ovqatlanishdagi turli buzilishlar (gipovitaminoz), boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, ayniqsa, yuqumli xastaliklar, intoksikatsiyalar, homilador ayol organizmiga turli zararli omillarning ta'sir etishi, shuningdek, irsiy omillar sabab bo'ladi.

Jinsiy a'zolari chala rivojlangan ayollar menarxe kechikkanidan, amenoreya yoki gipomenstrual sindromidan (hayz qonining kam kelishi) algodismenoreya (hayz davrida qorinning pastki qismida, belda kuchli og'riq)dan, jinsiy maylning susayganidan, befarzandlikdan, bola tushishidan, patologik tug'uruqlardan shikoyat qiladilar.

Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ikkilamchi jinsiy belgilar mukammal emasligi (qovda jun kamligi, oraliqning cho'zilganligi, katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablarni yopib turmasligi), qinning torligi, bachadon bo'ynining uzunligi va bachadonning kichikligi ma'lum bo'ladi.

Genital infantilizmi bor bemorlarni davolash uchun organizmning umumiy rivojlanishiga yordam beradigan quvvat beruvchi terapiya tavsiya etiladi va hayz funksiyasini me'yorga keltirish hamda ikki fazali siklga erishish uchun gormonlar bilan davolanadi. Ayni paytda fizioterapiya muolajalari, balchiq bilan davolash, uqalash buyuriladi.

Ayollarda jinsiy a'zolar noto'g'ri rivojlanishining oldini olish uchun homiladorlikni to'g'ri o'tkazish kerak (to'g'ri ovqatlanish, mehnat gigiyenasiga rioya qilish, jismoniy zo'riqishlardan o'zini saqlash va hokazolar). Bolalik davrida qizlar shaxsiy gigiyenasining barcha qoidalariga, umumiy va ruhiy zo'riqishlardan o'zlarini saqlashlariga, ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibiga rioya qilishlari zarur. Jinsiy a'zolarining to'g'ri shakllanishi va normal faoliyatiga o'z vaqtida boshlangan jinsiy hayot, birinchi homiladorlik, uning to'g'ri kechishi kabi omillar muhim shartlardan biri deb hisoblanadi.



## AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI- NING SHIKASTLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining shikastlari quyidagi turlarga bo'linadi:

- 1) tashqi jinsiy a'zolar va qinning shikastlari;
- 2) bachadon shikastlari;
- 3) oqma yaralar.

### **19.1. Tashqi jinsiy a'zolar va qinning shikastlari**

Tashqi jinsiy a'zolarining shikastlarini tug'uruq yoki abort paytida, shuningdek, mexanik shikastlarda va ayol zo'rlanganda kuzatiladi. Jinsiy a'zolar shikastlarida shikastlangan sohada og'riq, qon ketishi, gematoma hosil bo'lishi (to'qima orasiga qon quyilishi) kuzatiladi.

Klitor, katta va kichik jinsiy lablar, oraliq, qin dahlizi va qin shikastlanishi mumkin. Ayniqsa, klitor shikastlanganda ko'p qon ketadi.

Tug'uruq paytida va malakasiz qilingan abort natijasida oraliq va qin shikastlanishi mumkin. Bunda oraliq (chot) va qin yorilib, qon ketadi. Qinning yorilishi gumbazgacha davom etishi va hatto, gumbaz orqali qorin pardasiga yetib borishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolar va qinning yorilishi, homila suyagining sinishi, qovuq, siydik chiqarish kanali va to'g'ri ichakning shikastlanishi kabi shikastlar bir-biriga bog'liq holda sodir bo'luvchi jarayonlardir.

Tug'uruq paytida oraliq katta hajmda yorilishi va to'g'ri ichak sfinkteriga o'tishi mumkin. Shikastlanish paytida qon ko'p ketganda va og'riq kuchli bo'lganda bemorda travmatik shok yuzaga keladi (bunda bemor karaxt bo'lib, tomiri tez uradi, arterial bosimi tushib ketadi, rangi oqarib, sovuq ter bosadi va hokazo). Qon ketishi, odatda, anemiyaga (kamqonlikka) olib keladi.

Agar jinsiy a'zolarining shikastlanishi siydik yo'llari yoki to'g'ri ichakning shikastlanishi bilan birgalikda o'tsa, siyish va ich kelishi buziladi. Ushbu anamnez va obyektiv tekshiruv (ginekologik tekshiruv) asosida tashxis qo'yiladi. A'zolarining shikastlanish darajasiga qarab, davolash tadbirlari olib boriladi.

Shikastlangan to'qimalarga tegishli tayyorgarlikdan so'ng ketgut va ipak choklar qo'yiladi. Agar gematoma bo'lsa, uni ochib qon chiqarib tashlanadi.

Bemor shikastlanishi natijasida shok holatiga tushsa, unga qarshi kurashiladi. Qon o'rnini bosuvchi va og'riqsizlantiruvchi preparatlar qo'llanadi, anemiyada gemotransfuziya o'tkaziladi.

## 19.2. Bachadonning shikastlanishi

Bachadon shikastlari, ko'pincha, bachadon bo'shlig'ini qirib tozalaganda (bachadon teshilishi) yoki tug'uruq paytida (bachadon bo'yni yorilishi), shuningdek, qorin shikastlarida (ochiq yoki yopiq shikasti) kuzatiladi.

Tug'uruq vaqtida bachadon bo'yni shikastlanganda, jinsiy yo'llardan ko'p qon keladi va bu holat ko'zguda tekshirilganda aniqlanadi.

Bachadonning teshilishi (devorini) bachadon bo'shlig'i zond yordamida tekshirilganda va anemiyaga olib keluvchi qorin parda ichidan qon ketishi alomatlarini yuzaga kelganda aniqlanadi.

Agar bachadon biror baxtsiz hodisa (avtomobil halokati, baland joydan yiqilish va hokazolar) tufayli shikastlangan bo'lsa, bemor yoki uni olib kelgan odamlardan so'rab-surishtiriladi va tekshirib ko'riladi, shu asosida tashxis qo'yiladi.

Shikastlanishning turi va bemorning umumiy ahvoriga qarab jarrohlik usulidan foydalaniladi.

Shunday qilib, bachadon bo'yni yorilganda yorilgan joyga chok qo'yiladi. Bachadon teshilganda jarrohlik usuli qo'llaniladi. Jarrohlik muolajasi yorilgan joyni tikishdan tortib, bachadonni kesib olib tashlashgacha o'tkazilishi mumkin (bachadonning shikastlanish sababi va omiliga ko'ra).

Jarrohlik usuli shokka qarshi tadbirlar asosida o'tkaziladi, bunda qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qo'yiladi.

Tibbiyot hamshirasi jinsiy a'zolarining har qanday shikastlarida shifokor kelguniga qadar kechiktirib bo'lmaydigan yordam berishni bilishi, shuningdek, jarrohlik usulini qo'llashga zarur asboblarni tayyorlashi, bundan keyingi tibbiy yordam berishda qatnashishi kerak.

Jarrohlik usuli o'tkazilgandan keyin tibbiyot hamshirasi bemor jarohatini kuzatadi, ishlov beradi, bemor chokini so'kishga tayyorlaydi va shifokor chokni olayotganda unga yordam beradi.

### 19.3. Jinsiy a'zolar shikastlanganda birinchi kechiktirib bo'lmaydigan yordam ko'rsatish

Tibbiyot hamshirasi tashqi va ichki jinsiy a'zolar shikastlanganda kechiktirib bo'lmaydigan yordam berishni bilishi zarur.

#### **Tashqi jinsiy a'zolar shikastlanganda yordam berish.**

**Jihozlar:** karavot yoki uzun yumshoq kursi, qo'lqoplar, dez.eritmalari, vodorod peroksidning 3% li eritmasi, xloraminning 3% li eritmasi, ko'zgu, pinset, kornsang, steril bog'lov materiallar, venaga suyuqlik quyish uchun sistema, shpris, qon, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar, dori vositalari, qon guruhini aniqlash uchun zardoblar to'plami, tonometr.

#### **Muolajani bajarish tartibi:**

- bemor uzun, yumshoq kursiga yotqiziladi;
- qo'lqoplar kiyiladi;
- jinsiy a'zolar yuviladi va dez.eritma bilan ishlov beriladi;
- shikastlangan yuzaga aseptik bog'lov qo'yiladi;
- qoqsholga qarshi zardob yuboriladi;
- shifokor chaqiriladi.

#### **Qin shikastlanganda:**

- ko'p qon ketayotgan bo'lsa, jinsiy a'zolarga ishlov berilgandan so'ng anatomik pinset va ko'zgu yordamida qinga steril bintdan tampon qo'yiladi;
- shifokor chaqiriladi;
- qon guruhini aniqlab, qonga buyurtma beriladi;
- qon quyish uchun sistema tayyorlanadi va u qon o'rnini bosuvchi suyuqlik bilan to'ldiriladi.

#### **Bachadon shikastlanganda (davolash muassasasigacha yuz bergan shikast):**

- bemor yotqiziladi;
- og'riq qoldiruvchi vosita yuboriladi (qorinda ochiq shikast bo'lganda);
- qo'lqoplar kiyiladi;
- jarohat atrofiga dez.eritma va 3% li vodorod peroksid surtiladi;
- jarohatga aseptik bog'lov qo'yiladi;
- shifokor va laborant chaqiriladi;
- qon guruhi aniqlanadi va qonga buyurtma beriladi;
- gemotransfuziya uchun sistema tayyorlanadi va uni qon o'rnini bosuvchi suyuqlik bilan to'ldiriladi;

- shifokor ko'rsatmasiga binoan jarrohlik usulini qo'llash uchun asboblari tayyorlanadi;
- hamshira jarrohlik usulini qo'llash mobaynida va boshqa muolajalarda shifokorga ko'maklashadi;
- kechiktirib bo'lmaydigan yordam berib bo'lingach, barcha asboblari ko'rib chiqiladi va ularni 3% li xloramin eritmasiga 1 soat mobaynida bo'k'tirib qo'yiladi;
- qo'lqoplarni yechib, qo'llar yuviladi.

#### 19.4. Oqma yaralar

Oqma yara badandagi ikkita bo'shliq yoki bo'shliq va tashqi muhit o'rtasidagi kanal bo'lib, uning teshiklaridan biri ayol jinsiy a'zolariga tutashgan bo'ladi.

Oqma yaralarning siydik — tanosil va to'g'ri ichak — tanosil turlari mavjud. Qovuq va siydik chiqarish kanali jinsiy sistema bilan shikast yoki kasallikdan hosil bo'lgan kanal orqali birlashishi mumkin. Siydik a'zolari, o'z navbatida, qin va bachadon bilan birlashishi mumkin. Uretra — qin, qovuq — qin, qovuq — bachadon va siydik yo'li — bachadon oqma yaralari ma'lum. Oqma yaralar paydo bo'lishiga ko'pincha patologik tug'uruqlar sabab bo'ladi. Ayniqsa, homila oldinda kelayotgan qismi bitta bo'shliqda ikki soatdan ortiq turib qolganda to'qimalar ezilib jonsizlanadi yoki oraliq uchinchi darajali yorilgandan so'ng to'g'ri ichak sfinkteri shikastlanganda oqma yara yuzaga kelishi mumkin.

Oqma yaralarning sonini ko'payishiga turli ginekologik va akusherlik operatsiyalari (qisqich qo'yish, vakuum — ekstraktordan foydalanish va hokazo), jinsiy a'zolar yiringli bo'shlig'ining yorilishi, xavfli o'smalar, nur bilan davolanish natijasida kuyish va nihoyat tug'uruqqa aloqasi bo'lmagan boshqa kasalliklar sabab bo'ladi. Oqma yaralarning belgilari ularning joylashgan sohasiga bog'liq bo'ladi.

Siydik-tanosil oqma yaralarida siydik beixtiyor oqib chiqadi, bu asosiy alomat hisoblanadi. Ichak—tanosil oqma yarasida gaz va najas qin orqali keladi. Bu ajralsmalar atrofdagi to'qimalarni ta'sirlaydi, natijada og'riq va qichishish seziladi. Bu shikoyatlar bemorning umumiy ahvolini yomonlashtiradi, mehnat faoliyatini pasaytiradi, bemor ta'sirchan bo'lib qoladi. Hayz funksiyasi va reproduksiya (nasl qoldirish) funksiyasi buziladi. Bunday ayollar jinsiy hayotida katta muammolar kelib chiqadi.

Yig'ilgan anamnez, bemorning shikoyati va uni tekshirilganda olingan ma'lumot asosida tashxis qo'yiladi. Tashxis qo'yish uchun oqma yara kanaliga kontrast modda yuborib rentgenologik tekshirish usullaridan foydalaniladi. Oqma yaralari bor bemorlarni davolash juda qiyin kechadi. Shikast katta bo'lsa, oqma yara hosil bo'lishining oldini olish maqsadida zararlangan to'qimani tezda tikish lozim bo'ladi.

Oqma yara shakllanib bo'lganda dori-darmonlar bilan davolab, uning bitib ketishiga harakat qilish mumkin. Bemor xastalikni o'tkazib yuborib, so'ng shifokorga murojaat qilgan bo'lsa, maxsus tayyorgarlikdan so'ng jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Oqma yarasi bor bemorlarni yaxshilab parvarish qilish, bemorning o'zi ozoda, pokiza bo'lib yurishi kerak. Bundan tashqari, ular oqma yaraga qarshi moychechak yoki kaliy permanganat (1:10000) eritmasiga o'tirib vanna olishlari zarur. Vanna qilib bo'lgach, qinga Vishnevskiy surtmasi, sintomitsin emulsiyasi, chakanda moyi va boshqa surtmalardan surtiladi yoki ulardan tampon qilib qo'yiladi. Bu tadbirlarning hammasini tibbiyot hamshirasi bajaradi.

Oqma yaralarning oldini olish uchun tug'uruqni to'g'ri va maqsadga muvofiq olib borish, akusherlik operatsiyalari (bachadon bo'shlig'ini qirish, akusherlik qisqichlari qo'yish, vakuum-ekstraksiya) va hokazolarda malakali yordam berishni to'g'ri o'tkazish talab etiladi. Yallig'lanish kasalliklariga chalingan bemorlarni o'z vaqtida va to'la-to'kis davolash, nur bilan davolash paytida himoya tadbirlarini qo'llash zarur bo'ladi.

O'sma kasalliklarida to'qimalar parchalanib, oqma yara paydo bo'lganda simptomatik davo choralari qo'llanadi.

---



## GINEKOLOGIK BEMORLARNI JARROXLIK YO'LI BILAN DAVOLASH

### 20.1. Ginekologik bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash usullari

Ginekologiya amaliyotida ikki xil davolash usuli bor:

- 1) konservativ;
- 2) operativ (jarrohlik).

Ginekologik bemorlarni davolashda jarrohlik usuli ko'p qo'llanadi. Operatsiya natijasi asoratsiz bo'lishi ko'p jihatdan hamshiraga bog'liq, u bemorni operatsiyaga tayyorlashni to'liq bilishi, operatsiyadan keyingi davrda bemor parvarishini to'g'ri bajarishi zarur. Hamshiraning aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilishi katta ahamiyatga ega. Operatsiya hamshirasi operatsiyaning texnik taraflarini yaxshi o'zlashtirgan bo'lishi, kerakli jarrohlik asboblarni tayyorlab, operatsiya jarayonida zarur asboblardan to'liq ta'minlab turishi, operatsiya jarayonida ishlatilgan asboblardan tamponlar, salfetaklar sonini qat'iy nazorat qilishi kerak. Chunki hamshira operatsiya uchun jarroh bilan barobar javobgardir.

Ginekologik operatsiyalar ikki xil usulda olib boriladi:

1. Qin orqali kichik chanoq a'zolari operatsiyasi.
2. Qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan operatsiyalar.

Keyingi yillarda endoskopik usuldan ko'proq foydalanilmoqda. Bunda qorin bo'shlig'iga bir necha kichik teshiklar ochib, operatsiya o'tkaziladi. Bu usul fiziologik jihatdan afzal bo'lib, qorin bo'shlig'ida katta chandiqlar qoldirmaydi. Bemor to'liq tekshiruvdan o'tkaziladi, operatsiyaga tayyorlanadi, keyin operatsiya qilinadi. Bu operatsiya rejali yoki shoshilinch tarzda bo'lsa ham tekshirish va tayyorgarlik o'tkaziladi.

### 20.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash

Bemor operatsiyaga ko'rsatmalar va moneliklarga ko'ra tayyorlanadi. Shuning uchun bemorni to'liq tekshirib, zarur terapevtik muolajalar o'tkaziladi. Bemorni operatsiyaga tayyorlash jarayoni bir necha minutdan (shoshilinch operatsiya) to bir necha kungacha (rejalashtirilgan operatsiya) davom etishi mumkin. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda faqat anamnez va obyektiv ko'riklarga



47-rasm. Oshqozonni yuvish.

emas, balki to'liq laboratoriya tekshiruvi (umumiy qon, siydik tahlili, qon guruhi, rezus-omil, qon ivishi tezligi, ko'krak qafasi rentgenoskopiyasi, EKG, surtmalar olish va boshq.) o'tkazilishi zarur. Operatsiya qilishdan oldin terapevt va anesteziolog ko'rigi o'tkaziladi va xulosasi chiqariladi. Operatsiyaga tayyorlash jarayonida yurak-qon tomir sistemasiga quvvatlovchi dorilar yuboriladi va og'iz bo'shlig'ining sanatsiyasi o'tkaziladi. Operatsiyaga tayyorlashda oshqozon-ichak sistemasi tekshiriladi, diyetoterapiya o'tkaziladi. Operatsiyadan 1 kun oldin yengil ovqatlar tavsiya etiladi, keyin soat 17<sup>00</sup> dan so'ng ovqat berilmay, surgi dorilar (magniy sulfat) beriladi. Kechqurun va ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Shoshilinch operatsiya oldidan bemorning oshqozoni yuviladi (47- rasm).

**Shoshilinch operatsiyaga tayyorlashda bemor oshqozonini yuvish.**

**Jihozlar:** naychaga ulangan yo'g'on 2 ta steril oshqozon zondi, 0,5—1 hajmli shisha voronka, salftokalar, tog'ora, qo'lqoplar.

**Muolajani bajarish tartibi:**

- bemorga muolaja o'tkazilishi zarurligi tushuntiriladi;
- bemorni stulga o'tqazib, qo'llarini orqaga qilinadi;



- bemorning oshqozonigacha kiritiladigan zond qismining uzunligi aniqlanadi (bemorning bo'yi minus 100 sm);
- qo'lqop kiyiladi;
- hamshira bemorning orqasida yon tomoni bilan turadi;
- o'ng qo'l bilan til o'zagi bosilib, bemorga burun bilan chuqur nafas olish buyuriladi;
- zondning yopiq uchini suv bilan ho'llab aniqlangan belgi — qizilo'ngachgacha kiritiladi;
- zondga voronka ulab, uni to oshqozondagi ovqat chiqqunicha, tizza sathigacha tushiriladi;
- voronkaga 1 l suv quyiladi;
- voronka suvi qolmaguncha sekin-asta yuqoriga ko'tariladi, so'ng yana tizza sathigacha tushiriladi;
- oshqozondan chiqqan suyuqlik tog'oraga quyiladi (oshqozondan chiqqan suyuqlik kiritilgan suyuqlik miqdoriga teng bo'lishi kerak);
- bu muolaja oshqozondan chiqayotgan suyuqlik toza bo'lguniga qadar bir necha marta takrorlanadi;
- zond me'dadan chiqarilib, uni va voronkani 3% li xloramin eritmasiga solib qo'yiladi;
- bemor qo'llari bo'shatiladi;
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi.

### **Qinda o'tkaziladigan operatsiyaga bemorni tayyorlash.**

Qin kuniga ikki mahal antiseptik eritma bilan yuvilib, moyli-emulsiyali tampon qo'yiladi. Bemorni operatsiya oldidan bo'ladigan qo'rquvdan xalos qilish uchun hamshira bemor bilan suhbatlashib uni tinchlantiradi, operatsiyaning asoratsiz o'tishiga ishontiradi.

Psixoeemotsional profilaktikani trankvilizatorlar bilan, sedativ va tinchlantiruvchi vositalar bilan birga amalga oshirish mumkin. Operatsiyadan oldin kechqurun va ertalab tozalovchi huqna o'tkaziladi va bemor dush qabul qiladi. Operatsiyadan oldin operatsiya qilinadigan joy tuklari qiriladi.

Hamshira-anestezist operatsiyada og'riqsizlantirishni o'tkazish choralari ko'radi: premedikatsiya o'tkazadi, narkoz apparati va elektro-so'rg'ich tayyorligi, azot-oksiz va ingalatsion anestetik (efir, floratan) borligini aniqlaydi. Hamshira-anestezist dori moddalari, apparat va maxsus stolni tayyorlaydi (laringoskop, intubatsion trubkalar, shprislar, steril material, niqob va boshqalar). Veneseksiya, o'mrovosti arteriyasi punksiyasi uchun tibbiy jihozlar to'plami tayyor bo'lishi kerak. Hamshira-anestezist shifokor-anesteziolog

ko'rsatmalarini to'liq bajaradi, ishlatilayotgan apparatni mun-tazam kuzatib turadi, bemorni narkozdan chiqarishda yordam-lashadi va operatsiyadan keyingi davrda parvarish qiladi.

### **20.3. Operatsiyadan keyingi davrning kechishi va operatsiya qilingan bemor parvarishi**

Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda (bemor narkozdan chiqqandan keyin) u intensiv (tezkor) xonaga o'tkaziladi. Intensiv xona maxsus funksional karavot bilan jihozlangan (bemorga qulay sharoit yaratish uchun) hamda bemor holatini kuzatib turish uchun apparatlar, ya'ni elektrokardiograf, tonometr hamda kerakli dori-darmonlar va parvarish buyumlari bilan ta'minlangan bo'lishi kerak.

Xonada Esmarx krujkasi, tuvak, toza oqliklar, muzli xalta, gaz chiqaruvchi naycha, oshqozon zondi, grelka, suv ichiradigan maxsus idish, markazlashtirilgan kislorod, tiltutqich, og'iz kergich, qon quyish uchun sistema va kerakli dori-darmonlar bo'lishi zarur. Hamshira doimo bemor oldida bo'lishi va uni yaxshi parvarish qilishi kerak.

Operatsiyadan keyingi xonaga o'tkazishdan oldin bemor o'rni grelka bilan isitiladi. Operatsiya chokiga muzli xalta qo'yiladi, 15—20 minut turgach 30 minut dam berib, yana qo'yiladi. Bu muolaja bir kecha-kunduz davomida takrorlab turiladi. Bemor doimo chalqancha yotadi, nafas yo'lga tili yoki qusuq massalari tiqilib qolmasligi uchun, boshi bir tomonga qayrilgan bo'lishi kerak. Hamshira doimo bemorning pulsi, Q/B, tana harorati, qin ajralmalari, operatsiya chokining holati, oqliklarning quruqligini nazorat qiladi. Bemorda biror salbiy o'zgarish bo'lsa, shu zahoti shifokorni chaqirish kerak. Ba'zi hollarda sun'iy nafas berishi ham zarur bo'ladi.

Hamshira shifokor ko'rsatmasiga binoan og'riqsizlantiruvchi va boshqa dori vositalarini yuboradi hamda qusganda, qorin shishganda (ichaklar tutilishida), qon ketganda, arterial qon bosimi tushib ketganda va boshqa ekstremal holatlarda yordam ko'rsatadi. Hamshira infuzion terapiya o'tkazadi, nafas olish uchun kislorod beradi, siydik pufagi faoliyatini kuzatadi. Siydik pufagini rezina kateter yordamida bir sutkada ikki martadan ko'proq bo'shatib turadi. Agar bemor o'zi siysa, unga tuvak tutadi. Siydikning miqdori va holatini hamshira kuzatib borishi kerak, chunki siydikda qon bo'lishi operatsiyadan keyingi salbiy asoratlardan dalolat beradi.

Operatsiyadan keyin 3-sutkadan so'ng najas kelmasa, 5% li natriy xlorid eritmasi bilan (150—200 ml) huqna qilinadi, faqat bu holatda huqna zarar yetkazmasligi aniq bo'lishi shart.

Qorin shishganda shifokor ko'rsatmasiga binoan ichaklarni harakatlantiruvchi dorilar (prozerin, 10% li natriy xlorid) va gaz haydovchi nay qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda ovqatlanishga katta e'tibor beriladi. Birinchi sutkada mineral suv va limonli choy beriladi. Ikkinchi kuni shirinchoy, sho'rva, chala pishirilgan tuxum, qatiq; uchinchi kuni sho'rva, suyuq kisel; to'rtinchi kundan boshlab, parhez asosida ovqatlantiriladi.

Agar bemor plastik operatsiya (qinda) qilingan bo'lsa, parhezda bo'lishi, besh kun davomida ichi kelmasligi zarur. Faqat 6—7-kuni diyeta kengaytiriladi.

Yotgan bemorlarga og'iz bo'shlig'i parvarishi yotgan joyda o'tkaziladi. Agar bemorning o'zi tishlarini yuva olmasa, 3% li vodorod peroksid eritmasi yoki boraks bilan og'iz bo'shlig'i artiladi.

Oxirgi yillarda operatsiyadan keyingi davrni faol olib borish yaxshi natija bermoqda. Agar bemorda laparatomiya o'tkazilgan bo'lsa, bemor 1-kundayoq yonboshiga yotqiziladi. Birinchi kun oxirida o'tirishga ruxsat beriladi. 2-kun, operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechayotgan bo'lsa, to'shakdan turishga ruxsat beriladi. Erta o'rindan turish yengil nafas olishga, ichaklar tutilishining oldini olishga hamda tromboembolik asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Agar bemor o'zini bo'shshagan his qilsa, o'rindan turishdan oldin bint, sochiq yoki oqlik bilan 4 qavat qilib qorin bog'lanadi.

Plastik operatsiyalarda 3 hafta o'tgach o'tirishga ruxsat etiladi (qin va oraliq to'liq bitgandan keyin).

Tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmasiga binoan ikkinchi sutkadan so'ng jarohatda qayta bog'lov o'tkazadi. Operatsiya o'tkazilgan joy—kleol qoldiqlari efir bilan artib tozalanadi, chok 3% li vodorod peroksid eritmasi bilan artiladi, 5% li yodning spirtidagi eritmasi surtiladi va quruq aseptik bog'lam yopishtiriladi.

Choklar kerakli tayyorgarlikdan so'ng 8-kuni olinadi va operatsiyadan keyingi chandiq to'liq bitib ketguniga qadar antiseptiklar bilan artiladi.

Oraliqdagi choklar har kuni 5% li kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi.

Operatsiyadan keyingi davrda hamshira sutkada 2 marta tana haroratini o'lchab, uni harorat varaqasiga belgilab boradi (kerak

bo'lganda tana harorati tez-tez o'lchanadi). Q/B ham kuniga 2 marta o'lchanadi, puls tezligi qayd qilish varaqasiga yozib boriladi.

Ingalatsion narkozdan keyin bemorlar tomog'ida og'riq va ovozning bo'g'ilishini his qilishlari nazarda tutilib, ularga dorivorli ingalatsiyalar o'tkaziladi. Odatda, ingalatsion narkozdan keyin birinchi sutkada kechqurun ko'krak qafasiga nafas olish va qon aylanishini yaxshilash maqsadida bankalar qo'yiladi.

## 20.4. Operatsiyadan keyingi asoratlari

Bemorlarni qat'iy nazorat qilib turgan hamshira ulardagi har qanday salbiy o'zgarish haqida o'z vaqtida xona yoki navbatchi shifokorga xabar qilishi kerak.

Operatsiya jarohati sohasida **qon quyilish** yoki **gematoma** hosil bo'lganini aniqlagan hamshira zudlik bilan muzli xaltacha qo'yib, shifokorga ma'lum qilishi kerak. Infiltrat hosil bo'lishi yoki operatsiya choklarining so'kilib yoki sitilib ketishi shifokor nazorati va muolajasi bilan bartaraf qilinadi. Bemor operatsiya choki sohasidagi og'riqdan shikoyat qilsa, bog'lam namlangan bo'lsa, zudlik bilan muz xaltacha qo'yiladi, shifokor hamshira yordamida jarohatni 3% li vodorod peroksid eritmasida yuvadi va bog'lamni yangilaydi hamda antibakterial davo bilan birgalikda umumiy quvvatlovchi davo qo'llaydi.

Operatsiyadan uch-to'rt kun o'tgandan so'ng choklar so'kilsa (vaqtli), ichki a'zolar jarohatdan tashqariga chiqib qolishi mumkin (**eventratsiya**). Bunday bemorlarga tinch holat yaratilib, o'rindan turish va yonboshlashga ruxsat etilmaydi. Jarohatga muzli xaltacha qo'yib, zudlik bilan shifokor chaqiriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda eng xatarli asorat bu **ichki qon ketishidir**. Bu hodisa o'tkir anemiyaga olib keladi: teri qoplamlarining oqarishi, taxikardiya, Q/B tushishi, hushdan ketish kabi noxushliklar yuzaga chiqishi mumkin. Bunday hollarda tibbiyot hamshirasi jarohat sohasiga muzli xaltacha qo'yib, nafasga kislorod beradi va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish uchun sistema tayyorlaydi. Qon guruhini aniqlaydi, qonga buyurtma beradi va zudlik bilan shifokorni chaqirib, qorin bo'shlig'i operatsiyasi uchun kerakli asboblarni tayyorlaydi.

Shok yoki kollaps vujudga kelsa, zudlik bilan shifokorni chaqirib qon o'rnini bosuvchi suyuqlikni yurak-qon tomir preparatlari bilan birga, tomir ichiga yuboradi. Keyingi qilinadigan ishlar shifokor ko'rsatmasi va nazorati ostida olib boriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda ko'p uchraydigan asorat **pnevmoniya** (zotiljam) hisoblanadi. Uning oldini olish uchun nafas gimnastikasi o'tkaziladi, bankalar, gorchichniklar qo'yiladi.

**Ichaklar tutilishida** qorinning shishishi, qorin sohasida og'riq, taxikardiya, ko'ngil aynib, qayt qilish, ichak peristaltikasining to'xtashi, qabziyat, ichining dam bo'lishi kabi noxush holatlar yuzaga chiqadi. Ichaklar peristaltikasini boshqaruvchi dori moddalarini shifokor ko'rsatmasiga binoan ichaklarga yuboriladi.

Operatsiyadan keyingi davrdagi eng yomon asorat bu **tromboemboliya**dir. Agar o'pka arteriyasining asosiy o'zagi zararlangan, darhol o'lim yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun har qanday tromboz yuz berganda, bemorga yotoq rejimi tayinlanadi va oyoqlarni biroz ko'targan holatda yotish buyuriladi. Qolgan davo choralarini shifokor ko'rsatmasiga asosan qilinadi. Bunday bemorlar yotgan xona tozaligiga va osoyishta hamda tinch bo'lishiga katta e'tibor beriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda nimjon va toliqqan bemorlarning kurak va dumg'aza sohalarida **yotoq yaralar** paydo bo'lishi mumkin. Yotoq yaralarning oldini olish uchun bemorning o'rnidan imkon qadar ertaroq turg'izish, og'ir holdagi bemorlarni o'rnida u yoki bu yonboshiga o'girish, o'rin-ko'rpalardagi buklamlarni yo'q qilish va terini kamforali spirt bilan artish zarur. Yotoq yaralari paydo bo'lganda ularni tozalab, solkoseril, karotolin, na'matak moyi, sintomitsin emulsiyasi va boshqa surtmalar bilan bog'lam qo'yiladi.

Malakali parvarish, bemor ahvolini doimiy kuzatish, asoratlarni o'z vaqtida aniqlash, shifokor ko'rsatmalarini to'g'ri bajarish, aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish, deontologiya talablarini bajarish operatsiyadan keyingi davrning asoratsiz kechishi va bemorning butunlay tezda sog'ayib ketishiga katta yordam beradi.



### 21.1. Operatsiya blokining jihozlanishi

Ginekologiya bo'limining operatsiya bloki jarrohlik yo'li bilan davolash uchun mo'ljallangan. U materiallar uchun xona, steril-lash xonasi, operatsiyadan oldingi xona, operatsiya xonasi va tezkor terapiya xonasidan iborat.

Materiallar uchun mo'ljallangan xonada asboblar, yumshoq inventar (oqliklar, doka, paxta, bint va boshqa)lar saqlanadi.

Sterillash xonasida asboblar, qo'lqoplar, operatsiya uchun oqliklar, yumshoq tibbiy jihozlar sterillanadi.

Operatsiyadan oldingi xonada tibbiyot xodimlari operatsiyaga tayyorlanadilar (qo'llarni yuvib, zararsizlantiriladi).

Operatsiya xonasi ikkita bo'lishi kerak (toza va yiringli operatsiyalar uchun). Operatsiya xonasida aseptika va antiseptika qoidalarga rioya qilgan holda tozalash olib boriladi. Shu maqsadda xona devorlari, shifti, pollari kafel bilan qoplangan yoki moyli bo'yoqlar bilan bo'yalgan bo'lishi shart. Xona natriy gipoxlorid-niing 0,25—0,5%li eritmasi bilan artilib, shamollatiladi.

Xonani zararsizlantirish maqsadida peroksimed, ketamin AV, alaminol va boshqa moddalardan foydalaniladi. Operatsiya stoli soya tushirmaydigan lampa va harakatlanuvchi reflektor bilan yoritiladi, bundan tashqari qo'shimcha yorituvchi manba qo'llanadi, ayniqsa, qinda o'tkaziladigan operatsiyalar uchun bunday yoritgichlar qulaydir.

Operatsiya blokiga markazlashtirilgan kislorod ulanadi. Xona harorati 24—25°C atrofida ushlab turiladi, sovitgich bo'lmaganda havo almashtiruvchi moslama qo'yiladi.

Tibbiyot xodimlari (shifokor va hamshiralalar) operatsiyadan oldin oyoq kiyimlarini almashtirib, baxilla, xalat yoki kastum kiyib, niqob taqishlari shart. Operatsiya xonasiga qalin junli matodan tikilgan ust-boshda, baxillasiz yoki niqobsiz kirish mumkin emas.

Operatsiya blokiga kerak bo'lmagan begona buyumlarni olib kirishga ruxsat berilmaydi.

## 21.2. Tibbiyot xodimlarining qo'llarini zararsizlantirish

Operatsiya o'tkazish oldidan qo'llar zararsizlantiriladi.

**Jihozlar:** sovun, suv, steril salftkalar, qo'lqoplar, steril vazelin, dez.eritma, antiseptik eritma.

**Muolajani bajarish tartibi:**

— qo'llar iliq oqar suvda sovun bilan, keyin steril salftka yordamida tog'oradagi antiseptik eritma bilan yuviladi;

— steril salftka bilan artiladi;

— antiseptikka namlangan steril paxtali tampon bilan artiladi;

— steril salftka bilan quritiladi;

— 5 ml dez.eritma bilan qo'l barmoqlari 2,5 minut davomida ishqalab artiladi;

— yana eritmada namlangan 2 ta steril salftka bilan qo'l barmoqlari birin-ketin 3 minut davomida artiladi;

— quruq steril salftkalarda artiladi;

— qo'llarni tog'oradagi eritmaga solib, 1 minut yuviladi.

Dez.eritma sifatida quyidagilar qo'llaniladi:

1) yodopironning 0,1% li eritmasi;

2) xlorgeksidin biglukonatning 70 % li etil spirtdagi 0,5% li eritmasi;

3) suyultirilmagan lizanid AXD-2000;

4) degmining 1% li eritmasi;

5) pervomurning (S-4) 2,4% li eritmasi;

6) ruxsat etilgan boshqa teri antiseptiklaridan biri.

Hamshira qo'llariga avvaldan hozirlangan eritmalar bilan ishlov berganidan so'ng kichik hamshira yordamida kiyinadi. Kichik hamshira orqa tomondan xalat, ro'mol va niqobning bog'ichlarini bog'laydi. Shundan so'ng hamshira steril vazelin bilan qo'llarini artib, steril qo'lqoplarni kiyadi.

Operatsiya maydoni talab darajasida tozalangach, shifokorning kiyinishiga hamshira va kichik hamshira yordam beradilar.

## 21.3. Asboblarni operatsiyaga tayyorlash

Jarrohlik operatsiyalari hajmiga ko'ra hamshira asboblarni tayyorlaydi.

Bachadon bo'shlig'ini qirish, bachadondan aspirat va bioptat olish va boshqalar qin operatsiyalariga kiradi.

Qin ko'zgulari, qin ko'targichi, pulyovka (qisqich), Gegar kengaytirgichlari, bachadon zondi, kyuretkalar, pinsetlar, kornsang, igna, ignatutgichlar, qaychi va boshqalar qin aralashuvlarida ishlatiladi.

Qorin bo'shlig'i operatsiyalariga doim bir xil tibbiy jihozlar to'plami tayyorlanadi: skalpel, qaychi, pulyovkalar, Myuzo qisqichi, Koxer va Mikulich qisqichlari, ignalar, ignatutgichlar, chok materiallari, shuningdek, bog'lov materiallari va operatsiya oqliklari (xalatlar, oqliklar, salfetkalar, qo'lqoplar, doka, shar-chalar).

Steril doka sharchalarning qorin bo'shlig'ida qolib ketmasligi uchun, albatta, qisqichlarga qisilgan holda uzatiladi (kornsang tumshug'ini ochish operatsiya vaqtida man etiladi). Salfetkalarining uchlari ham asboblar bilan mahkamlanadi.

Tikish uchun ketgut, ipak, lavsan, paxta iplar ishlatiladi. Hamshira bu ashyolarni zararsizlantirishi kerak.

Ishlatilgandan so'ng hamma sharcha va salfetkalar sanab chiqilishi, ularning soni operatsiyadan oldingi soniga teng bo'lishi kerak. Buning uchun hamshira javobgar hisoblanadi.

Asboblar umumiy qoidaga binoan zararsizlantiriladi. Operatsiya bloki hamshirasi operatsiya stolini tayyorlaydi va operatsiya davomida jarrohga kerakli asboblarni navbati bilan uzatib turadi.

Operatsiyadan so'ng ishlatilgan asboblarni tekshiradi (sanab), so'ng ko'rsatmaga muvofiq dez.eritmaga belgilangan muddatga solib qo'yadi. Oqar suvda yuvib, quritib, keraklarini sterillash uchun tayyorlaydi. Ishlatilgan bog'lov materiallari ham dez.eritmaga solib qo'yiladi, so'ng yo'q qilinadi.

Operatsiyadan so'ng kichik hamshira operatsiya hamshirasi nazorati ostida operatsiya xonasini yaxshilab tozalaydi, so'ng navbatdagi operatsiya uchun tayyorlab qo'yadi.

#### **21.4. Dori moddalarni saqlash**

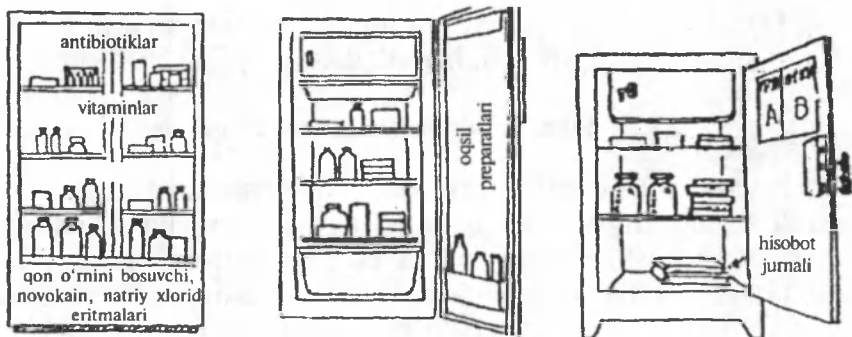
Dori moddalar ishlatilish turlariga ko'ra bo'lib qo'yiladi.

Barcha steril eritmalar ampula va flakonlarda, aptekada tayyorlangan flakonlardagi dorilar ko'k yorliqli bo'lib, muolaja xonasida tibbiy shkafda saqlanadi: birinchi tokchaga antibiotiklar va uning erituvchilari, keyingisiga 200 va 500 ml flakonlarda qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar, boshqalariga esa ampulada A (zaharli) va B (o'tkir ta'sirli) guruhga tegishli bo'lmagan dori moddalari (vitaminlar, diuretiklar va boshqalar) qo'yiladi.

A va B guruh tarkibiga kiruvchi dori moddalar maxsus seyfda saqlanadi.

Seyf eshigining ichki tomonida A va B guruhi tarkibiga kiruvchi dori moddalarning ro'yxati bo'lishi kerak. Bu guruh dorilar bitta





48-rasm. Dori moddalar saqlanadigan shkaflar.

seyfda saqlansa-da, qulfli alohida qutichalarda bo'lishi zarur. Shuningdek, seyfda o'ta qimmat va kamyob dorilar saqlanadi.

A guruh dorilari seyfnings alohida bo'limida „Venena“ (A) yozuvi ostida bo'lishi, eshikning ichki tomonida esa bu guruh dorilarning bir martali va bir kecha-kunduzlik dozalari ko'rsatilgan ro'yxat bo'lishi kerak.

Kuchli ta'sirga ega dori moddalar seyfda „Heroika“ (B) yozuvi ostida joylashtiriladi. Har bir bo'limda dori moddalar guruhlariga bo'lingan holda qo'yiladi: „ichish uchun“, „surtish uchun“, „ko'z tomchilari“, „inyeksiya uchun“.

Dorixonalarda tayyorlangan steril eritmalarning saqlanish muddati 3 kun.

Tibbiyot hamshirasiga quyidagi xatti-harakatlar man etiladi:

— dori moddalarning shakli va qadoqlangan idishlarini almashtirish;

— har xil qadoqdagi bir xil dorilarni bitta idishga joylashtirish;

— dori moddalarning yorliqlarini almashtirish yoki to'g'rilash;

— dori moddalarni yorliqsiz saqlash.

Kuchli ta'sirga ega dorilar alohida joyda saqlanadi. Tarkibi tez buziladigan dorilar (damlama, qaynatma, mikstura), mazlar, vaksina, zardoblar maxsus dorilar uchun ajratilgan sovitgichlarda saqlanadi. Ularning saqlanish muddati 3 kundan oshmaydi. Dori moddalarning rangi o'zgarishi, xiralashini hamda hidlanib qolishi ishlatishga yaroqsizligini bildiradi.

Vaqt o'tishi bilan tarkibida spirt bo'lgan dori moddalarning konsentratsiyasi oshib ketadi, ya'ni ularning tarkibidagi spirt uchib ketadi.

Dori moddalar turadigan shkaf qulflanadigan bo'lishi kerak, kalit navbatchiga topshirilib, maxsus daftarda yozib boriladi.

### **21.5. Dori moddalarni nazorat qilish**

Seyfda saqlanuvchi dori moddalarning ishlatilishini nazorat qilish seyfda turgan maxsus jurnalga yozib boriladi. Davolash muassasasi boshlig'i tomonidan qo'l qo'yib muhrlangan bu jurnalning har bir varag'i raqamlangan va oxirgi varaqda ular soni ko'rsatilgan va tikilgan bo'lishi kerak. Jurnal faqat seyf ichida saqlanishi kerak. A va B guruh dorilarning nazorati uchun alohida varaqlar ajratiladi.

Nazorat va saqlash qoidalarini buzgan har bir tibbiyot xodimi jinoyi javobgar hisoblanadi.

Tibbiyot hamshirasi bemorga narkotik va analgetikni shifokor tomonidan kartaga yozilib, tavsiya qilingandan so'ng berishi mumkin. Ishlatilgan ampulani hamshira tashlab yubormaydi, balki ishlatilmagan ampulalar bilan birga navbatchi hamshiraga topshiradi.

Navbatchilikni qabul qilish va topshirish vaqtida albatta ishlatilgan va ishlatilmagan dorilar jurnaldagi haqiqiy soniga solishtirib tekshiriladi.

Narkotik moddalarning barchasi ishlatilib tugatilgach, bo'lim katta hamshirasiga sanab topshiriladi va ishlatish uchun yangisi olinadi.

Narkotiklarning bo'sh ampulalari tekshirishdan so'ng bosh shifokor tayinlagan maxsus komissiya tomonidan yo'q qilib yuboriladi.

---



### **22.1. Kontratsepsiya haqida tushuncha**

Ayol homilador bo‘lishi uchun quyidagi shartlar bajarilishi kerak:

- jonli spermatozoidlar erkak urug‘i tarkibida bo‘lib, ayol qiniga tushishi;
- qinda spermatozoidlar uchun qulay sharoit bo‘lishi;
- spermatozoidlar bachadonga, so‘ng bachadon naylariga tushishi;
- bachadon naylarida spermatozoidlar tuxum hujayrasi bilan uchrashishi;
- urug‘langan tuxum hujayrasi bachadonga tushib, bachadon devoriga yopishishi kerak.

Kontratsepsiya — bu yuqorida qayd etilgan shartlarning bittasi yoki bir nechtasiga qarshi qaratilgan tadbirlardir.

Shu bilan birga, quyidagi holatlarni nazarda tutish kerak:

- erkak olati ayol qiniga kirmasa ham sperma ayol qiniga tushishi mumkin (jinsiy lablardan oqib kiradi);
- qindagi nordon muhitga qaramasdan spermatozoidlar 6 kun davomida nobud bo‘lmay yashash qobiliyatini saqlab turishi mumkin;
- spermatozoidlar bachadonda 3—4 kun nobud bo‘lmasligi mumkin.

Sog‘lom erkak bilan doim yashayotgan ayollarning 60% ida homiladorlik kuzatilishi mumkin.

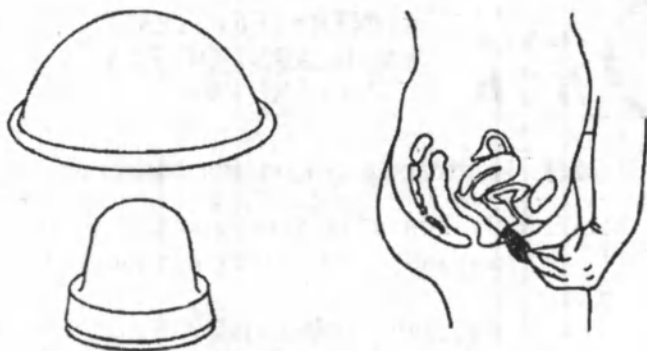
Kontratsepsiya maqsadida bir necha usul qo‘llanadi:

- 1) to‘siq soluvchi (baryer);
- 2) kimyoviy;
- 3) bachadon ichi vositalari;
- 4) oxiriga yetmagan jinsiy aloqa;
- 5) fiziologik usul;
- 6) jarrohlik kontratsepsiya usuli.

### **22.2. To‘siq soluvchi vositalar**

Bu vositalarga quyidagilar kiradi:

- prezervativ (erkaklar va ayollar uchun);
- bachadon bo‘yniga kirishni yopib turuvchi vositalar (diafragma, qalpoqcha, Bakaleynikov koftochkasi).



49- rasm. Qin diafragmalari va servikal qalpoqchalar.

Erkaklar prezervativi lateksdan tayyorlangan bo‘lib, ereksiya holatida erkak olatiga kiydiriladi. Sperma ayol qiniga tushmay prezervativ ichida qolib ketadi.

*Ayollar prezervativi 2 xil bo‘ladi:*

- lateksdan tayyorlangan xaltacha bo‘lib, ayol qiniga kiritiladi.
- xuddi shu xaltachaga o‘xshash, faqat lateks trusiklar bo‘lib, birgalikda ishlatiladi.

Prezervativning davolovchi effekti jinsiy aloqa paytida yuzaga chiqadi. Prezervativ kontratseptiv ta’sirdan tashqari jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar va VICH (OITS) dan ham himoya qiladi. Prezervativni ishlatishdan oldin uning yuziga vazelin va bolalar kremini surtish yaramaydi, chunki bu kremlar prezervativning kontratseptiv ta’sirini tushiradi va uning yirilishiga olib keladi.

*Qin diafragmalari va servikal qalpoqchalar* gumbazsimon shaklda yasilib, egiluvchan halqaga ulangan lateks kosachadan iborat, jinsiy aloqadan avval qinga kiritib qo‘yiladi, shunda u qin bilan bachadon bo‘yni orasida to‘siq bo‘lib turadi. Qin diafragmalarini uzoq muddat qo‘llash mumkin emas.

Servikal qalpoqcha rezina, metall (alumin, kumush), suyaklardan tayyorlanadi. Jinsiy aloqadan oldin bachadon bo‘yniga kiydiriladi. Qin diafragmasi va servikal qalpoqchalar spermaning yuqori jinsiy yo‘llarga o‘tishiga yo‘l qo‘ymaydi.

### 22.3. Homiladorlikdan saqlovchi kimyoviy usullar

Kimyoviy usullarning quyidagi turlari mavjud.

A. Gormonal kontratseptivlar:

- inyeksion;

— oral (ichiladigan);

— implantantlar.

**B. Homiladorlikdan saqlovchi mahalliy moddalar:**

— nonoksilon;

— uy sharoitida qo'llaniladigan kontratseptivlar;

— benzakalonium xlorid.

Homiladorlikdan saqlovchi mahalliy vositalar spermitsidlar spermatozoidlarni nobud qiluvchi kabi ta'sir qiladi (11- ilova). Ular aloqaning birinchi soniyalaridayoq spermatozoidlarni nobud qiladi. Qin yuzalarini yupqa himoyalovchi plyonka bilan o'rab, ajralmani quyiltirib, qolgan spermatozoidlar harakatini to'xtatadi.

· *Mahalliy vositalarni quidagi hollarda qo'llash mumkin emas:*

— emizikli ayollarda;

— allergik kasalliklarda;

— homiladorlik holatida.

Uy sharoitidagi kontratseptivlarga limonli tamponlar (1 sm qalinlikdagi limon bo'lagi qatiqqa botirilgan holatda tampon usulida qinga qo'yiladi), qinni sirka bilan chayish (1 choy qoshiq 6%li sirkani 1—1,5 l suvga aralashtiriladi) kiradi.

Gormonal oral kontratseptivlar (12- ilova):

— ATIK (aralash tarkibli ichiladigan kontratseptivlar);

— SPT (sof progrestinli tabletkalar).

ATIK tabletkalar bo'lib, ular ayol jinsiy a'zolari gormonlari — estrogen va progesteronni o'z ichiga oladi.

Ta'siri quyidagicha:

— ovulatsiyani to'xtatadi;

— bachadon bo'yni kanalidagi shilliqni quyiltiradi;

— tuxum hujayrasining endometriyga payvandlanishining oldini oladi yoki qiyinlashtiradi.

ATIKning har xil: 1 fazali, 2 fazali va 3 fazali turlari bor. Har bir o'ramda 21 ta yoki 28 ta tabletkalar bo'ladi; 21 tasi gormonni o'z ichiga olsa, 7 tasi vitamin va temir tuzlaridan iborat. Gormonlarning doimiy konsentratsiyasini ta'minlovchi gormonal tabletkalar monofazali deyiladi.

Ularga quyidagilar kiradi:

— diane-35;

— rigevidon;

— mikroginom-38;

— mersilon;

— femoden;

- morvilon;
- silest.

Yaxshi natija ko'rsatuvchi kontratseptiv moddalarga 2 yoki 3 fazali gormonal kontratseptivlar kiradi. Bu ATIKlar tarkibidagi gormonlar ayol organizmidagi gormonlarga yaqindir.

Ularga quyidagilar kiradi:

- triregol;
- trikvilar;
- triziston;
- anteovin.

Ularni qabul qilishda ayollar yoshi hisobga olinadi va quyidagicha qabul qilish tavsiya etiladi:

1 fazali ATIKni 18 dan 35 yoshgacha bo'lgan ayollar ichadi;

2—3 fazali ATIKni 18 yoshgacha va 35 yoshdan oshgan ayollar ichadi.

Barcha ATIKlar faqat mutaxassislar maslahatidan so'ng qo'llanishi shart.

Oligomenoreya, dismenoreya, androgen bog'liqlik teri kasalliklari (seboreya), hayz sikli buzilishi, gormonlar disfunktsiyasi, endometriy gi perlaziyasi, osteoporozga olib keluvchi preparatlarni qabul qilish hollarida ATIKlardan foydalanishga ruxsat etiladi.

*Sof progestinli tabletkalar (SPT)*ni to'la, gi pertoniya kasalligiga chalingan, qandli diabete bo'lgan ayollar va emizikli onalarga qabul qilish tavsiya etiladi.

SPT ni sut bezlari, jinsiy a'zolarida xatarli o'sma kasalliklari bo'lgan ayollarga, jigar shikastlari, koronar tomirlar kasalliklarida, bosh miya shikastlari, tromboembolik kasalliklarda va chekuvchi ayollarga qabul qilish man etiladi.

Agar tabletkani ichish bir marta o'tkazib yuborilsa, qolganlarini doimgidek ichib, undan tashqari qo'shimcha boshqa kontratseptiv usul 7 kun davomida (to'siq soluvchi yoki kimyoviy) qo'llaniladi.

Inyeksion kontratseptivlar (IK) mushak ichiga yuboriladi, ular tarkibida prolangirlangan progestinlar kiradi. Bu vosita hozirgi kunda dunyoning 80 dan ortiq mamlakatlarida keng qo'llanilmoqda (13- ilova).

Depo-provera (apdjon) 3 oylik kontratsepsiya, noresterat 2 oyli kontratsepsiya ta'siriga ega bo'lib, ko'proq qo'llanadigan IK preparatlari hisoblanadi. Ularning ta'sir kuchi servikal kanalining shillig'ini ko'chirib tushirish va ovulatsiyaning oldini olishdan iborat.

Bu preparatlar hayz siklining birinchi 7 kuni o'tkaziladi. IK kontratseptiv vositalardan sut bezlari xavfli o'smalarida, jinsiy a'zolar kasalliklarida, jigar kasallanganda, bosh miya qon aylanishi buzilishida, yurak tomirlari kasallanganda foydalanish tavsiya etilmaydi. Bundan tashqari, IK ijobiy xususiyatlarga ega bo'lib, ayollar salomatligiga yaxshi ta'sir etadi. Ular anemiya, bachadondan tashqari homiladorlik, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, tuxumdon raki, endometriya raking oldini oladi.

Bu preparatlarni o'smirlarda, 35 yoshdan oshgan ayollarda, gi pertonik kasallikning og'ir shakllari, semizlik, qandli diabetning og'ir shakllari, o't pufagining surunkali kasalliklari, epilepsiyasi bo'lgan, depressiyadan chiqqan ayollarga ehtiyotlik bilan qo'llash tavsiya etiladi.

Talvasaga qarshi, uyqu preparatlar va rifampitsin, penametsilin preparatlarini ATIK bilan birgalikda qo'llash uning ta'sir kuchini qirqadi.

ATIKni qabul qilish operatsiyalardan ikki hafta oldin va keyingi davrlarida to'xtatiladi.

„Esdan chiqqan tabletka“ qoidasiga ko'ra:

a) agar 12 soatdan ko'p vaqt o'tmagan bo'lsa, eslagan zahoti 1 ta tabletka qo'shimcha ichiladi. Qo'shimcha ehtiyot choralari ko'rilmaydi;

b) agar 12 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, oxirgi esdan chiqqan tabletkani ichib, 7 kun davomida ehtiyot choralari qo'llaniladi ( to'siq soluvchi va kimyoviy usullar bilan).

SPT — tarkibida faqat progesteron (gestagen) bo'lgan tabletkalar oral kontratseptivlardir. Tabletkalar tanaffussiz kuniga 1 ta tabletkadan tartib bilan ichiladi. Ularga ekskluton, mikrolut preparatlari kirib, servikal kanal shillig'ini quyiltirish ta'siriga ega. ATIK lardan ko'ra homiladorlikdan saqlash samarasining kamligi SPTning kamchiligi hisoblanadi.

*Norplant* — bu preparat istalmagan homiladorlikdan 5 yilgacha ishonchli himoya qiladi va ko'proq reproduktiv yoshdagi ayollarga qo'l keladi. Bu kontratsepsiya usuli tug'uruqlar orasidagi intervalni uzaytirish maqsadida, bachadon ichi vositasi (BIV), OK, sterillash, IK ni xohlamagan ayollarga tavsiya etiladi. *Norplant* aktiv moddasi — levonorgestrel kichik naycha sifatidagi 6 ta plastik kapsulada bo'ladi, jarrohlik yo'li bilan ularni yelka ichki sathining teriostiga kiritib qo'yiladi. Kiritilgan sohada kapsula sezilmaydi va 5 yil mobaynida ayol organizmiga qon orqali gormonning kichik dozasi sekin-asta bir maromda ajralib turadi. *Norplant*da estrogenlar yo'qligi

uchun ATIKga nisbatan xavfsiz hisoblanadi. Bu usul ko'proq estrogenga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan ayollar uchun foydalidir.

*Ta'sir doirasi:* servikal shillig'ini quyiltirib, spermatozoidlar o'tishiga to'sqinlik qilib, tuxum hujayra paydo bo'lishining oldini oladi va shuning hisobiga homiladorlik hosil bo'lmaydi. Bundan tashqari, hayz siklining ikkinchi fazasida progesteroni (homilaning rivojlanishiga javob beruvchi gormon) sekretsiasini kamaytirib, endometriy rivojlanishini susaytiradi. Jinsiy a'zolarining xavfli o'sma kasalliklari, jigar kasalliklarida, eoronar tomirlar kasalliklari, bosh miya tomirlari kasallanishida, ko'p chekishda (35 yoshdan so'ng) foydalanish mumkin emas.

*Shoshilinch kontratseptivlar (SHK).* Postinor preparati postkoital kontratsepsiya moddalarini orasida eng ko'p e'tirof etilgan preparatdir. Bu modda ko'proq doimiy jinsiy aloqada bo'lmaydigan, doimiy saqlanish moddalarini .qo'llamaydigan ayollarga .qulaydir.

Vengriyada levonorgestrel postkoital kontratsepsiyadan 1970-yillardan boshlab foydalanilgan. Postinorda 0,75 mg levonorgestrel bor. Qarshi ko'rsatmalari norplant va SPTga o'xshash, 1 oyda 4 tabletkadan ortiq ichib bo'lmaydi.

## 22.4. Bachadonichi vositalarini qo'llash

Bachadonichi vositalari (BIV)ni qo'llash usuli odamzodga asrlar davomida tanishdir (14- ilova).

Zamonaviy BIV oxirgi 30 yil davomida qo'llanib kelinmoqda. Hozirgi vaqtda quyidagi zamonaviy BIVlar mavjud.

a) plastikli — spermatozoidlarning bachadon va bachadon naylariga o'tishiga to'sqinlik qiladi va urug'langan tuxum hujayrani bachadonda payvandlanishining oldini oladi;

b) mis-kumush saqlovchilar — ular spermitsid ta'siriga ega (spermatozoidlarni nobud qiladi);

d) gormon tutuvchi spirallar — endometriyga ta'sir qilib, servikal kanal shillig'ini quyiltiradi.

BIVni qo'yish og'riqsiz o'tadi, lekin quyilayotganda noxush sezgi seziladi. BIV kiritilgach, qin ichida neylon iplari osilib turadi va ayol shu iplar yordamida spiral holati, o'z joyida turganligi yoki siljiganligini nazorat qilib turadi.

BIVni quyidagi holatlarda qo'llash mumkin emas: jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarida, juftni tez-tez almashtirib turishda, bachadon bo'yni eroziyasida, bachadon bo'yni tonusi yetishmovchiligida, kamqonlikda.



Zamonaviy BIV turlari:

1. Lipp's ilmog'i — polietilen + antimikrob to'siq.
2. T-Si-200 — polietilen + mis to'siq.
3. T-Si-380 — koper polietilen + mis to'siq.
4. Progesterel — polietilen kapsulali gormon.

## 22.5. Oxiriga yetmagan jinsiy aloqa usuli

Jinsiy aloqa vaqtida erkak ejakulatni ayol qiniga tushurmaslikka harakat qiladi. Uzoq muddat bu usulni qo'llash erkakda ham, ayolda ham qoniqish hissini yo'qota boradi, ya'ni anorgazmiyaga olib keladi. Erkaklarda psixologik zo'riqish yuzaga kelib, erkak va ayolda stress holatlari uchraydi.

Oxiriga yetmagan jinsiy aloqa usulini doimiy qo'llash ayollarda chanoq a'zolarida qon to'liqligiga olib keladi, qorin pastki qismida, belda og'riq, oqsil ajralmalarining ko'payishiga olib keladi, bachadonning kattalashishi, hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Erkaklarda esa jinsiy aloqa vaqtining qisqarishi, ejakulatsiyaning tezlashishiga olib keladi.

## 22.6. Fiziologik usul

Homiladorlikdan saqlanishning fiziologik usuli quyidagilardan iborat:

- 1) taqvim usuli;
- 2) rektal haroratni o'lchash;
- 3) qin shillig'ini tekshirish;
- 4) laktatsion amenoreya usuli.

Ko'pchilik ayollar vaqtinchalik taqvim usulidan foydalanishadi. Bu usul hayz sikli davomiyligini o'rganib qo'llaniladi (15- ilova). Bu usuldan ko'proq bir maromda jinsiy aloqada bo'ladigan ayollar foydalanadilar. Bu usul quyidagilardan iborat:

Hayz siklining davomiyligi ( avvalgi hayzning 1-kundan to keyingi hayzning 1- kunigacha) aniqlanadi. 6 oy ichidagi eng qisqa va eng uzun hayz siklining muddati tanlanadi. Undan so'ng urug'lanish uchun qulay kunlar hisoblab chiqiladi. Urug'lanishning 1- qulay kunini aniqlash uchun eng qisqa hayz sikli muddatidan 18 raqami ayriladi (masalan, eng qisqa 26 kundan 18 ni ayirganda 8 chiqadi).

Urug'lanishning oxirgi qulay kunini aniqlash uchun eng uzun hayz sikli muddatidan 11 raqami ayiriladi (masalan, 29

kundan 11 ni ayirganda 18\* chiqadi). Demak, urug'lanish ehtimoli bo'lgan kunlar hayz siklining 8- kundan 18- kunlariga to'g'ri kelib, jinsiy aloqani to'xtatib turish tavsiya etiladi.

Ikkinchi usul — bazal haroratni to'g'ri ichak anal teshigi tomonidan o'lchanadi. Haroratni o'lchash butun hayz sikli davomida o'tkaziladi. Harorat ertalab yotgan holda o'rindan turmasdan 4—5 soat tinch uyqudan so'ng termometr bilan o'lchanadi. Agar ayol tungi smenada ishlasa, tekshirish kechqurun, har doim bir vaqtning o'zida yotgan holda 3—4 soat dam olgandan keyin bajariladi. Ko'rsatkichlar yozib boriladi. Tuzilib aniqlangan harorat hayz sikli bo'yicha grafik sifatida chiziladi. Agar termometr almashtirilsa, grafikka belgilab qo'yiladi. Agar orqa chiqaruv teshigidagi harorat 3 kun mobaynida avvalgi 6 kundan 0,2° ga yuqori bo'lsa, ayolda homiladorlik kutilmaydi („6 dan keyin 3“ qoidasi) Istalmagan homiladorlikdan saqlanish uchun ayol o'zi shilliqni tekshirib turishi mumkin. Buning uchun hojat qog'ozini bilan qindagi shilliq olinadi, shilliq rangi, konsistensiyasi cho'zilishiga qarab baho beriladi. Agar shilliq tiniq rangda, yaxshi cho'zilsa, ayolda homilador bo'lishga moyillik tug'iladi. Bu kunlarda jinsiy aloqadan o'zini tiyishi kerak. Agar shilliq yopishqoq, xira, sarg'imgir bo'lsa, bunda ayolda homilador bo'lish ehtimoli bo'lmaydi. Bu kunlarda ayol bemalol jinsiy aloqada bo'lishi mumkin.

## 22.7. Laktatsion amenoreya usuli (LAU)

Emizikli davrda ayolning homilador bo'lmasligi bolaning yaxshi rivojlanishi va onaning salomatligi uchun muhimdir. Tug'uruqdan keyingi davrda ayolni istalmagan homiladorlikdan muhofaza qilish masalasi juda muhim bo'lib, bu davrda ayolni kontratsepsiya vositasi bilan ta'minlashning eng qulay usuli — muntazam ravishda ko'krak suti bilan bolani emizib, bu orqali ma'lum vaqt davomida istalmagan homiladorlikning oldini olishdir. Onalarni qo'llab-quvvatlash uchun tibbiyot xodimlari tomonidan quyidagilar bajarilishi lozim;

- 1) tegishli quvvatlovchi sistemalarni ishlab chiqish;
- 2) ayollarga aniq ma'lumot berish;
- 3) bolani emizib boqish ona va farzand uchun nihoyatda zarur ekanligiga ishonirish;
- 4) kerak bo'lsa, boshqa mos keladigan kontratsepsiya usullari bilan ta'minlash.

---

\* 18 — konstanta (qabul qilingan qat'ie son).

Bolalar o'limining oldini olishga qaratilgan dasturlarning asosiy maqsadi bolalarni ovqatlantirish, o'tkir ichak kasalliklarini oldini olish, emlash, ularning rivojlanishini kuzatish, sog'lom oilani shakllantirishga qaratilgan. Bu maqsadlarning bari ko'krak suti bilan emizib boqish dasturining negizini tashkil qiladi. LAU emizikli ayolning fiziologik bepushtlik holatiga asoslangan bo'lib, ilk bor 1989- yilda ekspertlarning izlanishlari natijasida aniqlangan. Usul algoritm sifatida taqdim etilgan bo'lib, uning qoidalariga rioya qilish yuqori samara beradi.

LAU fiziologiyasi — gipotalamüs, gipofiz va tuxumdonlar o'rtasidagi teskari aloqa sistemasiga asoslangan. Bola ko'krakni emishi natijasida nerv signallari keladi va unda follikulalarning faollashtiruvchi gormon ishlab chiqishi kamayadi. Shu narsa, o'z navbatida, tuxum hujayra yetilib borishini to'xtatib qo'yadi. Shunday qilib, bolani ko'krak bilan emizish natijasida follikula rivojlanmaydi va ayol homilador bo'lmaydi.

Laktatsion amenoreya usulini qo'llash tartibi:

(Onalar bilan suhbatlashish davrida ulardan so'rang va quyidagi savollarga javob berishlarini iltimos qiling.)

1. Tug'uruqdan keyin hayz ko'rdingizmi?

2. Bolangizga qo'shimcha ovqat berishni boshladingizmi, emizish oraliqlari uzun emasmi?

3. Bolangiz 6 oylikdan oshdimi?

Agar ayol 3 ta savolga „yo'q“ deb javob bersa, LAU uslubi istalmagan homiladorlikdan saqlaydi, uning samaradorligi 98% gacha bo'lishi mumkin.

Agar ayol 3 ta savolning biriga „ha“ deb javob bersa, homilador bo'lish ehtimoli oshadi. Bu holda ayolga to'g'ri keladigan emizib boqishga ta'sir ko'rsatmaydigan usullarning birortasini tanlashga ko'mak berish kerak.

Bola emizishning kamayishi, emizish orasidagi vaqtning uzayishi, hayzning tiklanishi ovulatsiya jarayonining boshlanish omillari hisoblanadi. Ba'zida hayzdan avval ovulatsiyaning tiklanishi sodir bo'ladi. Bunda ayol hayz ko'rmasdan turib homilador bo'lib qoladi. Shunday qilib, LAU uslubi faqat muntazam emizish vaqtida samara ko'rsatadi. Dastlabki 6 oy mobaynida kuzatilmagan ovulatsiya o'z-o'zidan bu vaqt o'tishi bilan tiklanish xususiyatiga ega.

Quyida keltirilgan qoidalar LAU ni yuqori samara bilan qo'llash imkonini beradi.

### **Chaqaloqni emizib boqishning 8 ta qoidasi:**

- 1) chaqaloq tug'ilganidan keyin imkon qadar ertaroq unga ko'krak tutish, tug'ilganidan so'ng bolaning onasi bilan birga bo'lishi;
- 2) chaqaloqning ehtiyojiga ko'ra faqat ko'krak suti bilan boqish;
- 3) qo'shimcha ovqat berishni 6 oydan keyin boshlash;
- 4) bola 2 yosh bo'lganiga qadar ko'krak bilan emizishni davom ettirish;
- 5) ona yoki bola kasallanganida ham ko'krak suti bilan boqish;
- 6) bolani so'rg'ich, shisha idishlar orqali ovqatlantirmaslik;
- 7) onaning to'laqonli ovqatlanishini ta'minlash.

### **22.8. Jarrohlik kontratsepsiya usuli (doimiy va vaqtinchalik)**

Jarrohlik kontratsepsiya usuli 35 yoshdan katta, 2 ta bolasi bor ayol va erkaklarda yozma rozilik arizasi bilan o'tkaziladi (16-ilova).

*Quyidagi hollarda bunday operatsiya qilish taqiqlanadi:*

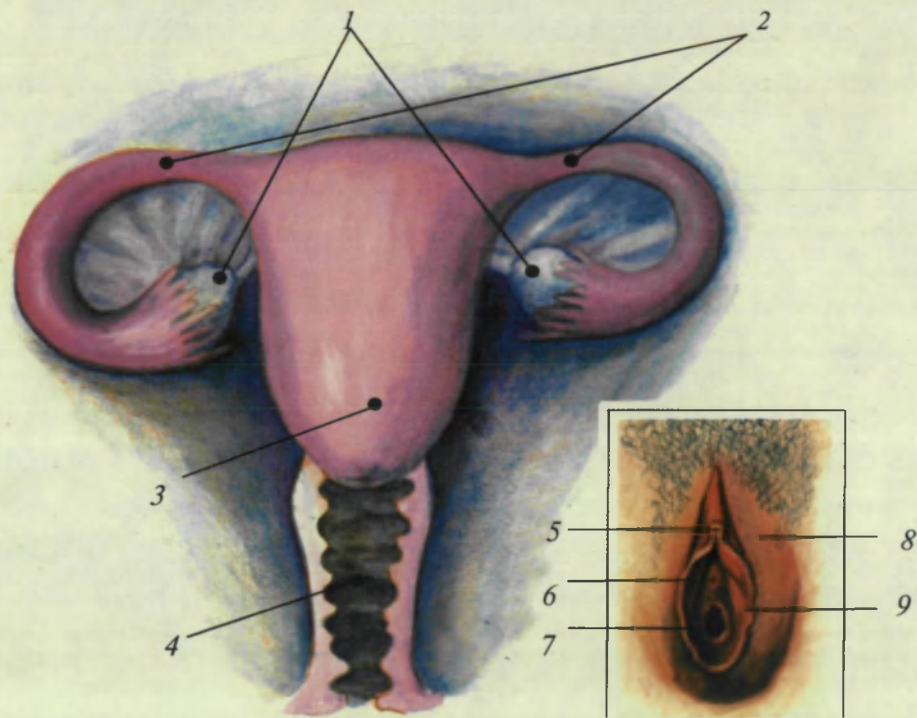
— erkaklar urug' yo'lining va tuxumlarining yallig'lanish kasalliklarida;

— ayollar bachadon naylarining yallig'lanish kasalliklarida.

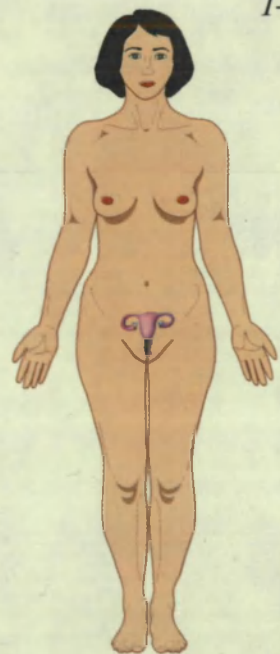
Jarrohlik sterillash usulida erkaklar urug' yo'li kesiladi, ayollarda esa bachadon naylari kesiladi yoki boylanadi.

Vaqtinchalik sterillash faqat ayollarda o'tkaziladi, ya'ni bu usulda bachadon naylari kesilmasdan boylanib, bog'lam olib tashlangandan so'ng ayolning reproduktiv xususiyati tiklanadi.

---

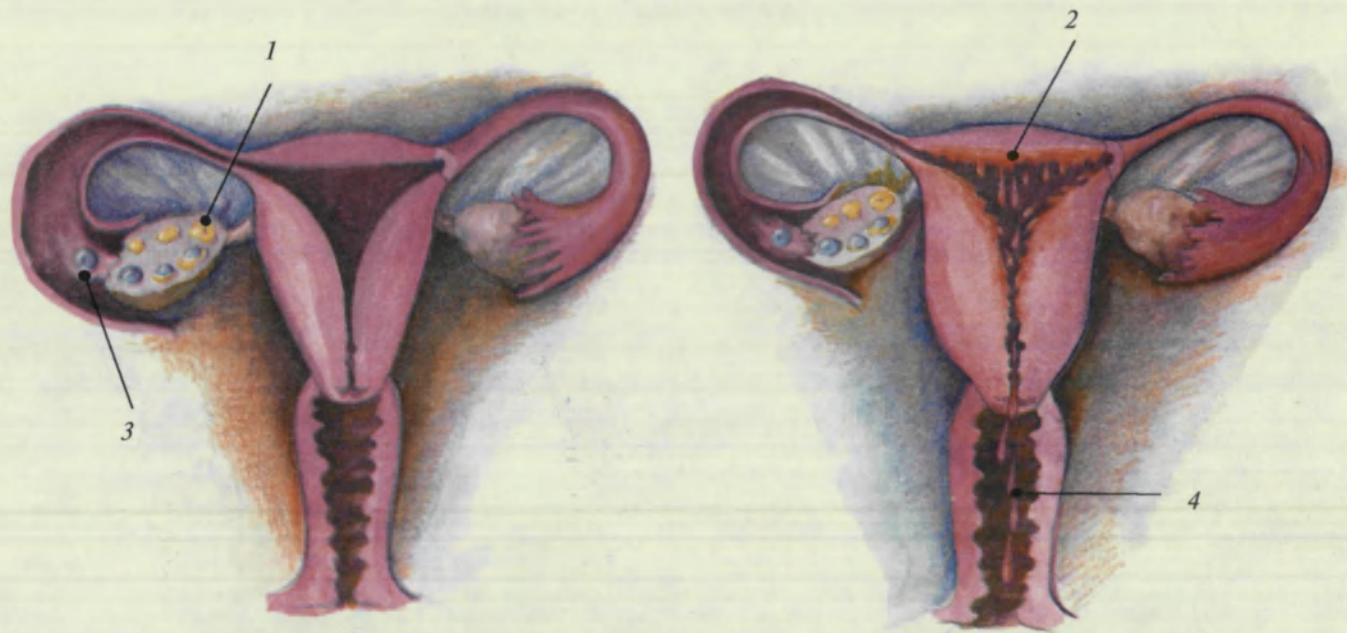


1- ilova



**Ayollar jinsiy a'zolarining joylashishi:**

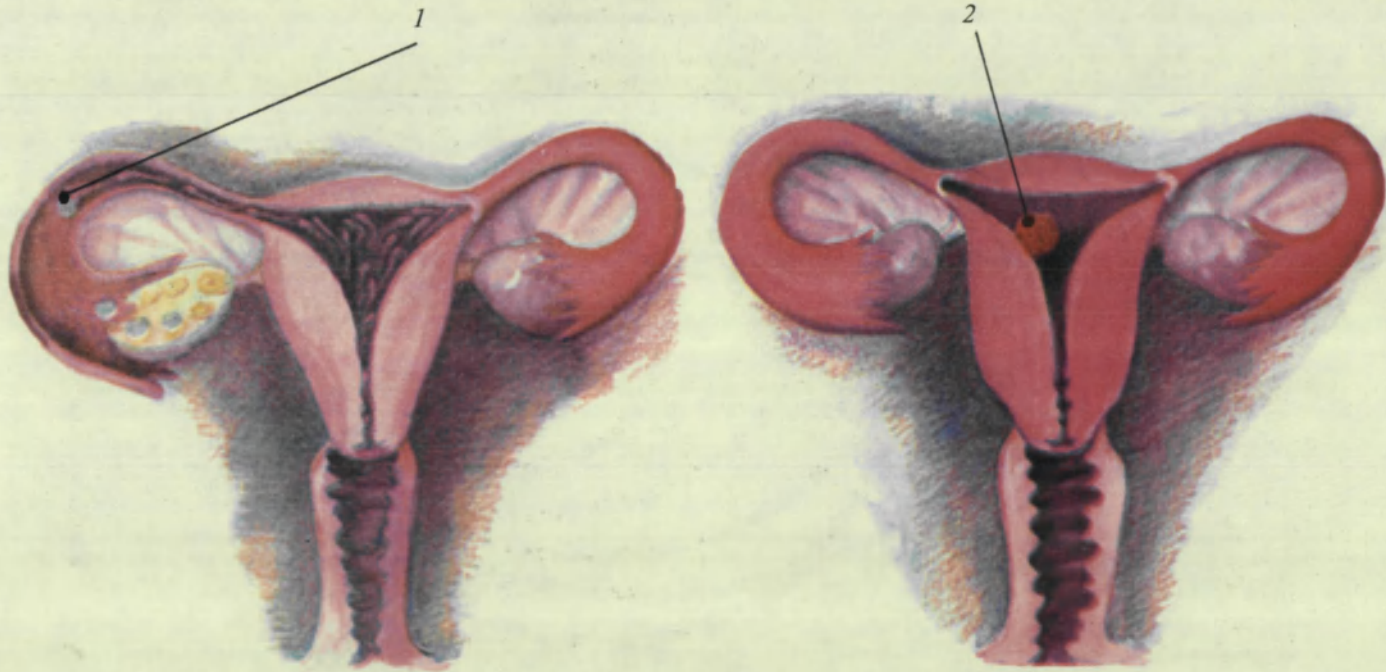
1 — tuxumdonlar, 2 — bachadon naylari, 3 — bachadon, 4 — qin, 5 — klitor, 6 — siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, 7 — qin darvozasi, 8 — katta jinsiy lab, 9 — kichik jinsiy lab.



**Urug'lanish va hayz:**

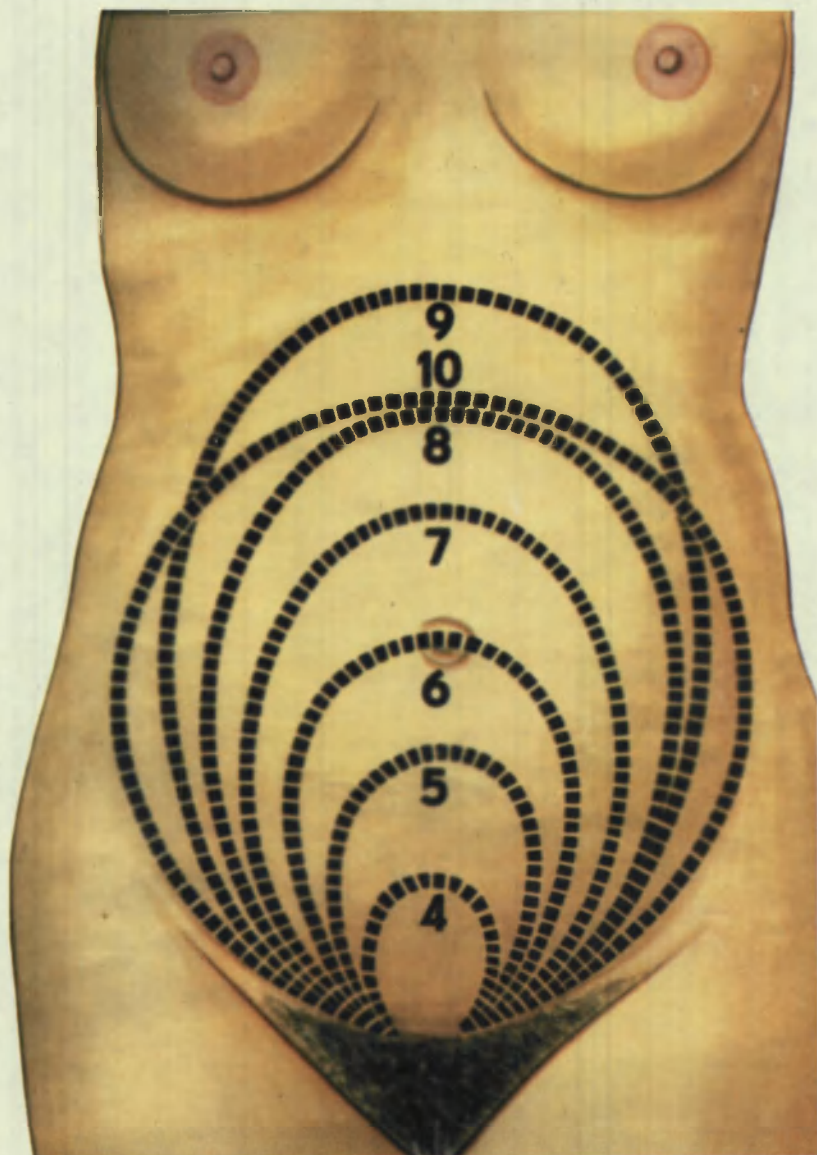
1 — birlamchi follikula, 2 — shilliq qavatning ko'chishi, 3 — yetilgan tuxum, 4 — hayz.





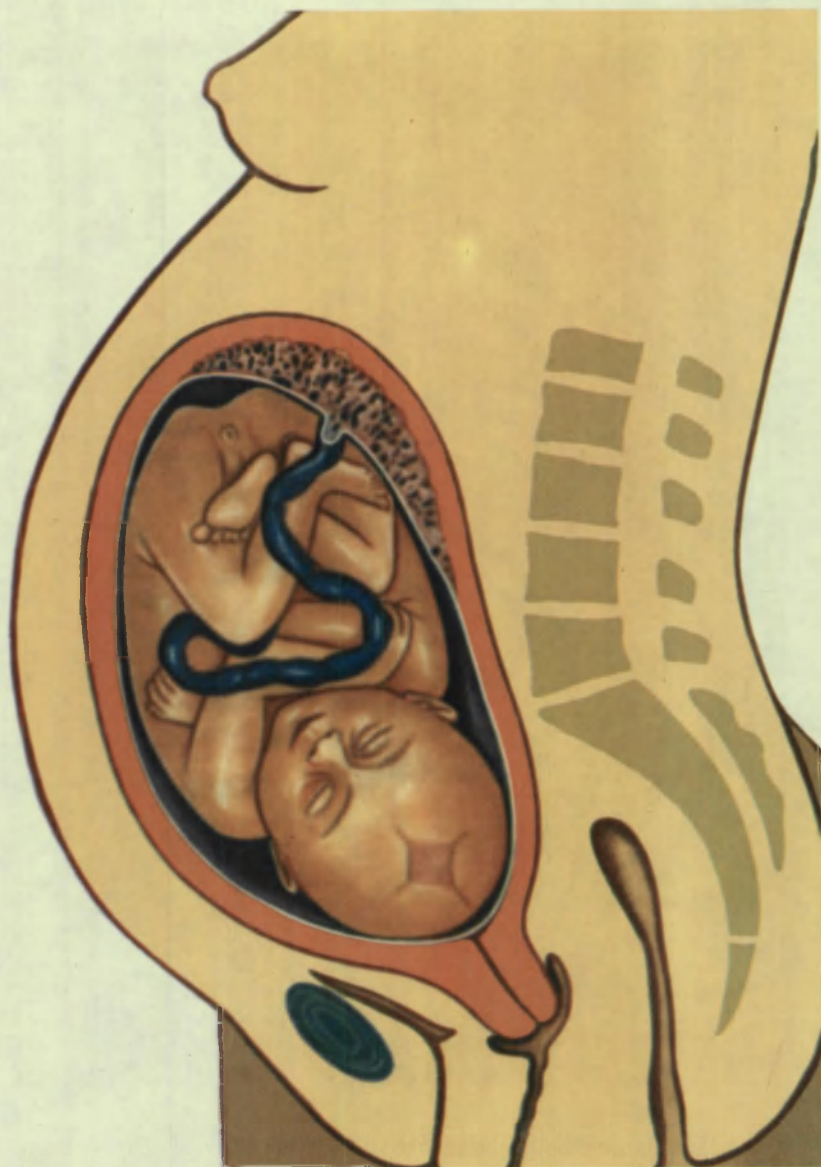
**Urug'lanish va homiladorlik:**

1 — spermatozoid, 2 — urug'langan tuxum hujayra.

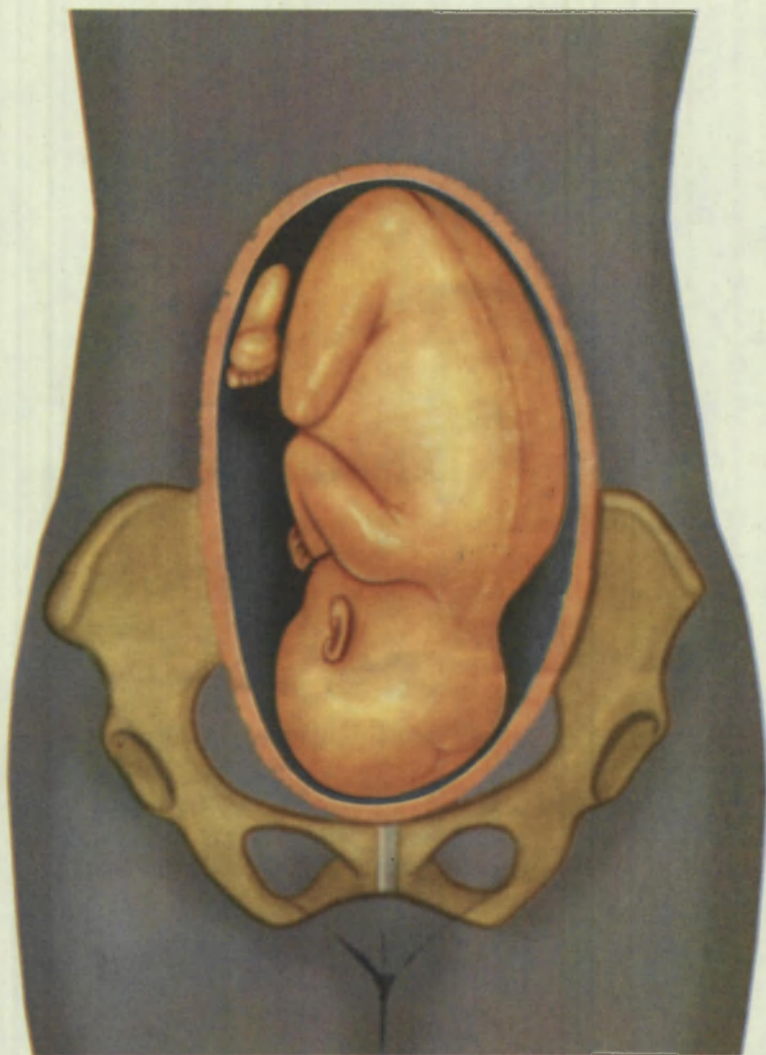


**Bachadon tubi balandligini aniqlash.**

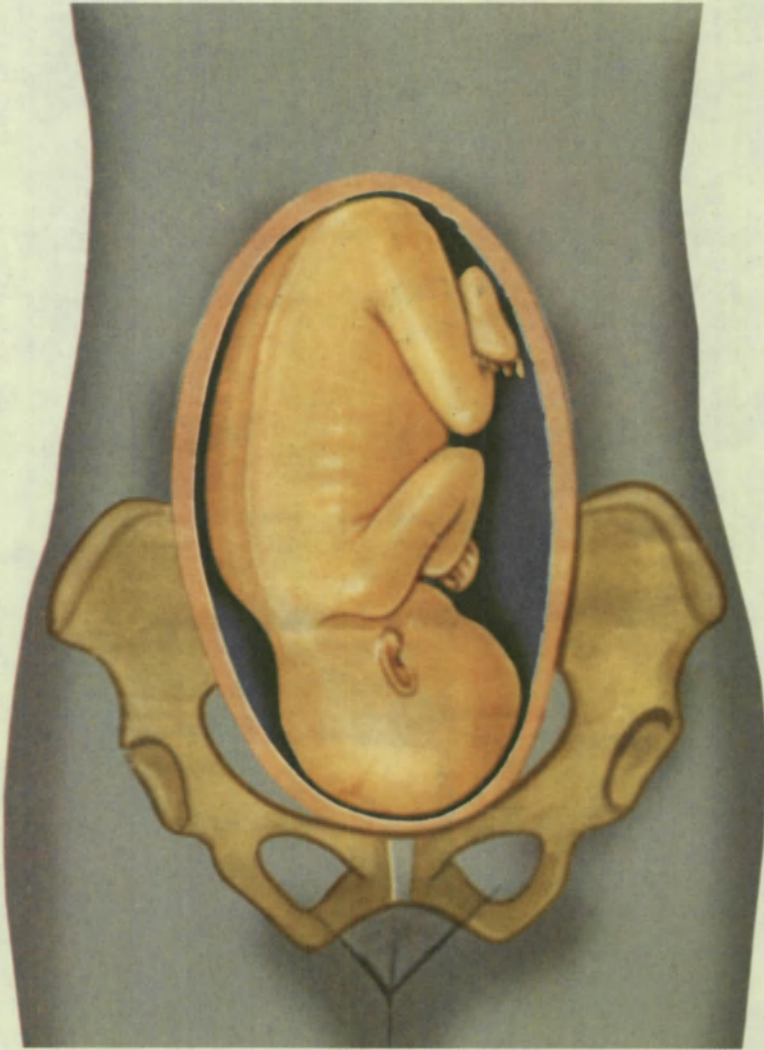




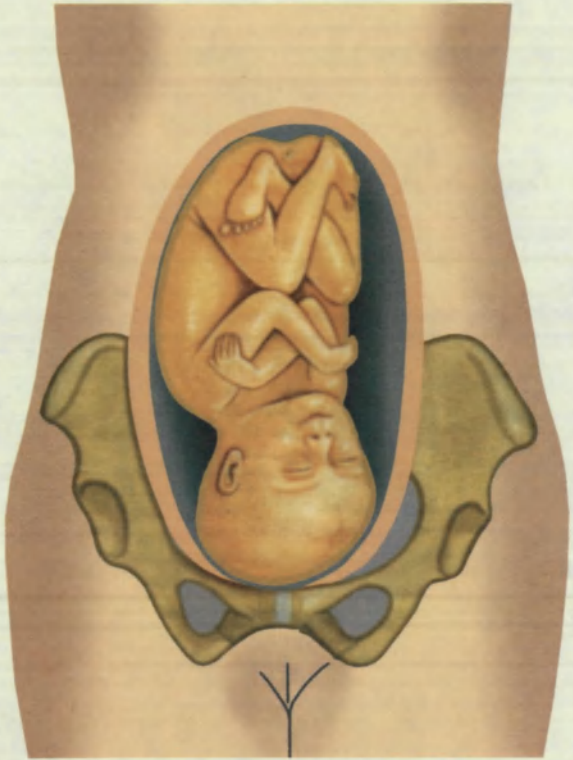
**Homilaning bachadon bo'shlig'ida joylashish topografiyasi,  
bo'ylama vaziyat, orqa ko'rinish.**



Homilaning boshi bilan kelishi, bo'ylama vaziyat,  
1- holat, old ko'rinish.



**Homilaning boshi bilan kelishi, bo'ylama vaziyat,  
2- holat, old ko'rinish.**



**Homilaning boshi bilan kelishi, bo‘ylama vaziyat,  
1- holat, orqa turi.**

*8-ilova*



**Homilaning boshi bilan kelishi, bo‘ylama vaziyat,  
2- holat, orqa turi.**





**Homilaning ko'ndalang vaziyati, old turi.**



**Homilaning dumba bilan aralash kelishi,  
bo‘ylama vaziyat.**



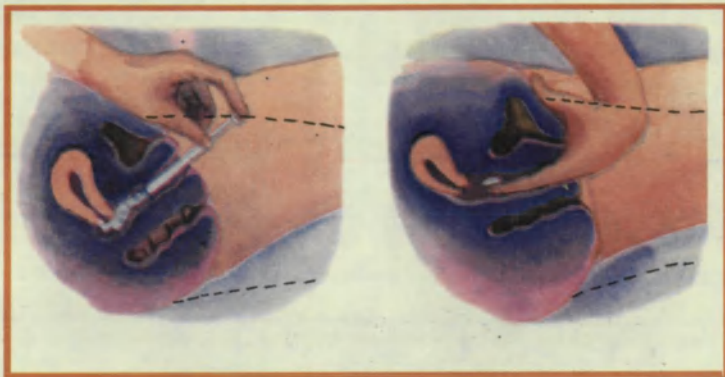
**Egiz homiladorlik (ikki tuxumli egiz homila),  
bo'ylama vaziyat, homilaning boshi bilan kelishi.**



*10- ilova*



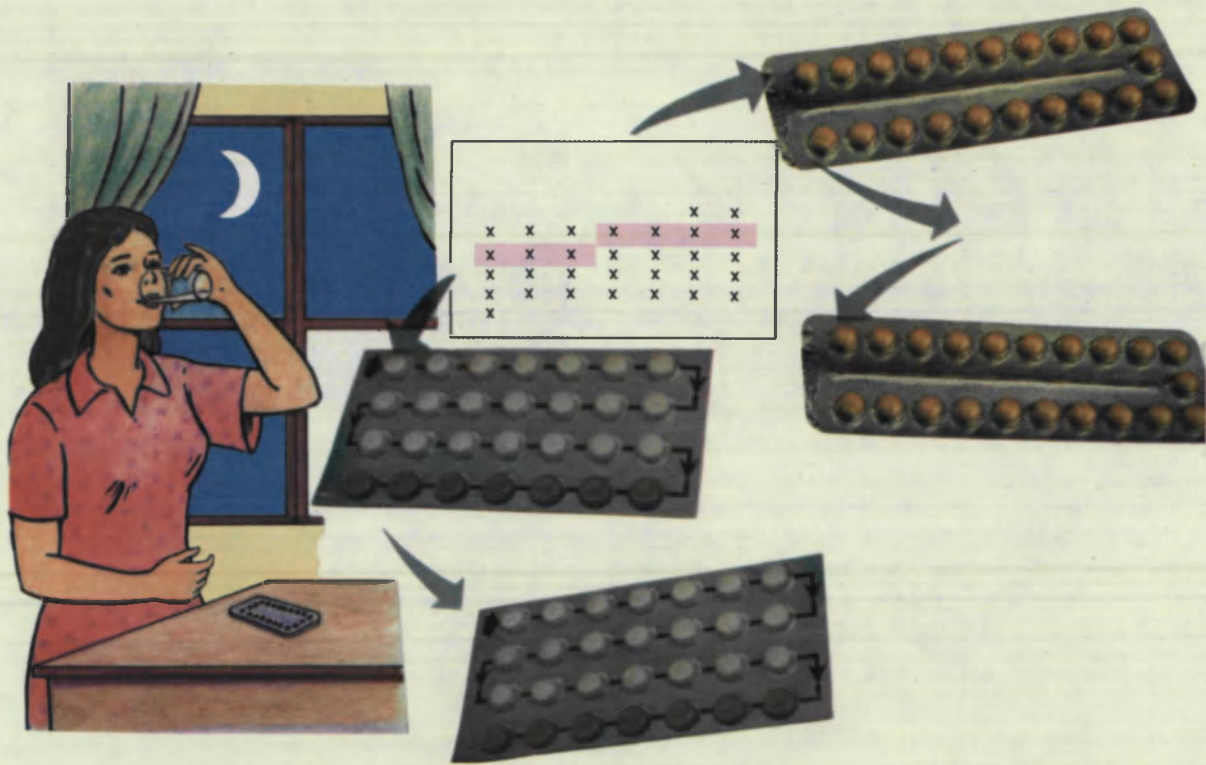
**Egiz homiladorlik (bir tuxumli egiz homila), bo'ylama vaziyat, homilaning boshi va dumbasi bilan kelishi.**



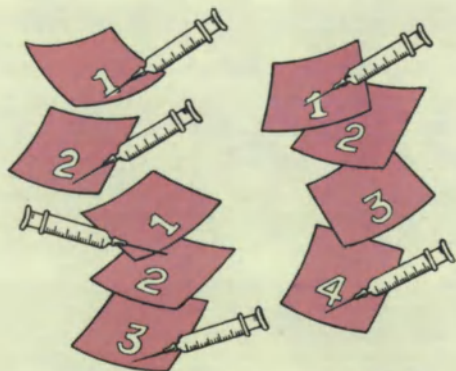
**Spermitsidlar.**

*11- ilova*



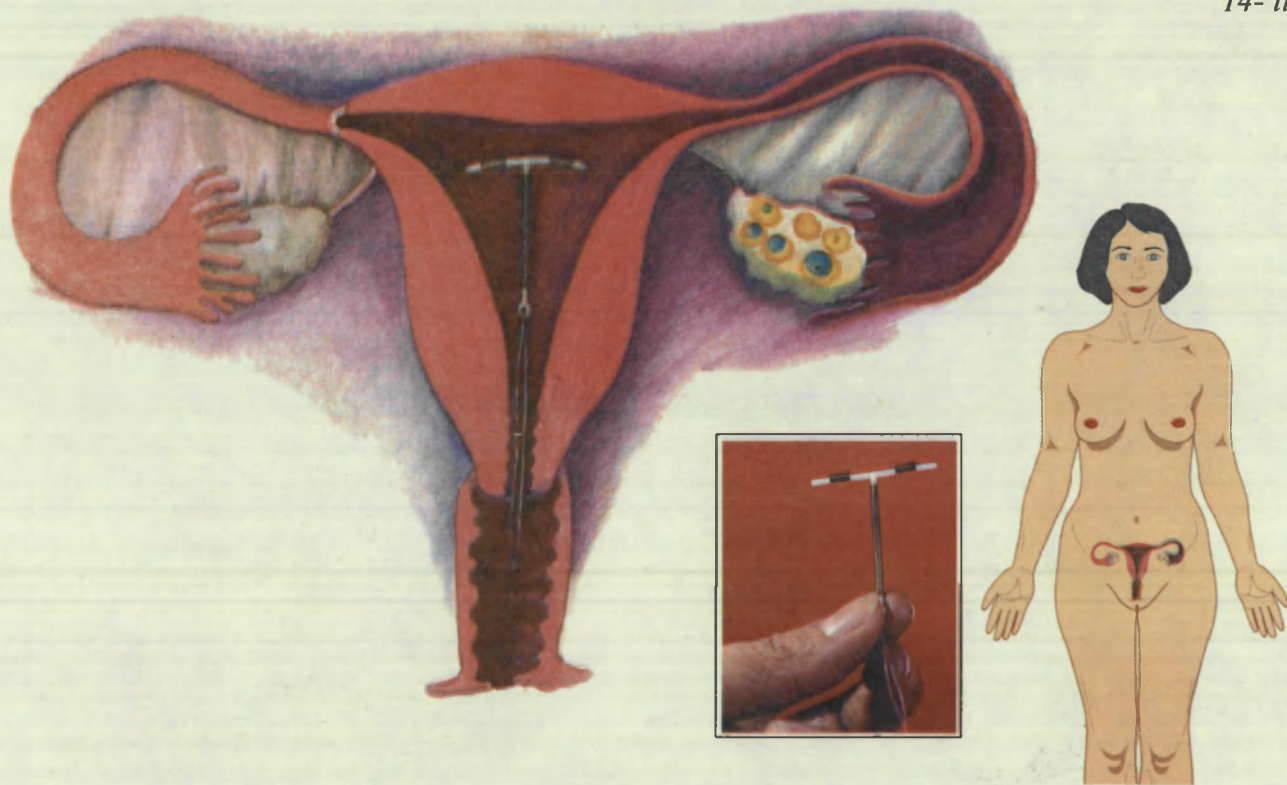


Kontratseptiv tabletkalar.

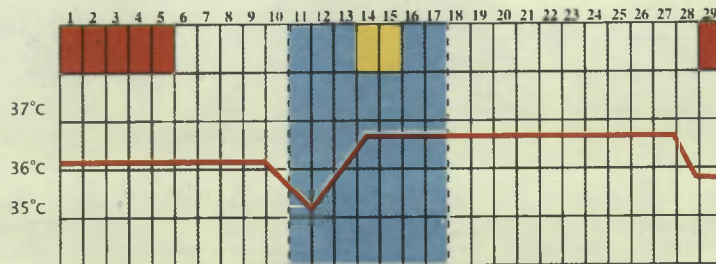


**Kontratseptivni inyeksiya qilish.**

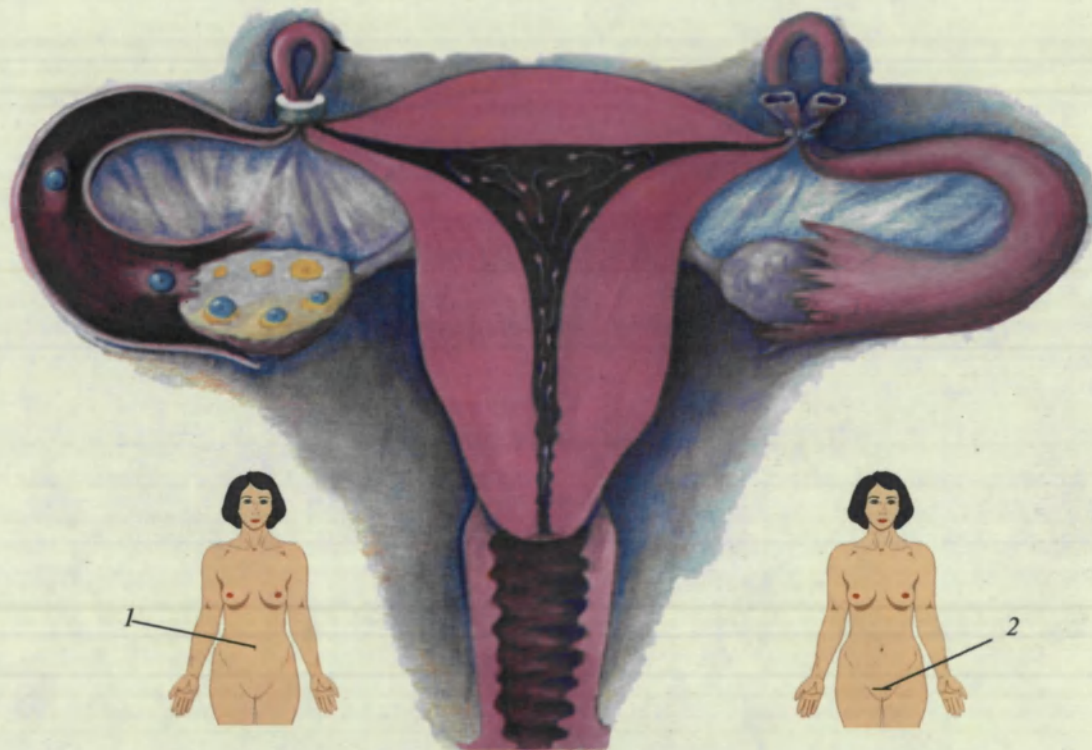




**Bachadonichi spirali.**



**Kontratsepsiyanning tabiiy usullari.**



**Kontratseptivning doimiy usullari:**  
1 — endoskopiya usuli; 2 — laparatomiya usuli.





## AYOLLAR UCHUN GIMNASTIKA MASHQLARI

### 23.1. Gimnastika mashqlarining ayollar salomatligini saqlashdagi ahamiyati

Ayollar salomatligini saqlash maqsadida ularning anatomik tuzilishlari va fiziologik funksiyalarini hisobga olgan holda bir necha gimnastika majmualari mavjud. Homilador va tugʻgan ayollarga alohida mashqlar tavsiya etiladi.

Gimnastika mashqlari eng soddasidan boshlanib, asta-sekin murakkablariga oʻtiladi. Ayol avvallari gimnastika bilan shugʻullanmagan yoki qisqa vaqt shugʻullanmay qoʻygan boʻlsa, birinchi kunlari muskullarida zoʻriqish seziladi, baʼzi hollarda ogʻir ogʻriq (ayniqsa, ertalablari) boʻladi. Bu holat tez oʻtib ketadi va zoʻriqish ogʻriq oʻrniga qoniqish tuygʻulari paydo boʻladi.

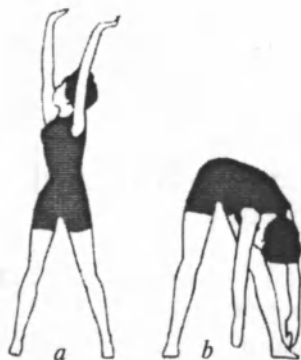
Koʻpchilik ayollarga qorin devorining boʻshashib ketishi muammo tugʻdiradi. Bunday hollarda qorin muskullarini mustahkamlaydigan mashqlarga alohida ahamiyat berish zarur. Ayrim ayollarga jismining boshqa aʼzolari koʻproq tashvish tugʻdiradi. Bunday hollarda badanning aynan oʻsha joyi muskullarini mustahkamlaydigan mashqlarga eʼtibor beriladi.

Agar gismnatsika mashqlari koʻzgu oldida bajarilsa, yaxshi natija beradi, chunki bajarilayotgan mashqning toʻgʻriligini kuzatish imkoni boʻladi. Lekin koʻzgu oldida mashq bajarish majburiy emas, ayrim mashqlarni musiqa yordamida bajarish osonroq boʻladi. Kuy ohanglari yozib olingan magnitofon tasmasi orqali taralayotgan ohang bajarilayotgan mashq harakatlariga mos tushishi kerak ( buning uchun ritmik mashqlar yozilgan gramplastinkalar yoki kassetalardan foydalanish mumkin. Bundan tashqari, mijoz oʻziga yoqqan musiqalarni tanlab yozib olishi ham mumkin).

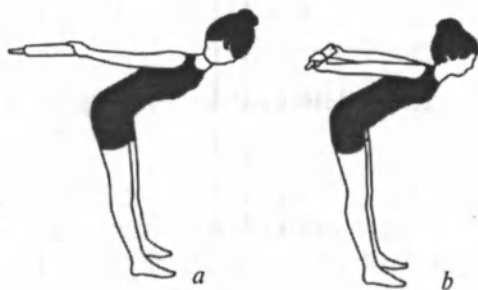
Nafas olish mashqlariga alohida eʼtibor berish lozim. Nafas erkin va bir maromda boʻlishi lozim, chuqur nafas olishga intilish kerak emas, bu hol mashqni bajarishni qiyinlashtiradi, kislorod yetishmay, nafas qisilishi mumkin.

Harakatlarga xalaqit beradigan narsalarni yechib tashlash kerak. Gimnastika mashqlarini bajarish uchun maxsus kamzul yoki oddiy choʻmilish kastumi kifoya.

Gimnastika bilan shugʻullanishni boshlagach, bir haftadan soʻng qomat raso boʻladi, degan fikr notoʻgʻri. Eng tajribali murab-



50-rasm.



51-rasm.

biy nazorati ostida shug'ullangan ayol ham hali bunday natijaga erisholmagan. Bir varaq qog'oz olib, ayol unga o'zi haqidagi barcha ma'lumotlarni yozib borishi zarur. Qay holatda mashq bajarishni boshlaganligi: tana vazni, ko'krak aylanasi, bel aylanasi, yonbosh o'lchamlari yoziladi. Ikki oydan keyin vazni qayta o'lchanadi. Gimnastika qanday natijalar berganligini sezish uchun yarim yildan so'ng avval yozganlari bilan hozirgisi qiyoslanadi. Inson o'zini yaxshi his etsa, harakatlari ham chaqqonlashadi. Ko'tarinki ruh paydo bo'ladi.

#### **Tik turib bajariladigan mashqlar.**

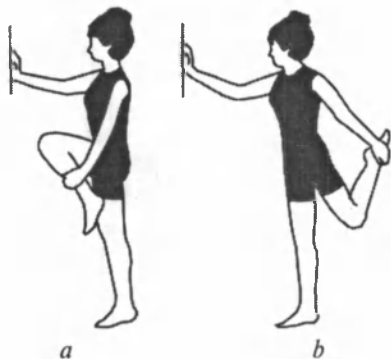
**Bel va orqa.** Qo'llarni asta-sekin yuqoriga, o'ngga burilgan holda ko'taring va sekin-asta tushiring. Xuddi shu mashqni chap tomonga burilgan holda takrorlang. Oyoq va sonlarni iloji boricha qimirlatmang (50- rasm *a, b*). Oldinga va o'ngga bukiling, barmoq uchlarini polga tekkizishga harakat qiling, to'g'rilaning. Shu holat chapga burilish bilan ham bajariladi. Bu mashqni bajarayotganda son va oyoqlar harakatsiz bo'lishi lozim.

**Ko'krak va yelkalar.** O'qlovni o'ng qo'lda ushlab, oldinga egiling, bir vaqtning o'zida o'qlovni tutgan qo'lni orqaga torting, o'qlovni chap qo'lga olib, mashqni takrorlang (51- rasm, *a*).

O'qlovni ikki qo'l bilan ushlab, uni orqaga oling, oldinga engashib, iloji boricha qo'lni balandga ko'taring (51- rasm, *b*).

**Yonbosh va boldir.** Cho'kka tushib o'tiring, kaftni polga qo'yib, o'nglaning, turing. Oyoqlarni bukmasdan oldinga engashib qo'l bilan oyoq uchlarini ushlashga harakat qiling.

**Yonbosh va orqa.** Oldinga engashib, qo'l bilan boldirni tuting, boshni tizza qadar egishga harakat qiling.



52- rasm.



53- rasm.

**Ko'krak va qo'llar.** Har bir qo'lga limonad yoki sutdan bo'shagan shisha butilkani olib, ohista harakat bilan goh oldinga goh orqaga aylantiring.

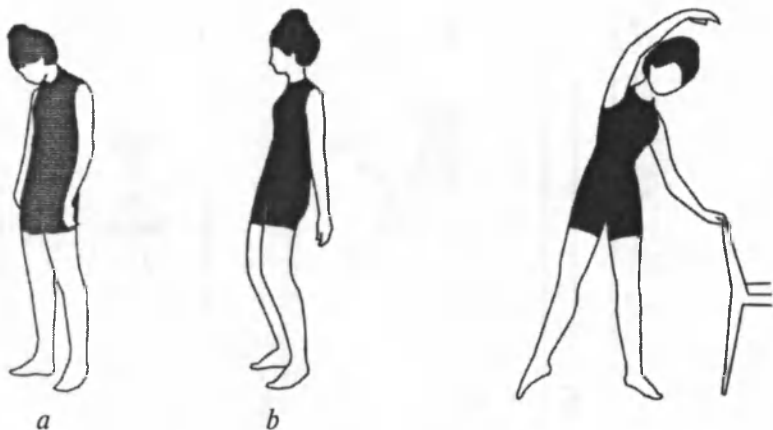
**Yonbosh va dumba.** O'ng qo'l bilan devor yoki eshikka tegib turib, chap qo'l bilan chap oyoq tizzalarini qoringa tekkizishga harakat qiling, orqani tekis tuting (52- rasm, *a*). Chap qo'l bilan chap oyoq uchlarini ushlab, tovonni dumbagacha ko'taring (52- rasm, *b*), oyoq va qo'llarni almashtirib, mashqni takrorlang.

**Tortilish mashqlari.** Arqonning ikki uchini bog'lab oyoqlarni keng oching, uni bosib turib, qo'lni arqon bo'ylab sirpantiring, arqon cho'zilganini sezguncha, uni ikki tomonga ajrating (53- rasm).

**Qorin va dumbalar.** Oyoqlarni ochib, bo'sh qo'ying (54- rasm, *a*). Qorin va dumbalarni keskin tarang torting (54- rasm, *b*). Shunday holatda 10 soniya turib yana bo'sh qo'ying. Bu mashqlar xona ichida erkin harakat bilan musiqa jo'rligida bajariladi va keskin to'xtab, muskullar tarang tortiladi.

**Bel va oyoqlar.** Oyoqlarni juftlab chap qo'lni stol suyanchig'iga qo'ying. Bir vaqtning o'zida o'ng qo'l va oyoqni oldinga, yonga va orqaga ko'taring. Agar mashqni musiqa jo'rligida bajarayotgan bo'lsangiz, musiqa ohangiga mos harakatlar qiling. Xuddi shu mashqni stol suyanchig'ini o'ng qo'l bilan tutgan holda, chap qo'l va chap oyoqni oldinga, orqaga, yon tomonga ko'targan holda bajarish ham kerak.

**Qo'llar va bel.** Oyoqlar juft holda, o'ng qo'l tushirilgan, chap qo'l stol suyanchig'iga qo'yilgan, o'ng oyoq uchiga qo'yiladi, bir vaqtning o'zida o'ng qo'l tepaga, yon tomonga ko'tarilib, chap tomonga egiladi (55- rasm). Stulga o'ng tomon bilan o'girilib mashq takrorlanadi.



54- rasm.

55- rasm.

**Qorin va orqa kurak.** Stul suyanchig'iga o'girilgan holda o'ng qo'lni ko'tarib keriladi, o'ng oyoqning uchini bir tomonga qo'yib, chap qo'l yuqoriga ko'tariladi, orqa tomonga egilinadi (56- rasm).

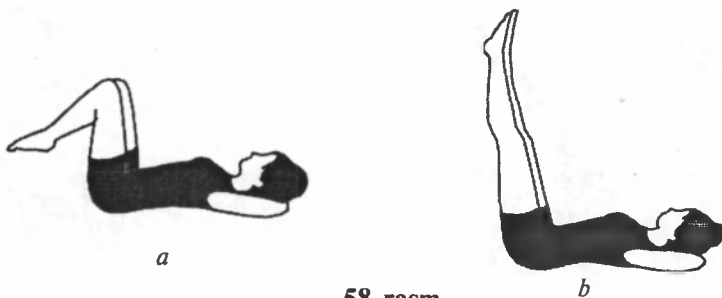
Mashq takrorlanadi, stol suyanchig'iga chap qo'l bilan tiralib, chap oyoqni yon tomonga va orqaga cho'zib, o'ng qo'l esa ko'tariladi. Bu mashqni stol suyanchig'iga tiralmasdan turib, musiqa ohangi ostida bajarish ham mumkin; goh o'ng oyoq, goh chap oyoqni galma-gal yon tomonga va orqaga kerib, shu vaqtda galma-gal goh o'ng qo'lni, goh chap qo'lni ko'tarish lozim (57-rasm). Harakatning ohista bajarilishiga e'tibor berish kerak.



56- rasm.



57- rasm.



58-rasm.

### Yotib bajariladigan mashqlar.

**Orqa va oyoqlar.** Gilamga orqa bilan yotib, qo'llarni ensaga qo'ying, oyoqlarni cho'zing. Oyoqlarni sekin-asta bukib, qoringa yetkazing (58- rasm, a). Oyoqlarni tekis tutib ko'tarib, bir necha daqiqa davomida gavgaga nisbatan to'g'ri burchak shaklida ushlab turib, ohistalik bilan tushiring (58- rasm, b).

**Tizza va boldir.** Qorin tomonga ag'darilib, yuzga qo'lni qo'yib oyoqlar uzating. Oyoq uchlarini dumbaga tegadigan holgacha astalik bilan bukib, xuddi shunday holda asta to'g'rilaning. Bu mashqni musiqa jo'rligida goh o'ng, goh chap oyoqlar bilan bajarish mumkin. Shuningdek, har ikki oyoq bilan birgalikda bajarsa ham bo'ladi.

**Bel va qorin.** Polga o'tirib, tirsakka tiralib oyoqlar uzatiladi. Musiqa ohangida goh o'ng, goh chap oyoq ko'tariladi, „qaychi“ nomi bilan mashhur bu mashqni murakkablashtirib, oyoq harakatlari bilan doiralalar yasash mumkin. Oyoqlar haddan ziyod baland ko'tarilmaydi, mashq polga yaqinroq holda bajarilganda foydaliroq bo'ladi. Bel mushaklarining tetikligini his eta boshlash bilan mashqni tezlashtirish mumkin.

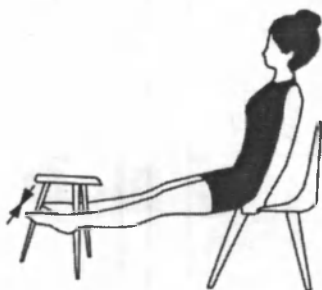
Shuni ham aytib o'tish kerakki, bu yoki boshqa mashqlarni ham o'z xohish va istagingizga qarab, o'zgartirib bajarish mumkin (oyoqlar „X“ shaklida harakatlantiriladi). Oyoqlar bilan doira yasash harakati soat strelkasi yo'nalishida yoki, aksincha, unga qarama-qarshi harakatda va h.k. bo'lishi mumkin. Toliqqanda, ayol o'zini biroz bo'sh qo'yib, bir necha daqiqa dam olishi mumkin.

### O'tirib bajariladigan mashqlar.

**Qorin va orqa kurak.** Mashqni bajarish uchun o'qlov yoki tasma shaklida o'ralgan sochiq kerak bo'ladi. Ohista oldinga bukilib, goh o'ng, goh chap oyoq sekin kurakka tortiladi, oyoqlar tagidan o'qlovni yoki tasma qilib o'ralgan sochiqni o'tkazib, oyoq cho'ziladi. Mashqni takrorlab, oyoq tagidan o'qlov yoki sochiq bo'shatiladi. Bu mashqni har ikki oyoqni tortib turib, tagidan o'qlov yoki sochiqni o'tkazib bir vaqtda bajarish mumkin.



59- rasm.



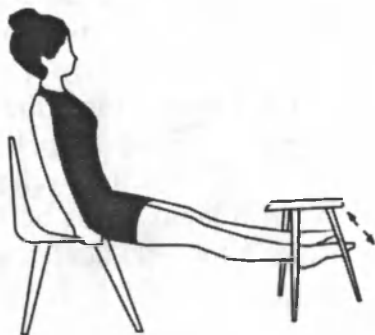
60- rasm.

**Yonbosh va dumbalar.** O'qlovni yoki sochiqni qo'lda ushlab uni oldinga cho'zing, oyoqlar va orqa kurakni to'g'ri tutib, goh o'ng, goh chap yonboshi poldan iloji boricha baland ko'tarishga harakat qiling. Mashqni bajarayotganda qo'llar va orqani to'g'ri tutishga harakat qiling.

**Qorin.** Stulning chetiga o'tirib, qo'llarni uning pastki qismiga tekkizishga intiling. Orqa, kurak va oyoqlar to'g'ri turishi, oyoq uchlari polda bo'lishi kerak. Qorin mushaklari taranglashayotganini his etib, astalik bilan tizzagacha bukilgan oyoqlarni kurakka tortib, orqa kurakni hamisha to'g'ri tuting. Oyoqni polga tekkizmasdan turib, astalik bilan uni tekis tuting, ko'taring, iloji boricha baland ko'tarishga harakat qiling (59- rasm).

**Qorin, bel va oyoqlar.** Stulda o'tirgan holda oyoq uchlari bilan taburet oyog'ini qisib, uni pol ustida ushlab turing, 10 soniya davomida shunday tutib turishga harakat qiling (60-rasm). Taburetni ohistalik bilan polga qo'ying. Mashqni takrorlang. Oyoqlarni taburet oyog'i orasiga tiqib, oyoq uchi bilan siqib uni poldan ko'taring, yana 10 soniya davomida ushlab turishga harakat qilinadi (61- rasm). Qorin mushaklari va bel taranglashganiga ahamiyat beriladi. Orqa va kurakni to'g'ri holda ushlashni unutmang.

Quyidagi mashqlar gavgani to'g'ri tutishga yordam beradi. Ularni o'tirgan yoki turgan holda ham bajarsa bo'ladi. Stul chetiga shunday o'tirish kerakki, orqa kurak, yonbosh boldirlar bir-biriga to'g'ri burchak holda bo'lsin, qo'lni erkin qo'yib, yelkani yengil qising, oyoq boldirini shu vaqtning o'zida tarang tortib, qorin mushaklari va orqa kurakni tarang ushlang, yelkani iloji boricha orqaga tashlab, kuraklar bir-biriga tegadigan bo'lguncha boshni orqaga eging. Bir necha soniya shunday o'tirib, so'ng yana o'z holingizga qayting. So'ngra stuldan turib, oyoq kaftlarini juftlang. Tizza, dumba va qorin mushaklarini tarang ushlang. Oyoqlar uchini



61- rasm.



62- rasm.

iloji boricha balandroq ko'tarib, butun gavdani tarang tortib ushlang, so'ngra yana bo'shashtiring (62-rasm). Bu mashq unchalik qiyin bo'lmasa-da, ammo uni uzoq muddat davomida takrorlash kerak, shunda, tana bo'sh qo'yilganda gavdaning tekis, chiroyli turishiga ishonch hosil qilinadi.

Har bir ayolning qomati kelishgan bo'lishi bilan birga, chiroyli qadam tashlashi ham zarur.

Chiroyli qadam tashlab yurishni istagan ayol, uning sun'iy chiqishiga yo'l qo'ymasligi kerak, bu istakka ham uncha murakkab bo'lmagan mashqlarni bajarish asosida erishish mumkin.

Qo'lni belga qo'yib, yelkalar to'g'ri tutiladi, astalik bilan chap oyoqni yonga tashlab, shu holatda egilmasdan 10—15 soniya turiladi (63- rasm). Holatingizni o'zgartirmay, yana ko'proq



63- rasm.



64- rasm.

turishga harakat qiling. Bu mashqni tizzada bukilgan oyoq tovonini boshqa oyoqqa tirab, qo'llarni ohistalik bilan tepaga va yon tomonga ko'tarib, murakkablashtirilgan holda takrorlash mumkin (64-rasm). Agar mashqni bajarishda qiyinlik tug'ilmasa, oyoq uchiga tayangan holda ko'tarilib, shu holatda 10—15 soniya turish mumkin. Bu mashqni turli ko'rinishlarda musiqa jo'rligida bajarishga harakat qiling. Xulosa shuki, xonada oyoq uchlarida yurish, yelkalarni to'g'ri tutish, tizzalarni baland ko'tarish kerak. Agar bu holda ayol yengil yursa, bukilmasdan boshiga kitob yoki tarelka qo'yib yurishi ham mumkin.

---



---

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2001- yil 19- martdagi «Homilani angenital himoyalash va ayollar maslahatxonasi ishini tashkil qilish to'g'risida» 100- sonli buyrug'i.

2. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2001- yil 23- iyuldagi „O'zbekiston Respublikasi umumiy amaliyot shifokorlari va umumiy amaliyot o'rtta tibbiyot xodimlarining faoliyatini bosqichma-bosqich takomillashtirib borish haqida“ 327- sonli buyrug'i.

3. A. A. Qodirova. Akusherlik. T., „Ibn Sino“, 2002.

4. I. Z. Zokirov. Fiziologik akusherlik. Samarqand, 1991.

5. I. Z. Zokirov. Patologik akusherlik. Samarqand, 1991.

6. N. E. Kretova, L. M. Smirnova. Akusherlik va ginekologiya. M., „Медицина“, 1993.

7. U. Bek. Akusherlik va ginekologiya /Ingliz tilidan tarjima. 1997.

8. Akusherlik va ginekologiyadan hamshiralik ishi bo'yicha qo'llanma. Kursk, 1996.

---

---

## MUNDARIJA

So'zboshi .....	3
<b>I bob. Akusher-ginekologiya muassasalari tarkibi</b>	
1.1. Ayollar salomatligini saqlashga qaratilgan profilaktik yo'nalish turlari .....	5
1.2. Oilaviy poliklinikaning akusher-ginekologiya bo'limi .....	5
1.3. Tibbiy sanitariya qismlari .....	7
1.4. Akusher-ginekologiya majmuyi .....	7
<b>II bob. Akusher-ginekologiya stasionarida sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar</b>	
2.1. Yuqumli kasallik manbalari va akusher-ginekologiya stasionarlarida sanitar-epidemiologik tartib-qoidalar .....	10
2.2. Akusher-ginekologiya stasionarlarida palata va jihozlarni tozalash .....	11
2.3. Stasionarlarda parvarish buyumlarini tozalash .....	12
2.4. Ko'zi yoriyotgan va homilador ayollarning sanitar tozalovini o'tkazish .....	13
2.5. Tibbiy xodimlarni nazoratdan o'tkazish .....	14
<b>III bob. Ayol jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi</b>	
3.1. Ayol chanoq suyagining tuzilishi .....	16
3.2. Chanoqni tekshirish .....	18
3.3. Ayol jinsiy a'zolari .....	20
3.4. Sut bezlari .....	24
3.5. Hayz sikli va uning boshqarilishi .....	25
3.6. Ayol umri davrlari .....	26
<b>IV bob. Homiladorlik fiziologiyasi. Homilador ayol parvarishi va uni kuzatish</b>	
4.1. Urug'lanish .....	31
4.2. Homilaning rivojlanishi .....	34
4.3. Homiladorlik vaqtida ayol organizmidagi o'zgarishlar .....	36
4.4. Homiladorlik tashxisi. Homiladorlik muddatini aniqlash .....	39

4.5. Homilador ayolni tekshirish usullari .....	41
4.6. Homilador ayol gigiyenasi va zararli omillarining organizmga ta'siri .....	51
<b>V bob. Tug'uruq, tug'uruq paytida ko'rsatiladigan yordam. Tug'gan ayol va chaqaloqlar parvarishi</b>	
5.1. Tug'uruqdagi fiziologik jarayon .....	64
5.2. Tug'uruq biomexanizmi .....	65
5.3. Tug'uruq davridagi aseptika va antiseptika .....	69
5.4. Tug'adigan ayol parvarishi .....	71
5.5. Chaqaloqlar parvarishi .....	82
<b>VI bob. Ayol organizmining chilla davridagi fiziologik o'zgarishlari</b>	
6.1. Chilla davrida ayol organizmidagi fiziologik o'zgarishlar .....	90
6.2. Chilla davri parvarishi .....	91
6.3. Chaqaloqni ovqatlantirish va emizishga tayyorlash .....	92
6.4. Tug'gan ayol parvarishi .....	94
<b>VII bob. Yangi tug'ilgan chaqaloqning chilla davri. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi</b>	
7.1. Yangi tug'ilgan chaqaloqning chilla davri va uning parvarishi .....	98
7.2. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi faoliyati .....	99
7.3. Yangi tug'ilgan chaqaloqda gipoksiya va kislorod yetishmasligi .....	100
7.4. Shikastlar bilan tug'ilgan chaqaloqlar va ularning parvarishi .....	101
7.5. Yiringli-septik kasalliklari bo'lgan chaqaloqlarni parvarishlash .....	103
<b>VIII bob. Chilla davrida ayollarda uchraydigan kasalliklar</b>	
8.1. Chilla davridagi yuqumli kasalliklar va ularning asoratlari .....	106
8.2. Bemor homilador va tug'adigan ayollar parvarishi .....	109
<b>IX bob. Akusherlik patologiyasining asosiy turlari. Ekstragenital kasalliklar</b>	
9.1. Homiladorlik patologiyasi turlari .....	113
9.2. Homiladorlik vaqtida qon ketishi .....	117
9.3. Ko'p homilali homiladorlik .....	124
9.4. Ekstragenital kasalliklar .....	125
9.4.1. Yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari va homiladorlik .....	125
9.4.2. Buyrak kasalliklari .....	127
9.4.3. Virusli gepatit .....	130
9.4.4. Buqoq va homiladorlik .....	131

9.5. Tug'uruqning asoratli kechishi .....	132
9.6. Tug'uruqdan so'ng qon ketishi .....	135
9.6.1. Ilk chilla davrida qon ketishi .....	136
9.7. Tug'uruq jarohatlari .....	137
<b>X bob. Tug'uruq bo'limidagi operatsiya bloki</b>	
10.1. Operatsiya bloki .....	138
10.1.1. Operatsiya hamshirasining vazifalari .....	138
10.1.2. Jarrohlik operatsiyasiga tayyorgarlik .....	139
10.2. Operatsiyadan keyingi davrda bemor parvarishi .....	143
<b>XI bob. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari</b>	
11.1. Umumiy tekshirish usullari .....	145
11.2. Obyektiv tekshirish usullari .....	147
11.3. Qo'shimcha tekshirish usullari .....	151
<b>XII bob. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari</b>	
12.1. Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarining tasnifi, kelib chiqish sabablari .....	156
12.2. Tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari .....	157
12.3. Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari .....	158
12.4. Bachadonning yallig'lanish kasalliklari .....	161
<b>XIII bob. Hayz funksiyasining buzilishi</b>	
13.1. Hayz sikli buzilishining klassifikatsiyasi .....	173
13.2. Amenoreya .....	174
13.3. Gipermenstrual sindrom .....	175
13.4. Bachadondan disfunktsional qon ketishi .....	176
13.5. Neyroendokrin sindromlar .....	179
13.6. Endometrioz .....	180
<b>XIV bob. Bepushtlik va uning sabablari</b>	
14.1. Bepushtlik haqida tushuncha .....	182
14.2. Bepushtlik diagnostikasi .....	183
14.3. Bepushtlikni davolash .....	185
14.4. Sun'iy urug'lantirish .....	185
14.5. Bepushtlik profilaktikasi .....	186
<b>XV bob. Seksologiya va seksopatologiya haqida tushuncha</b>	
15.1. Seksologiya va seksopatologiyaning vazifalari .....	188
15.2. Mayl va tortinchoqlik (komplekslanish) .....	189
15.3. Seksologiyada me'yor tushunchasi .....	189
15.4. Seksopatologiya va uning tibbiy ixtisosliklar orasida tutgan o'rni .....	190

## **XVI bob. O'smaoldi kasalliklari va ayollar jinsiy a'zolarining o'smalari**

16.1. O'smaoldi holatlari .....	198
16.2. Ayol jinsiy a'zolarining xavfsiz o'smalari .....	200
16.2.1. Bachadon miomasi .....	200
16.2.2. Tuxumdon kistasi .....	201
16.3. Ayol jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari .....	202
16.3.1. Bachadon bo'yni raki .....	202
16.3.2. Bachadon tanasi raki .....	204
16.3.3. Tuxumdon raki .....	205

## **XVII bob. Ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashishi**

17.1. Ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashish tasnifi .....	207
17.2. Bachadonning noto'g'ri joylashishi .....	208
17.3. Bachadon va qin devorining siljishi hamda tushishi .....	209

## **XVIII bob. Ayollar jinsiy a'zolarining nuqsonlari**

18.1. Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar .....	211
18.2. Tuxumdonlar rivojlanishidagi anomalialar .....	211
18.3. Bachadon va qinda hosil bo'ladigan nuqsonlar .....	212
18.4. Jinsiy a'zolarning chala rivojlanishi .....	213

## **XIX bob. Ayollar jinsiy a'zolarining shikastlari**

19.1. Tashqi jinsiy a'zolar va qinning shikastlari .....	214
19.2. Bachadonning shikastlanishi .....	215
19.3. Jinsiy a'zolar shikastlanganda birinchi kechiktirib bo'lmaydigan yordam ko'rsatish .....	216
19.4. Oqma yaralar .....	217

## **XX bob. Ginekologik bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash**

20.1. Ginekologik bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash usullari .....	219
20.2. Bemorni operatsiyaga tayyorlash .....	219
20.3. Operatsiyadan keyingi davrning kechishi va operatsiya qilingan bemor parvarishi .....	222
20.4. Operatsiyadan keyingi asoratlari .....	224

## **XXI bob. Ginekologiya bo'limining operatsiya bloki**

21.1. Operatsiya blokining jihozlanishi .....	226
21.2. Tibbiyot xodimlarining qo'llarini zararsizlantirish .....	227
21.3. Asboblarni operatsiyaga tayyorlash .....	227
21.4. Dori moddalarni saqlash .....	228
21.5. Dori moddalarni nazorat qilish .....	230

**XXII bob. Kontratsepsiya turlari va ularni qo'llash usullari**

22.1. Kontratsepsiya haqida tushuncha .....	231
22.2. To'siq soluvchi vositalar .....	231
22.3. Homiladorlikdan saqlovchi kimyoviy usullar .....	232
22.4. Bachadonichi vositalarini qo'llash .....	236
22.5. Oxiriga yetmagan jinsiy aloqa usuli .....	237
22.6. Fiziologik usul .....	237
22.7. Laktatsion amenoreya usuli (LAU) .....	238
22.8. Jarrohlik kontrasepsiya usuli (doimiy va vaqtinchalik) .....	240

**XXIII bob. Ayollar uchun gimnastika mashqlari**

23.1. Gimnastika mashqlarining ayollar salomatligini saqlashdagi ahamiyati .....	241
Foydalanilgan adabiyotlar .....	249

MA'SUDA AKBAROVNA FOZILBEKOVA,  
HAMIDA SADRIDDINOVNA ZAYNITDINOVA

**AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA  
HAMSHIRALIK ISHI**

**Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma**

„O'qituvchi“ nashriyot-matbaa ijodiy uyi  
Toshkent — 2004

Tahririyat mudiri *B. Akbarov*  
Muharrir *D. Abbosova*  
Badiiy muharrir *F. Nekqadamboyev*  
Texn.muharrir *T. Greshnikova*  
Musahhihlar: *M. Ibrohimova, D. Umarova*  
Kompyuterda sahifalovchi *K. Hamidullayeva*

IB №8392

2004- yil 8- oktabrda original-maketdan bosishga ruxsat etildi. Bichimi 60x90  $\frac{1}{16}$ . Kegli 11 shponli. Tayms garniturası. Ofset bosma usulida bosildi. Bosma t. 16,0+1,0 rangli vkl. Nashr t. 15,8+1,0 rangli vkl. 4232 nusxada bosildi. Buyurtma № 380.

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining „O'qituvchi“ nashriyot-matbaa ijodiy uyi. Toshkent — 129, Navoiy ko'chasi, 30- uy. / Toshkent, Yunusobod dahasi, Murodov ko'chasi, 1- uy.  
Shartnoma № 10 — 121 — 04.

F86

**Fozilbekova M. A., Zaynitdinova H.S.**  
**Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi:** Tibbiyot  
kollejlari uchun o'quv qo'llanma. —T. : „O'qituvchi“  
NMIU, 2004. —256 b.

BBK 57.Iya 722+51.