

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIV VA O‘RTA
MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI

L.N. YARASHOVA, F.T. ASQAROVA

AYOLLARDA PARVARISH XUSUSIYATI

Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

УДК 613.99 (075)

КБК 57.15

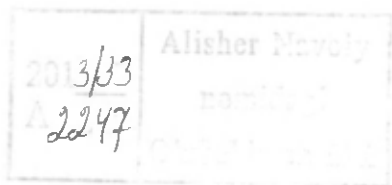
Y-26

Аёллар илмий-методик

*Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi ilmiy-metodik
birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengash
tomonidan nashrga tavsiya etilgan.*

O'quv qo'llanma kasb-hunar kollejarining «Tibbiy-ijtimoiy xodim» yo'nalishi uchun yozilgan bo'lib, unda ayollarda parvarish xususiyatlari va ularga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni, ayol hayotining davrlari, homiladorlik davridagi patologik holatlar, kontratsepsiya turlari, ginekologik kasalliklar kabi qator mavzular yoritilgan.

Taqrizchilar: **E.A. SHAMANSUROVA** — ToshPTI «Ambulatoriya tibbiyoti» kafedrasini mudiri, t.f.d.;
M.M. AHMEDOV — Toshkent shahar 1-son Bolalar muruvvat uyi bosh shifokori.



40879
HD 38/01

KIRISH

Mamlakatimizda onalar va bolalar salomatligini har tomonlama muhofaza qilish borasida ulkan ishlar amalga oshirilmoqda. Bu borada, ayniqsa, onalar salomatligini mustahkamlashga, sog'lom bola tug'ilishi uchun zarur shart-sharoitlar yaratishga, bola tug'ilganidan boshlab, zamonaviy tibbiy asbob-uskunalar yordamida salomatligini kuzatib borish, onalarga sog'lom bolani parvarishlash, tarbiyalash kabi ko'nikmalarni o'rgatish bo'yicha chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda.

Shuningdek, oilada tibbiy madaniyatni oshirish, sog'lom turmush tarzini targ'ib etish, ayollar va bolalarga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatish maqsadida tibbiy-ijtimoiy xodimlarni tayyorlash kabi muhim vazifani bajarish yo'lga qo'yilmoqda.

Tug'ish yoshidagi va klimakterik davrdagi ayollar salomatligini saqlash kabi masalalarni yechish, sog'lom bola tug'ish va bola tarbiyalash uchun sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatuvchi xodimlardan ilmiy va amaliy asoslarni mukammal bilishni taqozo qiladi.

Tibbiyot xodimlari, xususan, tibbiy-ijtimoiy xodim qanday sharoit bo'lishidan qat'i nazar, bemor hayotiga xavf soladigan va ruhiyatiga ta'sir qiladigan hodisalarning oldini olishi shart.

Hozirgi davrda tibbiyot xodimlari, ayniqsa, akusherlik amaliyoti bilan shug'ullanayotgan shifokorlar zimmasiga sog'lom avlodni yetishtirishdek mas'uliyatli vazifa yuklanadi. Shularni inobatga olgan holda o'quv qo'llanmada akusherlik amaliyotiga taalluqli masalalar ustida to'xtalib o'tildi. Dastlab ayollarda parvarish xususiyatlari va ularga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni, ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi, jinsiy hayot haqida tushuncha, ayol hayotining davrlari, reproduktiv davr xususiyatlari, urug'lanish, homiladorlik va homila taraqqiyoti haqida so'z yurutib, so'ng homiladorlikning kechishida salbiy ta'sir ko'rsatadigan sabablar, xususan, turli dori preparatlari va homiladorlikka bog'liq bo'lmagan kasalliklar haqida fikr yuritilgan. Bundan tashqari, ginekologiya fani haqida tushuncha, ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari, ayollar jinsiy a'zolarining o'smaoldi va o'sma kasalliklarida tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi, ayollar jinsiy a'zolarining nuqsonlari, farzandsiz nikoh holati kabi qator mavzular o'quv dasturiga asoslangan holda yoritildi.

I-bob. **«AYOLLARDA PARVARISH XUSUSIYATLARI»
FANINING UMUMIY ASOSLARI**

1.1. Ayollarda parvarish xususiyatlari va ularga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni

«Ayollarda parvarish xususiyatlari» fani akusherlik va ginekologiya faniga asoslangan holda ayollarda jinsiy tizimning tuzilishi, homiladorlikning kechishi, homiladorlik davrida uchraydigan kasalliklar va bu holda ayolga uy sharoitida ko'rsatiladigan parvarish muolajalarini o'rganadi. Ayollar salomatligini tiklash, ko'plab kasalliklarning oldini olish, bepushtlik va ularni tekshirish, ayollar ichida sog'lom tuzmush tarzini targ'ib etish tibbiy-ijtimoiy xodimlarning asosiy vazifalaridan biri. Bu vazifalarni ado etish uchun tibbiy-ijtimoiy xodimlar aholi ichida tibbiy madaniyatni yuksaltirish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish, yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot berish bilan birga, ayolning oilada, jamiyatda, farzandlar tarbiyasida o'z o'rnini egallashida, o'zining bilim va madaniyat saviyasini, xususan, tibbiy madaniyat saviyasini oshirishda faol ishtirok etadilar. Mamlakatimizda onalik va bolalikni himoya qilishning qo'lga kiritilgan yutuqlaridan biri barcha ayollarni dispenser ko'rigidan o'tkazishdir. Bu ko'riklar qiz bolalarni yuqori sinf o'quvchilaridan boshlab turmushga chiqqan ayollar, homilador va tug'uruqdan keyin, shuningdek, keksa yoshdagi ayollarni nazorat qilish orqali ayollardagi kasalliklarni erta aniqlab, davolash imkonini beradi.

Tibbiy-ijtimoiy xodim vazifalaridan biri homiladorlik vaqtidagi o'zgarishlar haqida ayolga ma'lumotlar berish, sog'lom tug'uruq uchun kerakli gigiyena va parvarishi haqida, ovqatlanish prinsiplari va kiyinish tartibi haqida oilada suhbatlar o'tkazib, ayol va uning yaqinlarini psixoprofilaktik yo'l bilan tug'uruqqa tayyorlab borishdir. Bu borada respublikamizda mahallalarda «Yosh onalar maktabi», «Oila maktabi» kabi suhbatlar, o'qish va ish joylarida, DPM larida tibbiy-ijtimoiy xodimlar, shifokorlar, mahalla qo'mitasi va xotin-qizlar bilan ishlash qo'mitasi xodimlari bilan birga treninglar, mashg'ulotlar va ko'rgazmali tadbirlar uyushtirilmog'a.

Aholi ichida kam ta'minlangan oilalarni, sanitariya-gigiyenik ahvoli og'ir, ko'p bolali oilalarni, shuningdek, nogiron qizlar yoki ayollar bo'lgan oilalarni aniqlab, ular bilan tushuntirish ishlari olib boriladi. Ijtimoiy ta'minot bo'limi va mahalla qo'mitalari bilan birgalikda, bu muammolar yechimini topishga imkon beriladi.

Oilani rejalashtirish, kasalliklarning oldini olish, bolaning sog'lom tug'ilishi va o'sishida, oilada ruhiy-ta'sirchan muhitning ahamiyati to'g'risida keng tushuntirish ishlarini olib borish ham tibbiy-ijtimoiy xodim vazifalariga kiradi. Ayollarga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodim akusher-ginekolog bilan birga, homilador ayolni va homilani asrash bo'yicha tushuntirish ishlari olib boradi.

1.2. Ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi. Jinsiy hayot haqida tushuncha

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

Tashqi jinsiy a'zolar (*genitalia externa*) qov (*mons pubis*) qorin devorining pastki qismi bo'lib, teriosti kletchatkasiga boy bo'ladigan, voyaga yetgan davrda jun bilan qoplanib, asosan, yuqoriga qarab turadigan uchburchak shakldagi sohadir. Katta jinsiy lablar (*labia pudendae major*) ikkita teri burmasidan hosil bo'lgan, bularda yog' kletchatkasi, yog' va ter bezlari bo'ladi. Oldingi va orqa tomonda ular oldingi va orqa bitishmalar bilan bir-biriga qo'shilgan. Katta jinsiy lablar jinsiy yoriq bilan bir-biridan ajralib turadi. Katta jinsiy lablar pastki uchdan bir qismining bag'rida qin dahlizining katta Bartolin bezlari (*glandula bartolini*) joylashgan, vestibular bezlar deb ataluvchi bu bezlardan ishlanib chiqadigan ishqoriy sekret qinga kirish yo'lini namlab turadi va urug' suyuqligini suyultirib beradi. Bu bezlarning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi o'rtasidagi egatchada ochiladi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudenda minor*) ham ikkita teri burmachalaridan iboratdir, bular shilliq parda ko'rinishida bo'lib, katta jinsiy lablardan ichki tomonda joylashgan. Normada jinsiy yoriq yumilib turadi va qinga infeksiya o'tishi va qurib qolishdan

saqlaydi. Klitor (*clitoris*) jinsiy yoriqning oldingi burchagida joylashgan, qon tomirlari va nerv chigallari juda ko'p bo'lgan ikkita g'orsimon tanachadan tuzilgan. Klitorning boshi, tanasi va oyoqchalari bo'lgani uchun u ko'zga aniq tashlanib turadi. Qin dahlizi (*vestibuli vaginae*) kichik jinsiy lablar bilan cheklangan bo'shliqdir. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, dahliz katta bezlarining chiqarish yo'llari, qinga kirish yo'li shunga ochiladi. Qin dahlizida juda ko'p mayda shingilsimon bezlar va chuqurchalar bor. Qizlik pardasi (*hymen*) tashqi va ichki jinsiy organlarni bir-biridan ajratib turadigan biriktiruvchi to'qimadan iborat yupqa to'siqdir. Bu parda halqasimon, yarimoysimon, tishsimon, kuraksimon shaklda bo'ladi. Qizlarda u qinga kirish teshigini bekitib turadi, har ikki tomonidan yassi epiteliy bilan qoplangan. Birinchi jinsiy aloqa mahalida qizlik pardasi yirtilib, har xil darajada qon ketadi. Bu pardaning qoldiqlari gimenal so'rg'ichlar deb ataladi, tug'uruq mahalida yana yorilganidan keyin qolganlari murtaksimon so'rg'ichlar deb ataladi.

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

Qin devorlari shilliq parda, muskul qatlami va o'rab turuvchi kletchatkadan tashkil topgan. Qinning shilliq pardasi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, pushti rangda bo'ladi va tug'uruq mahalida qinning cho'zilishini ta'minlab beradigan bir talay ko'ndalang burmalardan iborat. Qin bo'shlig'ida reaksiya kislotali bo'lishi qin batsillalari yoki dederleyn tayoqchalari hayot faoliyati davomida hosil bo'ladigan sut kislotaga bog'liqdir. Ular qin shilliq pardasidagi epiteliy hujayralarining glikogenini sut kislotaga qadar parchalaydi. Qinda shilliqosti qavati bo'lmaganligi tufayli, bezlar ham yo'q bo'ladi. U qon hamda limfa tomirlaridan va qisman bachadon bo'ynidan ajralgan suyuqlik hisobiga namlanib turadi. Qin chiqindisida qindan ko'chgan epiteliylar, qiz bolaning yoshiga qarab, gram-musbat batsillalar — dederleyn tayoqchalari (*bacillis vaginalis*)

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

1. Epitelial hujayralar va qin tayoqchalari (dederleyn tayoqchalari), pH 4,0—4,5, nordon reaksiyali.

2. Epitelial hujayralar va dederleyn tayoqchalari, pH 5,0—5,5, nordon reaksiyali, onda-sonda leykotsitlar, kam miqdorda kokklar bo'ladi.

3. Dederleyn tayoqchalari ancha kam, leykotsitlar, epitelial hujayralar, kokklar ko'proq, pH 6,0—6,6 neytral yoki ishqorli reaksiyali.

4. Dederleyn tayoqchalari bo'lmaydi, leykotsitlar, kokklar, gonokokk, trixomonada.

5. Trixomonoz va bakteriyalar ko'p, pH 7,0—8,0, ishqorli reaksiyali.

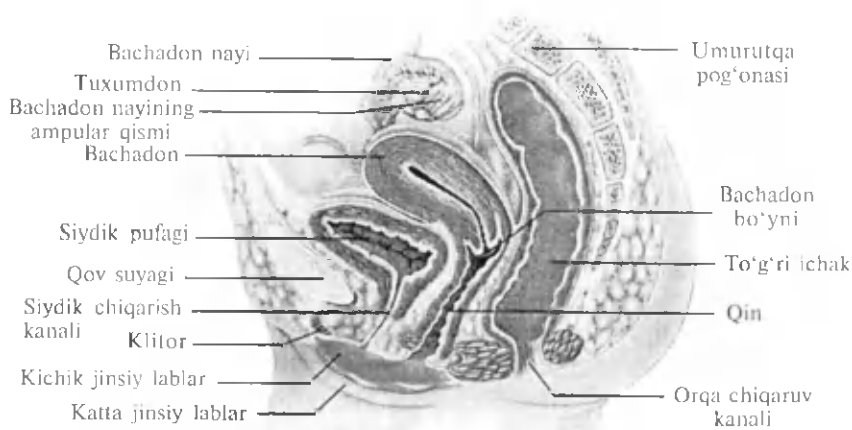
Bachadonning uzunligi 7—9 sm ni tashkil qiladi. Kengligi tubi sohasida 4,5—5 sm ni, devorlarining qalinligi 1—2 sm ni tashkil qiladi. Bachadon massasi 50 g dan 100 g gacha boradi. Bachadon devorlari uch qavatdan tuzilgan. Ichki qavatli silindrsimon, bir qavatli bachadon uterus noksimon ko'rinishda, uchi bo'sh organ. U 3 qismdan iborat: tanasi, tubi, bo'ynidan hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan, bir talay naysimon bezlari bo'ladigan shilliq parda (endometriy)dir. Bachadon shilliq pardasining ikki qavatli: muskulli qavatiga taqalib turadigan bazal qavat va hayz sikli mahalida ritmik o'zgarishlarga uchrab turadigan yuza — funksional qavat tafovut qilinadi. Bazal qavat o'suvchi qavat bo'lib, funksional qavat shundan tiklanib, o'rni to'lib turadi. Bachadon devorining kattagina qismini o'rta muskulli (miometriy) qavat tashkil qiladi. Muskulli qavat silliq muskul tolalaridan tuzilgan bo'lib, uzunasiga ketgan, tashqi va ichki sirkular joylashgan o'rta qavatlardan iborat. Bachadonning tashqi — seroz qavatli (perimetriy) uni qoplab turadigan qorin pardasidan iboratdir.

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

naylari (*tuba uterina, salpinx*) — bachadonning oʻng va chap burchaklaridan boshlanib, yon tarafga chanoqning yon devorlari tomoniga qarab boradi. Ularning uzunligi oʻrtacha 10–12 sm, yoʻgʻonligi 0,5 sm. Bachadon naylarining devorlari uch qavatdan: bir qavatli silindrsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan shilliq pardasi, oʻrta — muskul va tashqi — seroz qavatdan tashkil topgan.

Bachadon naylarining bachadon devori bagʻriga oʻtuvchi interstitsial qismi, hammadan koʻra koʻproq toraygan oʻrta qismi, istmik qismi va voronka holida tugallanadigan keng — ampular qismi tafovut qilinadi.

Tuxumdonlar (*ovarium*) — ayollarning juft jinsiy bezlaridir. Ular bodomsimon shaklda va oqish-pushti rangda boʻladi. Voyaga yetgan ayolda tuxumdon uzunligi oʻrtacha 3,5 sm ni, eni 2–2,5 sm ni, qalinligi 1–1,5 sm ni, massasi 6–8 g ni tashkil qiladi. Tuxumdonlar bachadonning ikkala tomonida, serbar boylamlar orqasida joylashgan boʻlib, bularning orqa varaqlariga birikkan. Tuxumdon murtak epiteliy qavatini bilan qoplangan, buning ostida biriktiruvchi toʻqimadan iborat oqsil pardasi joylashgan boʻladi. Yanada chuqurroqda bir talay birlamchi follikulalar, rivojlanishning har xil bosqichlarida turgan follikulalar, sariq tanalar topiladi. Tuxumdonning ichki qavatini, asosan, biriktiruvchi toʻqimalardan tashkil topgan. Undan bir talay tomirlar va nervlar oʻtadi. Jinsiy jihatdan yetuklik davrida



I-rasm. Ayol chanogʻidagi aʼzolar.

tuxumdonlarda oy sari tuxum hujayralar ritmik ravishda yetilib borib, urug'lanishga yaroqli bo'lib qoladi va qorin bo'shlig'iga chiqib turadi. Tuxumdonlar ichki sekretiya bezlari bo'lib, jinsiy gormonlar ishlab chiqarib turadi. Bachadon naylari, tuxumdonlar va bachadon boylamlari bachadon ortiq-lari — *adnex* deb ataladi.

Ayollar ichki jinsiy a'zolari (sagittal kesimi) jinsiy a'zolarning boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi. Ayollar jinsiy a'zolarining odatdagicha, tipik ravishda joylashishiga quyidagi omillar yordam beradi: jinsiy a'zolarning tonusi, jinsiy a'zolar orasidagi o'zaro munosabat, diafragma, qorin devori va chanoq tubi mushaklarining kelishib ishlashi, bachadonni ko'tarib turadigan, mustahkamlaydigan va ushlab turadigan apparatlari. Bachadonning ko'tarib turadigan apparati boylamlardan iboratdir. Bular qatoriga juft bo'ladigan dumaloq, serbar boylamlar, voronka-chanoq boylamlari va tuxumdonlarning xususiy boylamlari kiradi. Dumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan, bachadon naylarining oldingi tomonidan chiqib, chov kanali orqali o'tadi va qov birlashmasi sohasida birikib, bachadon tubini oldinga tortib turadi (bachadon anteverziyasi). Serbar boylamlar bachadonni kichik chanoqda ma'lum holatda ushlab turadigan asosiy boylamlar bo'lib, qorin pardasining bo'sh qavat varaqlari ko'rinishida bachadon qovurg'alaridan chiqib, chanoqning yon devorlariga boradi. Boylamlar varaqlari orasida bachadon yoni kletchatkasi bor. Serbar boylamlarning davomi bo'lmish voronka-chanoq boylamlari nay voronkasidan chanoq devorlariga boradi. Tuxumdonlarning o'z boylamlari orqa tomonda va bachadon naylarining chiqish joyidan sal pastroqda, bachadon tubidan tuxumdonlarga birikadi. Mustahkamlovchi apparatga dumg'aza-bachadon boylamlari (*lig. Sacrouterinum*), asosiy boylamlar, bachadon-qovuq va qovuq-qov boylamlari kiradi. Dumg'aza-bachadon boylamlari bachadon tanasining bo'yniga o'tish sohasida orqa yuzasidan boshlanib, ikkala tomondan to'g'ri ichakni o'rab o'tadi va dumg'azaning oldingi yuzasiga birikadi. Bu boylamlar bachadon bo'ynini orqaga tortib turadi. Asosiy boylamlar bachadonning pastki bo'limidan chanoqning yon devorlariga qarab boradi. Bachadon-qovuq boylamlari ham bachadonning pastki bo'limidan boshlanib, oldingi tomonga, qovuqqa qarab boradi va so'ngra qovuq-qov boylamlari tarzida simfizga qadar davom etadi.

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

Qiz bola birinchi marta hayz ko'rganda uning organizmida bir qator o'zgarishlar sodir bo'ladi. Tana shakli birmuncha o'zgaradi, ayollarga xos ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'ladi, ko'krak bezlari kattalashadi, qov ustida junlar paydo bo'ladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar to'liq yetiladi.

Hayz sikli hayz ko'rishning birinchi kunidan to kelgusi hayzning birinchi kunigacha hisob qilinadi. Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan kam ayollarda 21 yoki 30—32 kunlik sikl kuzatiladi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizmida turli o'zgarishlar kechadi. Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi. Hozirgi tushunchalarga asosan, hayz sikli 5 ta bosqichda o'tadi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar; 5) periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin).

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

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

Ikkinchi bosqich — gipotalamus, oraliq miyaning bo'limi bo'lib, bir qator o'tkazuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli bosh miyaning turli bo'limlari bilan bog'liq bo'ladi. Shunga ko'ra u markaziy nerv tizimi hayz siklini boshqarishida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus

organizmga atrof-muhitdan uzatiladigan impulslarning bir-biri bilan muloqot qilishini ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda, u ichki sekretiya bezlarining faoliyatida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda stimullovchi (liberin) va bog'lovchi (statin) gormonlar ishlab chiqariladi. Shular qatorida folliberin va luliberin gipofizga ta'sir qiladigan gonadotropin ryalizing gormon (*gnrg*), luteinlovchi ryalizing gormon (*lgrg*) ishlab chiqariladi.

Gipofiz gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan bir-biri bilan murakkab ravishda bog'liqdir va uchinchi bosqichni tashkil qiladi. Gipofiz oldingi bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekretiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning oldingi bo'lagi adenogipofiz, orqa bo'lagi esa neyrogipofiz deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormonlar ishlab chiqiladi: follikulaning yetilishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (*fsg*), sariq tana taraqqiyotini ta'minlaydigan luteinlovchi gormon (*lg*), luteinotrop gormon (*ltg*), somatotrop (*stg*), tireotrop (*ttg*) va adrenokortikotrop (*aktg*) gormonlar.

Hayz siklini boshqarishning to'rtinchi bosqichiga periferik endokrin a'zolar faoliyati kiradi (tuxumdon, buyrakusti bezi va qalqonsimon bez). Tuxumdon jinsiy bez bo'lib, ikkita asosiy vazifani bajaradi. Bular: 1) follikulalarning siklik ravishda taraqqiyoti, ovulatsiyasi, yetilgan tuxum hujayrasining ajralishi; 2) tuxumdon ikki xil jinsiy gormon: estrogen va progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, qisman erkaklar gormoni — androgenlar ham ishlab chiqaradi.

Tuxumdonda dastlab follikula yetila boradi. Bu jarayon *fsg* va *lg* gormonlari hamda oksitotsinning reflektor ta'siri va follikula devoriga proteolitik fermentlarning ta'sirida follikula qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni yetilgan tuxum hujayra qorin bo'shlig'iga chiqadi. Hayz sikli, demak, birlamchi follikula 3 ta: regeneratsiya, yetilish va ovulatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulaning eng yetilgan, yorilishga tayyorlangan holatini graaf pufakchalari deb ataladi, ular yorilib — ovulatsiya ro'y beradi. Ovulatsiyadan keyin yorilgan follikula o'rnida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi. Sariq tananing shakllanishi va taraqqiy etish jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi, natijada sariq tana vujudga keladi. Sariq tana quyidagi boqichlarni bosib o'tadi: 1-bosqich — proliferatsiya, 2-bosqich — qon tomirlar

bilan ta'minlanish bosqichi, 3-bosqich — gullash bosqichi, 4-bosqich — sariq tananing so'nish bosqichi.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasidagi o'zgarishlar. Bachadon shilliq pardasi (endometriy) 2 qavatdan: bazal va funksional qavatlardan iborat. Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3—4 kun davom etadi. Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin halok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagositoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga regeneratsiya boshlanadi, hayz qoni to'xtab bachadon shilliq pardasida qayta qurish (bitish), ya'ni regeneratsiya jarayoni boshlanadi, shu bilan sikl boshlanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez fursatda o'sa boradi, bunda 4—5 kunda uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki ichida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burma shaklini oladi, ammo bez epiteliysi yetarli darajada kattalashib uzun tortishiga qaramasdan, sekret ajratmaydi, shunga ko'ra bez bo'shliqlarida hali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bu xildagi o'zgarishlarni proliferatsiya bosqichi deyiladi. 13—15 kunlarda bu fazaning yetilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekretsia ajralishining dastlabki belgilari kuzatiladi. Bu faza endometriyda sekret ajratish bosqichi deyiladi. 16-kundan boshlab, bez epiteliysi yadrosida bo'linish jarayoni to'xtaydi. Hujayralar bo'yiga uzunlashadi, ancha yiriklashadi, suyuqlik (sekret) bilan to'lishadi. Parmaga o'xshagan bezlar yana ko'proq egri-bugri bo'lib qoladi. 19—20 kunlarda silindrsimon epiteliy uzunlashib arrasimon shaklga kiradi, bez bo'shlig'i tomonga ko'proq o'sadi. Shilliq qavat qalinlashgan, xuddi homiladorlikdagi detsidual hujayralarga o'xshab ketadi. Shilliq qavatdagi hujayralar shishib kattalashadi. Bunda shilliq to'qimasi 3 qavatga: kompakt, spongioz va bazal qismlarga bo'linadi.

Bachadondagi hayz sikli tuxumdonning funksional holatiga bog'liq. Agar biror sababga ko'ra tuxumdon olib tashlansa yoki rentgen nuri bilan tuxumdon funksiyasiga ta'sir qilingan bo'lsa,

ayol hayz ko'rmaydi. Hayz siklining 1-yarmida ovulatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuladan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi. Bu gormon follikulaning ichki qavatidan ajraladi. Ovulatsiyadan so'ng sariq tana gormoni (progesteron) bachadon shilliq pardasida sekretor suyuqlik chiqishiga imkon beradi va bachadon shilliq pardasini homiladorlikka tayyorlaydi. Bunda faqat sekretsiyaga ta'sir qilibgina qolmasdan, balki yuzada joylashgan bezlarda glikogen ajralishiga ham imkon beradi.

Hayz siklida tuxumdon gormonlari konsentratsiya miqdorining grafik ko'rinishi. Ko'p mualliflarning fikricha, ovulatsiyadan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan tashqari, oz miqdorda estrogen gormonlar ham mavjud. Ko'p miqdordagi progesteron bachadon shilliq qavatining bo'rtib qalinlashishiga sabab bo'ladi. Shuni aytish kerakki, tuxumdondan ajraladigan follikulin gormoni bachadonni qisqartiradi, progesteron esa qisqarishni to'xtatadi, natijada bachadon shilliq qavatida joylashgan spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayrasiga qulay sharoit yaratiladi. Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi, esterogenlar miqdori oshadi. Bachadonning qisqarishi bachadondan hayz qonining ajralib chiqishini ta'minlaydi. Ba'zi ayollarda hayz sikli ovulatsiyasiz kechadi. Buni ovulatsiyasiz sikl deyiladi. Ovulatsiyani aniqlashda turli ginekologik tekshirishlardan tashqari, bachadon shilliq qavati qirib olinganda unda sekretsiya chiqarish fazasi bo'lmay, faqat proliferatsiya fazasi ko'rinosa, bu holat ovulatsiya bo'lmaganiga dalil bo'la oladi. Bunday holatda ayollar homilador bo'la olmaydilar. Bundan tashqari, bir qator ginekologik tekshirishlar (to'g'ri ichak harorati, bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'ynidan ajralgan shilliqning cho'ziluvchanligi, kristallga aylanishi va boshqalar) yordamida ham tuxumdon faoliyati aniqlanadi.

Jinsiy hayot

Jinsiy hayot murakkab jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jarayonlar kompleksi. Jinsiy hayot urug'-avlodni davom ettirib borish uchungina xizmat qilib qolmasdan, balki erkak bilan ayol o'rtasidagi ma'naviy yaqinlikni ham ifoda etadi. Jamiyat taraqqiy etib borishi bilan jinsiy hayot ham murakkab tusga kirib,

individuallashib borgan. Jinsiy hayotdagi ruhiy va jismoniy tomonning nisbati, shuningdek, seksuallikning har xil shakliga munosabat turli jamiyatda turlicha bo'lib, har bir jamiyatning o'z jinsiy axloq normalari bor. Seksuallikka tegishli narsalar inson turmushida katta ahamiyatga ega, lekin ortiq darajada seksual bo'lish, seksuallikni inson hayotini belgilab beradigan asosiy omil deb jar solish (shuningdek, bu to'g'risida indamaslik ham) zararlidir. Har bir kishining jinsiy hayot xususiyatlari ko'pgina omillarga — irsiyati (tug'ma), gormonlari, asablariga aloqador omillarga, shuningdek, shaxsning individual xususiyatlariga bog'liq.

Odamning yoshi, jinsi, shaxsiy xususiyatlari va boshqa omillarga qarab jinsiy hayot har xil bo'ladi. Shunday qilib, bir kishi uchun jinsiy hayot normal bo'lib hisoblansa, boshqa odam uchun normaga hech to'g'ri kelmaydigan, odatdan tashqari narsadek bo'lib ko'rinishi mumkin. Ko'pgina odamlar jinsiy hayot normalari to'g'risida noto'g'ri xayolda bo'lishadi, bu shunga olib keladiki, ba'zi odamlar, garchi tупpa-tuzuk bo'lsa ham, menda seksual o'zgarishlar bor deb o'ylab yurishadi. Jinsiy hayot balog'at yoshiga qarab boshlanadi. Jinsiy hayotning jadalligi, ya'ni jinsiy aloqalarning nechog'liq tez-tez bo'lib turishi odamning tug'ma xususiyatlari, yoshi, salomatligi, shuningdek, ijtimoiy omillarga (olgan tarbiyasi, turmush sharoitlari va boshqalarga) bog'liq.

Seksuallikning asosiy tomonlari libido, ereksiya, ejakulatsiya va orgazmdir. Libido yoki jinsiy mayl, odam o'zini tiyib turishi va boshqa bir qancha sharoitlar, asosan, atrofdagi vaziyatga qarab har xil bo'ladi; u jinsiy bezlarning ishlashiga bog'liq. Erkak seksualligining eng tipik ko'rinishi ereksiya va ejakulatsiyadir. Ereksiya reflektor akt bo'lib, buning natijasida jinsiy olat kattalashib, tarang tortadi, shunda jinsiy aloqa qilish mumkin bo'ladi. Jinsiy aloqadan keyin yoki bunday aloqaga qulaylik tug'dirmaydigan sharoitlarda ereksiya barham topadi. Bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha cho'zilishi mumkin bo'lgan jinsiy aloqa vaqtida jinsiy olatning bevosita ta'sirlanishi natijasida jinsiy qo'zg'alish kuchayib borib, odatda, shahvat to'kilishi, ya'ni ejakulatsiyaga olib keladi; ejakulatsiya ham, xuddi ereksiya singari, reflektor, lekin ancha murakkab aktdir. Shahvat to'kilishiga bir necha soniya qolganida kishiga juda xush yoqib kelayotganligi, ya'ni orgazm boshlanayotganligi seziladi. Ejakulatsiya ham xuddi ereksiya singari, jinsiy aloqadan tashqari vaqtlarda bo'lib turishi

mumkin, orgazmdan keyin jinsiy qo'zg'alish bosilib, erkak bir qancha vaqtgacha jinsiy ta'sirotlarga befarq bo'lib qoladi. Ana shu paytda ereksiya kuzatilmaydi, ya'ni takror jinsiy aloqa qilish mumkin bo'lmaydi. Jinsiy qo'zg'aluvchanlik oradan ma'lum vaqt o'tganidan keyin yana paydo bo'ladi, uning qancha vaqtdan keyin ro'y berishi kishining individual xususiyatlari, yoshi va ko'pincha vaziyatga bog'liqdir.

Bemalol jinsiy aloqa qilib turish imkoni bo'lganida (masalan, er-xotin orasida) jinsiy hayot ma'lum bir tartibga tushib, maromga kiradi. Ayol seksualligining xususiyatlari erkak tomonidan ayolni jinsiy aloqaga tayyorlash, shaylashni ko'zda tutadi, ana shunda ayol jinsiy jihatdan ancha ko'p qanoat topadi. Shuning uchun oldin ayolni erkalash, uning ko'ngliga qarash katta ahamiyatga ega. Erogen zonalar deb ataladigan qismlar, ya'ni badanning ta'sirlanganida jinsiy his uyg'onadigan joylari katta rol o'ynaydi. Ayolda tananing har qanday qismi erogen zona bo'lishi mumkin, shu bilan birga, ba'zi ayollarda tananing biror qismini ta'sirlantirish jinsiy hisni uyg'otsa, boshqalarida bu narsa hatto ko'ngliga yoqmasligi mumkin. Ayolni erkalatish vaqtida sezgi organlari ishtirok etishi muhim. Erkaklarda bu vaqtda ko'ruv organi birinchi o'rinda tursa, ayollarda eshituv ta'sirotlari birinchi bo'ladi. Er-xotinlikda murosaning to'g'ri kelmasligi ko'pincha katta mojarolar bo'lib turishiga olib keladiki, bu — jinsiy sferaga yomon ta'sir qilib, er bilan xotin o'rtasida ko'ngil sovuqligiga sabab bo'ladi. Talaygina seksopatolog mutaxassislar fikriga qaraganda, kishining jinsiy mijozida uchraydigan kamchiliklar ko'pincha jinsiy organlar kasalliklariga bog'liq bo'lmay, balki er bilan xotin o'rtasidagi murosaning to'g'ri kelmasligi, ularning bir-biriga mos emasligiga bog'liq bo'ladi.

Jinsiy hayotdan ko'ngil to'ladigan bo'lishida er-xotinning birgalikdagi turmushda orttirgan tajribasi ham muhim, ana shunday tajriba yo'qligi avvaliga og'ir kechinmalarni ko'ngilga solib turishi mumkin. Jinsiy hayot erkak bilan ayolga huzur beradigan manba bo'lishi kerak. Lekin u bir qadar ko'nikma bo'lishini, odamlarning bir-birini tushunadigan, sezgir va hatto, juftining tinchini o'ylab o'z oromidan kecha oladigan bo'lishini talab qiladi.

Ayol seksualligining xususiyatlari shundan iboratki, u erkalash, mehribonlik ko'rsatilishini yoqtiradi, unda erkakdan farq qilib, jinsiy mayl vaqt-vaqti bilan o'zgarib turadi (yo hayz oldidan yoki

hayzdan keyingi dastlabki kunlarda kuchayadi). Ayolda orgazm jinsiy aloqaning qanday sharoitda o'tishiga, ayol kayfiyatiga, uni oldin qancha va qanday erkalatilishiga bog'liq. Ko'pchilik ayollarda birinchi orgazm bir qadar uzoq vaqt jinsiy aloqada bo'lib yurganidan keyin, ko'pincha tug'ganidan keyin paydo bo'ladi. Ba'zi ayollar har qanday sharoitda ham jinsiy aloqadan keyin hech qachon orgazm sezmaydi, shu bilan birga, bir safargi jinsiy aloqaning o'zida bir necha marta orgazm sezadigan ayollar ham bo'ladi. Lekin ayol orgazmni sezmaydigan bo'lsa ham, o'z ko'ngliga yoqqan, o'zi sevgan kishisi bilan yaqinlik qilishdan huzur-halovat topishi mumkin.

Ayol bo'yida bo'lib qolganida jinsiy aloqani davom ettirib borsa bo'ladimi, degan masala muhim. Mutaxassislar bo'yida bo'lganda jinsiy yaqinlikdan butunlay o'zni tiyib yurish shart emas, lekin aloqa vaqtida, shubhasiz, bir qadar ehtiyot bo'lish kerak, deb hisoblaydilar. Homiladorlikning dastlabki va oxirgi 2—3 oyi davomida, shuningdek, ko'z yoriganidan keyin dastlabki 2 oy ichida jinsiy aloqadan batamom o'zni tiyib turish kerak. Bu erkak kishiga agar u jinsiy jihatdan hamisha juda aktiv bo'lib kelgan bo'lsa ham, hech bir ziyon-zahmat bermaydi. Shuning uchun er yuqorida aytilgan davrda jinsiy aloqa qilib bo'lmasligini tushunib, so'zsiz shunga rioya qilishi kerak. Lekin ayolda homiladorlik davrida ham jinsiy mayl qo'zib turadigan bo'lsa, uni qaytarish maqsadida ishga zo'r berish tavsiya etiladi. Qanday bo'lmasin biror ishga berilib ketish, odatda, kishining diqqatini hirs qo'zishidan chetga tortadi.

Jinsiy aloqaga birinchi marta kirishayotgan yosh qizda seksuallik ko'pincha «mudroq holda» bo'lganidan juftining har qanday istaklariga bajon-u dil ko'naveradi deb qarash yaramaydi. Birinchi yaqinlik unga ba'zan hech qanday qanoat bermay, aksincha, ko'nglini xira qilishi ham mumkin. Shularni hisobga olib, kuyov, birinchi kechani o'zida yaqinlik qilishni talab etmasligi, u o'z xotini maylini ham o'ylab ko'rishi, uning ko'nglidagi vahimasi yozilib, yangi sharoitga o'rganib olishi uchun imkon berishi kerak; jinsiy aloqa er-xotinning ikkalasining roziligi bilan qilinadigan va ko'ngil o'rniga tushadigan sharoitda o'tadigan bo'lsa, ana shunda u erga ham, xotinga ham huzur beradi.

Jinsiy hayotni soddalashtirib, vaqt-vaqtida shunchaki takrorlanib turadigan jinsiy aloqadan iborat qilib qo'yish va shuning natijasida er-xotin o'rtasidagi munosabatlarning zerikarli va bir

qolipda bo'lib qolishi kishini ba'zan yangi his-ehtiroslarni qidirishga majbur etib, er-xotinlikka xiyonat qilish yo'liga boshlaydi. Xiyonat qilib, nikohdan tashqari jinsiy aloqada bo'lish ma'naviy zarardan tashqari, tanosil kasalliklarini yuqtirib olish xavfini ham tug'diradi, natijada oilaviy hayot halokat yoqasiga kelib qoladi.

Ichkilikbozlik ham jinsiy hayotga halokatli ta'sir ko'rsatadi, ichkilik jinsiy bezlarga zahar bo'lib ta'sir qiladi. Ichkilikka ruju qilgan odamlarning uchdan bir qismi jinsiy funksiyasi susayib qolganligidan noliydi, ayollarda esa hayz ko'rib turish vaqtidan ilgari barham topib ketadi, ayolning zurriyot berish qobiliyati pasayadi, homiladorlik va tug'uruq vaqtida ko'p asoratlar ro'y beradi. Ichkilik ichib, mast bo'lib olgan odam hech narsadan uyalmaydi, o'z xatti-harakatlari noo'rin ekanligini sezmaydi ham, aksari shunday holatda tasodifan jinsiy aloqa qilib, bemavrid bo'yida bo'lib qolishi yoki tanosil kasalliklarini yuqtirib olishi mumkin.

Ichkilikdan tap tortmaydigan odamlar orasida ichkilik kishini «baquvvat qiladi» degan fikr bor. Bu mutlaqo noto'g'ri. Mun-tazam ichkilik ichib yurish erkaklar mizojini susaytirib yuboradi. Mastlik vaqtida bunyodga kelgan bolalarning, odatda, jismoniy va ruhiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishini va aqliy zaiflik hamda boshqa har xil rivojlanish nuqsonlari, ularda ko'proq uchrashini unutmash kerak. Chekish ham erkaklar mizojiga zinhor yoqmasligini, nikotin mizojni susaytirib yuborishdan tashqari, moyak to'qimasiga halokatli ta'sir etishini bilib qo'yish zarur.

Jinsiy funksiyaning yoshga bog'liqligi. Kishi umrining turli davrlarida jinsiy funksiya turlicha bo'ladi. Balog'at davrida jinsiy mayl (libido) uyg'onib, o'g'il bolalarda ihtilom bo'lib tursa, qiz bolalarda hayz boshlanadi. Keyingi davr (20—26 yasharli payt) odatda, nikoh bilan tugaydi. Jinsiy hayotni barvaqt boshlash jinsiy organlar kuchining qir qilishiga, jinsiy aktivlikning susayib ketishiga olib keladi. Yetuk seksuallik davri deb hisoblanadigan 27—50 yasharli payt jinsiy aktivlikning yetarlicha tekis bo'lishi bilan xarakterlanadi. Keyingi davrda jinsiy aktivlik asta-sekin pasayib, jinsiy hayot sekin-sekin so'nib boradi.

Jinsiy hayot gigiyenasi. Jinsiy funksiya aslida instinktga, shartsiz reflekslarga asoslangan bo'lsa ham, har qalay juda nozik funksiya, chunki insonda u nerv tizimi oliy bo'limlarining faol

ishtirokida yuzaga chiqadi va kishining his-tuyg'ulari, kechinmalariga bog'liq bo'ladi. Bu funktsiya garchi hayot uchun muhim funktsiyalar jumlasiga kirmasa-da, uning biror tarzda buzilishi dili xiralik, mudom asabiylashib yurish, oilaviy janjallar, hatto oilaning buzilib ketishiga olib keladi; shuning uchun jinsiy hayotning totuvlik, osoyishtalik bilan o'tishini ta'minlash ijtimoiy jihatdan ham ahamiyatga ega. Bunda jinsiy hayot gigiyenasining roli katta. Umumiy gigiyena qoidalari jinsiy sfera uchun ham birdek taalluqli.

Jinsiy hayotda odamga falon narsa norma bo'ladi, deb aniq belgilab berib bo'lmasa-da, kishi o'ziga mos keladigan ba'zi me'yorga amal qilib borishi kerak. Ana shunday «normadagi» jinsiy hayot mezonlaridan biri — kishi o'zini yaxshi, tetik, bardam sezadigan, qanoatlanganligini his qiladigan bo'lishidir. Lekin jinsiy talabni qondirishda ikki kishi ishtirok etgani uchun yaqinlik shu ikkala odamga ham to'la qanoat beradigan bo'lishiga harakat qilish zarur. Kishining yoshi qaytib qolgan chog'ida jinsiy aktivligining asta-sekin pasayib borishi tamomila fiziologik hodisadir. Lekin bu turli kishilarda turlicha muddatlarda boshlanadi. Yoshi qaytgan chog'ida jinsiy aktivlikni sun'iy yo'llar bilan kuchaytirish sog'liq uchun zararli. Badanni toza tutish to'g'risidagi umumiy gigiyena qoidalari tashqi jinsiy organlarga ham tegishli. Jinsiy organlarning normal ishlab turishi boshqa ichki organlarning, ayniqsa, ichak va qovuqning normal holatda bo'lishiga ham bog'liq. Jinsiy a'zolari, ayniqsa, ayollar jinsiy a'zolarini sovqotishdan saqlash ham muhim. To'g'ri kun tartibiga amal qilish, maromida ovqatlanish, fizikultura va sport bilan shug'ullanish jinsiy hayotning normal o'tishiga yordam beradi. Jinsiy hayotning yomon oqibatlariga olib keladigan norasoliklari, shubhasiz, tegishli davo choralari ko'rishni talab qiladi. Ba'zan, jinsiy hayotni odatdagidek yo'lga solish uchun mutaxassisdan bir marta maslahat olish kifoya. Jinsiy tomondan o'zgarishlar bo'lganda mutaxassisga murojaat qilish muhim, chunki ko'pgina o'zgarishlar og'irlashib, surunkali tus olib ketishga moyil bo'ladi. Afsuski, biror o'zgarish bo'lganida odamlar o'rinsiz or qilib, shifokorga borishdan uyalishadi va o'zlarining tanish-bilishlaridan maslahat olishni afzal ko'rishadi, bunday tanishlar jinsiy masalada hammaga ham qo'l kelaveradigan yo'l-yo'riqlar bo'lishi mumkinligini xayollariga ham keltirmay, o'z «tajribalari» bilan o'rtoqlashishadi va vaqtini o'tkazib yuborishadi.

Jinsiy mayl, libido — insondagi jinsiy instinktlarning ko‘rinishi, nasldan naslga o‘tib keladigan tug‘ma mexanizmlar in‘ikosi, jinsiy ehtiyoj, rag‘bat. Jinsiy mayl hayot uchun muhim bo‘lgan boshqa ehtiyojlar (masalan, ovqatlanish ehtiyoji)dan farq qilib, bola tug‘ilishi bilanoq paydo bo‘lmaydi, balki balog‘atga yetish davrida shakllanadi va keyinchalik jinsiy funksiyalar so‘nishi bilan asta-sekin yo‘qolib ketadi. Insonda jinsiy maylga asos bo‘ladigan instinktlar tobe rolini o‘ynaydi, chunki faqat insonga xos bo‘lgan oliy nerv faoliyati ularni nazorat qilib boradi. Hayvonlarda jinsiy instinkt deyarli butunlay biologik maqsadga, ya‘ni biologik turni saqlab qolishga qaratilgan bo‘lsa, odamda jinsiy mayl o‘zining biologik xarakterini ancha yo‘qotib, boshqacha tusga kirgan, ya‘ni lazzat olishga aloqador bo‘lib qolgan.

Jinsiy maylni qondirish jarayoni hamisha ma‘lum bir maqsadga qaratilgan, ongli ravishda bajariladigan faoliyat tariqasida o‘tadi. Odam biologik turni saqlab qolishni ko‘zlamagani holda shahvoniy nafsini qondirishi mumkin. Insonda jinsiy mayl kishining ongi, irodasiga itoat etadi. Jinsiy mayl endokrin bezlar tizimi (gipofiz, moyak — erkaklarda, tuxumdon — ayollarda, buyrakusti bezlari, qalqonsimon bez) va bosh miyadagi bir qancha tuzilmalar, masalan, ko‘ruv do‘mboqlarining funksiyasiga, shuningdek, bosh miyada shakllanib boradigan kompleks shartli reflekslarga aloqadordir.

Jinsiy mayl shakllanib borayotgan davrda, ya‘ni balog‘atga yetish davrida ota-onalar va pedagoglar jinsiy maylning vaqtidan ilgari uyg‘onmasligiga harakat qilishlari kerak, chunki jinsiy mayl kuchayishi bilan xuddi shu davrda shartli reflektor komplekslar bosh miyada shakllanib boradi va jinsiy maylni ma‘lum bir yo‘nalishga soladigan bo‘lib, bir umrga saqlanib qoladi. Mana shu shartli reflektor komplekslar jinsiy sfera muayyan darajada yetilib olganidan keyingina shakllanishi mumkin. Qanday bo‘lmasin, biror o‘zgarish tufayli jinsiy sfera yetilmay qoladigan bo‘lsa, u holda stimullovchi tashqi omillardan hech biri jinsiy maylni qo‘zg‘ata olmaydi. Ikkinchi tomondan, o‘smirda jinsiy mayl uyg‘onadigan payt ta‘lim-tarbiya, ommaviy axborot vositalari va boshqa muhit sharoitlariga qarab, har xil yoshga to‘g‘ri kelishi mumkin.

Odam balog‘atga yetgan davrda jinsiy mayl sezilarli bo‘lsa, buni shartli individual norma deb hisoblash mumkin, ayni vaqtda

o'smirlar giperseksualligi deb ataladigan davrda jinsiy mayl kuchayadi, yosh qaytganidan keyin esa susayadi. Erkaklarda jinsiy maylning o'zgarishi jinsiy aktivlikning hamma ko'rinishlariga — ereksiya, eyakulatsiya va orgazmga ta'sir etadi. Ayollarda jinsiy maylning bir qadar davriy bo'lishi, ya'ni ba'zida kuchayib, ba'zida susayib turishi hayz sikli bilan bog'langandir. Yosh qaytgan sayin jinsiy maylning so'nib borishi organizmda ro'y beradigan bir qancha o'zgarishlar bilan birga davom etadi, bu narsa ayollarda ko'proq seziladi (klimakterik davr).

Jinsiy ehtiyojlarni yuksak ma'naviy darajaga moslab boshqarib borish shaxsni axloq-odoblilik qilib shakllantirishning eng muhim vazifalaridan biridir. Onanizm (masturbatsiya) — erogen sohalar (aksari jinsiy organlar)ni orgazm (xush yoqish) hosil qilish maqsadida sun'iy ta'sirlantirish. Onanizm odamlarda kuzatilibgina qolmay, balki hayvonot olamida ham ancha keng tarqalgan. Onanizmning sog'liqqa ta'siri to'g'risida juda qarama-qarshi fikrlar mavjud. Ko'pchilik olimlar onanizm turli xil jinsiy buzilishlarga sabab bo'ladi, deb hisoblaydilar. Boshqalar esa onanizmning sog'liqqa hech qanday zararli ta'siri yo'qlig'ini aytadilar. Ko'pgina taniqli seksopatologlarning fikricha, asosan, pubertat, ya'ni balog'atga yetish davrida paydo bo'ladigan va jinsiy hayot boshlanishi bilan barham topadigan onanizm avvalo biosotsial disgarmoniya bilan bog'liq. Bunda jinsiy uyg'onish davri boshlanishiga qaramay, shaxsning sotsial jihatdan yetilish davri yuzaga kelmagan bo'ladi. Bu disgarmoniya akseleratsiya tufayli chuqurlashadi.

Balog'atga yetish davrida vujudga keladigan onanizm tipi bilan bir qatorda masturbatsiyaning quyidagi boshqa variantlari ham bo'ladi: bolalik davrida, jinsiy mayl paydo bo'lishiga qadar kuzatiladigan barvaqt yoki balog'atga yetish davrigacha bo'lgan masturbatsiya, odatda, jinsiy hayot boshlangandan keyin paydo bo'ladigan yordamchi masturbatsiya (ayollarda aksari nomuntazam jinsiy turmush yoki seksual jihatdan qoniqmaslikdan yuzaga keladi); bolalarda yoki o'smirlarda onanizm bilan shug'ullanadigan tengqurlariga taqlid qilish sababli paydo bo'ladigan masturbatsiya. Masturbatsiyaning eng tarqalgan tiplari — jinsiy yetilish davridagi onanizm va barvaqt (balog'atga yetish davrigacha bo'lgan) masturbatsiya.

Balog'atga yetish davrigacha bo'lgan bolalarda onanizm zararli odat sifatida jinsiy organlarning tor-tanqis kiyimlardan ta'sir-

lanishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Bola bunda his qilindigan yoqimli sezgilarni keyinchalik jinsiy organlarini ataylab ta'sirlantirish yo'li bilan takrorlashga harakat qiladi. Aksari otanonalar boladagi erogen sohalar (chov sohasi, qorinning pastki qismi, dumbasi, jinsiy organlari)ni qitiqlab yoki o'pib, bolaga shunday shahvoniy sezgilarni birinchi bo'lib o'zlari in'om etadilar. Balog'atga yetish davrida o'smir onanizmdan keyin, odatda, o'z irodasining bo'shligidan xafa bo'lib, afsuslanadi. Aksari u, bu odatni tark etishga urinadi, bu ishidan uyaladi, vijdon azobidan qiynalib yuradi, tund, odamovi bo'lib qoladi. Bolalarda bu yomon odatning oldini olish zarurligi va mumkinligi shubhasizdir. Onanizmga qarshi mohirlik, tadbirkorlik va xushmuomalalik bilan kurashish, har bir o'smirning ko'ngliga yo'l topa bilish, samimiy suhbatlashish, maslahat berish va avvalo, to'g'ri jismoniy va gigiyenik tarbiya berish lozim. Bola yoki o'smirning izzat-nafsigaga tegish, do'q-po'pisa qilish, uni qo'rqitish, jismoniy jazolash, odatda naf berishi u yoqda tursin, hatto zararli ta'sir ko'rsatadi.

Onanizمنىning oldini olish uchun bola o'rnida yotganida qo'llarini ko'rpaning ustiga qo'yib yotishi, kiyimlari tor bo'lmasligi kerak, ich kiyimlarini haftasiga 2—3 marta, yaxshisi har kuni alishtirishi lozim. Bola g'oyatda serharakat bo'lishi, kollektivga aralashishi, organizmini chiniqtirishi va sport bilan shug'ullanishi kerak. Bolalarda onanizمنىning oldini olishda gijjalarni yo'qotish ham muhim o'rin tutadi. Bolaning ovqatida o'tkir va ziravorli taomlar, achchiq choy va kofe bo'lmasligi, u uxlash oldidan keragidan ortiqcha ovqat yemasligi kerak. Onanizm bilan shug'ullanadigan o'smirlar hissiyotni qo'zg'atadigan filmlarni tomosha qilmasliklari va bunday kitoblarni o'qimasliklari kerak. Qiz bolalar voyaga yetish davrida alohida diqqat-e'tiborni va to'g'ri gigiyenik tarbiyani talab qiladilar. Xususan, ular ko'krakni pastdan ko'tarib turadigan va ko'krak qafasini siqmaydigan, bichimi qulay siynaband taqishlari va qad-qomatlariga mos kiyimlar kiyishlari kerak.

Jinsiy maylni tiyish. Jinsiy hayot davrida jinsiy faollik, avvalo, odamning o'z xususiyatlari (yoshi, jinsiy mayli va boshqalar)ga qarab har xil darajada bo'ladi. Har bir kishining yetuklik davrida uning o'z jinsiy faollik maromi yoki darajasi qaror topadi. Kishi jinsiy aloqa qilib, qanoat topganidan keyin, odatda jinsiy mayl asta-sekin kuchayib boradi va keyingi aloqadan so'ng yana bosilib

qoladi. Jinsiy faollikning odat bo‘lib qolgan maromi buzilganda (masalan, kishi doim o‘zi bilan birga bo‘ladigan odamidanda judo bo‘lganida) jinsiy maylni majburan tiyib turish orqasida ko‘ngilga har xil darajada ta‘sir qiladigan turli o‘zgarishlar paydo bo‘lishi mumkin, ularning qanchalik sezilarli bo‘lishi kishining yoshi, mizoji, jinsiy maylining darajasi va boshqalarga bog‘liq.

Jinsiy maylni majburan tiyib turish, odatda, nevrozsimon o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladi; kishining tajang bo‘lib, uyqusi buzilishi, jinsiy mavzudagi gap-so‘zlarga ko‘proq e‘tibor berishi va boshqalar shular jumlasidandir. Jinsiy maylni tiyishning to‘la ifodalangan ko‘rinishlari, asosan, balog‘atga yetish davrida o‘smirlarda kuzatiladi. Odanning yetuklik davrida, ayniqsa, yoshi qaytib qolgan paytlarida jinsiy maylni tiyishdan kelib chiqadigan o‘zgarishlar kamroq bilinadi. Odatda, jinsiy faollik yetarli darajaga yetib, ma‘lum bir maromga tushganidan keyin (asosan, nikohdan keyin) jinsiy hayot normallashib qoladi. Nikohda jinsiy hayotning bir maromga tushib, odat bo‘lib qolgan ritmga kirishi, odatda, jinsiy maylni uzoq tiyib turishga hojat qoldirmaydi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Tashqi va ichki jinsiy a‘zolar qanday tuzilgan?
2. Hayz sikli qanday bosqichlarda kechadi?
3. Hayz siklida tuxumdon siklini tushuntirib bering.
4. Hayz siklida bachadon siklini tushuntirib bering.
5. Jinsiy hayot xususiyatlari.
6. Erkaklarda jinsiy mayl xususiyatlari.
7. Ayollar seksualligining xususiyatlari.
8. Jinsiy sustlikning oqibatlari.

2-bob. AYOL HAYOTINING DAVRLARI

2.1. Reproduktiv davr va unda tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi xususiyatlari

Ayol hayoti ruhiy va jismoniy o'zgarishlarga qarab bir necha davrlarga bo'linadi: ona qornidagi davr, yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri, bolalik davri, jinsiy yetilish davri. Jinsiy yetilish uchta davrni o'z ichiga oladi: jinsiy yetuklik davri, klimakterik davr, menopauzadan keyingi davr.

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

Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri 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. Bu belgilar chaqaloq hayotining 5—10-kunida namoyon bo'lib, keyinchalik o'tib ketadi.

Bolalik davri tug'ilishining birinchi oyidan boshlab 8 yoshgacha davom etadi. Bu davrda reproduktiv tizimda 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 yoshligidan oq, 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.

Jinsiy yetilish davri taxminan 10 yil davom etadi, bu davrda jismoniy va jinsiy rivojlanish baravar kechadi. 18—20 yoshda qiz bola jismoniy va ruhiy tomondan to'liq yetiladi. Jinsiy yetilish 7—8 yoshdan boshlanib, uchta davrni o'z ichiga oladi:

I — prepubertat davr (7—9 yosh) miyaning gipotalamik tizimlari yetilishi har 5—7 kunlik asiklik tartibda gonadotropin ajralishi bilan xarakterlanadi.

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

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

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'ltiqosti chuqurchasida tuklar hosil bo'lishi (11—12 yosh) — adrenarxe, qov sohasida paydo bo'lishi (10—11 yosh) pubarxedan deb ataladi. Tananing o'sishi 9—10 yoshdan boshlanib, menarxedan bir yil oldin, yuqori pog'onasiga yetadi. 11—12 yoshdan boshlab ichki jinsiy a'zolar, ko'krak bezlari kattalashishi 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 yetuklik davri reproduktiv davr deb ham ataladi. U 16—18 yoshdan 45—47 yoshgacha — o'rtacha 30 yil davom etadi. Bu davr mobaynida ayol organizmi nasl qoldirish qobiliyatiga ega bo'lib, reproduktiv tizim turg'un ravishda faoliyat ko'rsatadi. Sog'lom ayolda butun reproduktiv davr mobaynida hamma sikllar ovulator bo'lib, 350—400 tuxum hujayra yetiladi. Tuxumdonlarda follikulalarning muntazam yetilishi va ovulatsiyasi ayol organizmida homiladorlik uchun eng qulay sharoit yaratadi.

Klimakterik davr ayollar reproduktiv tizimi funksiyasining so'nib borish davri hisoblanib «klimaks», «klimakterik davr» terminlari o'rniga shu terminlar qo'llanilishi qabul qilingan:

— menopauzaoldi davri — 45 yoshdan menopauzagacha;

— menopauza davri — menopauzaoldi davri bilan menopauzadan keyin 2 yil;

— menopauzadan keyingi davr — menopauzadan keyin boshlanib, ayol umri oxirigacha davom etadi. Bu davrda organizm yosh o'zgarishlarga mos ravshda tuxumdonlar funksiyasi sekin-asta susayadi. Patologik kechishida esa klimakterik sindrom rivojlanadi. Bunda ayolda neyrovegetativ — issiqlik quyilishi, terlash, bosh og'rish, arterial bosimning oshishi, qaltirash, taxikardiya, psixoemotsional jahldorlik, uyquchanlik, holsizlik, parisonxotirlik, urogenital — teri quruqligi, qinda achishish, siydik tuta olmaslik kabi buzilishlar kelib chiqadi. Hayzning bir yil davomida bo'lmasligi menopauzadan keyingi davr boshlanganligini bildiradi.

Menopauzadan keyingi davr. Klimakterik davrni boshidan kechirayotgan ayolga nihoyatda sabr-chidam bilan xushmuomala bo'lish maqsadga muvofiqdir. Ular o'z salomatliklari uchun qayg'urishlari lozim, chunki, ularda turli somatik kasalliklar paydo bo'la boshlaydi. Bu davrda mutaxassislar yordamchi gormonal terapiya buyurishni tavsiya etadilar. Menopauzadan keyingi davr erta, ya'ni tuxumdonlar faolligi kamroq saqlangan va kechki, ya'ni tuxumdonlar funksiyasi to'liq to'xtab, organizm qariy boshlagan davrlarga bo'linadi. JSST tasnifi bo'yicha 70—74 yosh atrofidagilar — keksalar, 75—89 yoshga yetganlar — qariyalar, 90 yoshdan oshgan kishilar uzoq yashayotgan kishilar tasnifiga kiritilgan.

2.2. Urug'lanish va homiladorlik. Homiladorlik davrida uchraydigan muammolarda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni

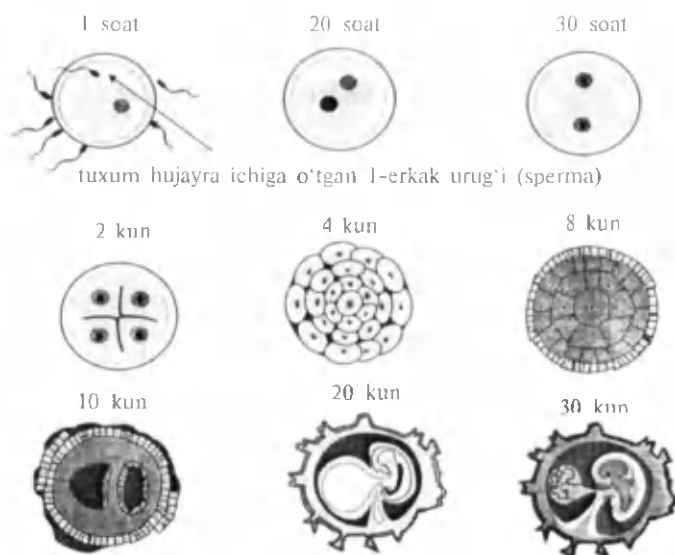
Urug'lanish. Erkak (spermatozoid) va ayol (tuxum hujayrasi) jinsiy hujayralari bir xil xromosoma yig'indisining qo'shilishi urug'lanish deyiladi. Natijada xromosomalarning diploidli yig'indisi, ya'ni yangi hujayra — zigota hosil bo'ladi. U yangi organizm rivojlana boshlanishidan darak beradi.

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 epiteyliydan tarkib topgan nurli qobiq bilan o'ralgan bo'ladi. Yetilgan spermatozoid boshcha, bo'yin va dumchadan iborat. 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 (funktional qavat, endometriy) yopishadi. Bu jarayon implantatsiya deyiladi. Bu vaqtda endometriy sekretiya fazasida bo‘ladi.

Urug‘lanish va ilk rivojlanish. Homila bachadon devorlariga tobora chuqur o‘sib kirib boradi, uning ustidan shilliq qavat hosil



2-rasm. Urug‘lanish va ilk rivojlanish.

bo'ladi. Yo'ldosh rivojlanib borish vaqtida, unda detsidual qavat bo'ladi. Ikkinchi qavati — trofoblastdan xorion hosil bo'ladi. Homilani o'rab turuvchi 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. 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-tom'r 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 almashinuvi mahsulotlari chiqib ketadi. Ona va homila qoni aralashib ketmaydi, chunki homilaning mustaqil qon aylanish tizimi bor. Yangi yo'ldosh yirik ichki sekretiya bezlari homila bilan birga va ona gormonlari bilan yagona endokrin tizim (fetoplatsentar kompleks) hosil bo'ladi. Yo'ldosh ona qon tomirlariga homila uchun kerak bo'lgan biologik faol moddalar va gormonlarni sintez qilib, ajratib beradi. Yo'ldosh homilaning immunobiologik himoya manbayi bo'lib, uni tashqi ta'sirlardan saqlaydi (zaharli va ba'zi dori moddalari, mikroorganizmlar va boshqalar).

Homilaning rivojlanishi. Implantatsiya yakunlangandan so'ng, homila a'zo va tizimlarining rivojlanish davri boshlanadi. Asab tizimi 2-oydan 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 tizim organogenez boshlangan davrdan faoliyat ko'rsata boshlaydi, ya'ni fetoplatsentar kompleks hosil qiladi. Homilada qon hosil qilish tizimi 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. Homila nafas olish tizimi to'liq rivojlanib bo'lgan bo'ladi. Yo'ldosh orqali homilaning zarur miqdoridagi kislorod bilan ta'minlanmasligi homila rivojlanishidagi o'zgarishlarga va hatto homilaning nobud bo'lishiga sabab bo'ladi. Oshqozon-ichak

tizimining 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 g'ov va xanjarsimon o'simta orasida bo'ladi;

— teri och pushti rangda, 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 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 necha chok va liqildoqlar borligi aniqlanadi. 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.

Akusherlikda quyidagi choklarni bilish zarur:

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

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

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

— lambdasimon (ensa) chok ensa suyagini tepa suyaklar bilan birlashtirib turadi. Choklarning birlashish sohasida katta va kichik

liqildoqlar joylashgan bo'lib, uning teshiklari fassiyalardan iborat parda bilan qoplangan;

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

Chaqaloqning bosh suyagi o'lchamlari:

— to'g'ri o'lcham — 12 sm (bosh 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 (ensaosti chuqurchasidan katta liqildoqning old burchagigacha) — 9,5 sm;

— o'rta qiyshiq o'lcham (ensaosti chuqurchasidan peshaning sochli qismi chegarasigacha) — 10 sm, bosh aylanasi 33 sm;

— vertikal o'lcham (tepa suyaklaridan 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;

— orqa kichik liqildoq o'qsimon va lambdasimon choklar orasida joylashgan, uchburchak shaklga ega. Homila boshida 2 ta tepa, 2 ta peshana va ensa do'mboqchalari bo'ladi.

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 tizimi 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 tizimlarni — markaziy asab tizimidan tayanch-harakatlanish tizimigacha o'z ichiga oladi. Modda almashinuvining hamma turlari o'zgaradi.

Markaziy asab tizimi. Homila tuxumi, bachadon intra-retseptorlarini qo'zg'atib, ayolda reflektor reaksiyalarni yuzaga

keltiradi. Bosh va orqa miya qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi. Markaziy asab tizimi 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 sezishining buzilishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, og'izdan suv kelishi, qabziyat va boshqa o'zgarishlar kuzatiladi.

Endokrin tizimi. Homilador bo'lish va bu davrning me'yorida kechishida bezlarning faoliyati muhim o'rin tutadi. Homiladorlik boshlanishi bilan tuxumdonlarda yangi bez — sariq tana faoliyat ko'rsatadi, u o'zidan progesteron gormonini ishlab chiqarib, homilaning implantatsiyasini 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 xoriogonadotropin, 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 almashinuvi faoliyati kuchayadi. Bu buyrakusti bezlari, yog', uglevod va minerallar almashishiga ta'sir qiluvchi gormonlarning hosil bo'lishiga ta'sir ko'rsatadi.

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

Moddalar almashinuvi. Homiladorlik vaqtida moddalar almashinuvi sezilarli darajada o'zgaradi. Tug'uruq vaqtida almashinuvi yana ham kuchayadi.

Oqsil almashinuvi. Homilador ayollardagi oqsil almashinuvi hali to'liq o'rganilgan emas, lekin homiladorlik oxirida azot qoldiqlari ko'paymaydi, siydik ham 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 tuzilishiga sarflanadi, neytral yog'lar esa energetik manba hisoblanadi. Homilador ayol ovqatlanishining buzulishi (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 natijasida homilador ayol organizmida ko'p miqdorda noorganik moddalar ko'payib ketishi mumkin (fostor, kalsiy tuzlari, temir, kaliy, natriy, magniy va boshqalar). Fosfor suyak va asab tizimining 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, C vitaminiga bo'lgan ehtiyoj miqdori 2—3 marta, A vitaminiga bo'lgan ehtiyoj 2 marta ortadi. Bu vitamin homila rivojlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. B vitamini guruhi fermentativ jarayonlarda va asab tizimining 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 vazn qo'shilsa, 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' qatlaminin qalinlashishi va homiladorning qon hajmi ortishi. Homiladorlik davrida ona organizmida ma'lum immun o'zarish hosil bo'ladi. Immun tizimdagi boshlang'ich o'zgarishlar urug'lanish va implantatsiya davrida hosil bo'ladi. Ayol organizmining immun tizimida homilani muhofaza qilishga qaratilgan o'zgarishlar sodir bo'ladi. Homiladorlik og'ir kechganda ayol organizmida moslashish mexanizmi buziladi va immun tizimida 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 och pushti chiziqlar paydo bo'ladi, tug'uruqdan keyin bular yo'qolib ketadi.

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 shikoyatlari (hayz ko'rmay qolishi yoki hayz siklidagi o'zgarishlar, ko'ngil aynishi, qayt qilish, uyquga moyillik, ta'm sezishning o'zgarishi, sut bezining dag'allashishi va h.k.)ga alohida e'tibor berish kerak. Homilador ayolning ishlash va yashash sharoitini yaxshilash uning 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 patalogik 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, 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 helgilarga 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 tizimining 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'zolaridagi 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 aniqlandi. 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 tizimi mavjud.

Homiladorlik muddatini aniqlash. Kundalik amaliyotda homiladorlik muddatini aniqlash anamnezga asoslanishi ham

mumkin (oxirgi hayz, homilaning birinchi qimirlashi). Oxirgi hayz kunidan 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.

Homilador ayolning bo'yini o'lchash

Maqsad: bo'y o'lchagich yordamida bo'y o'lchash va homiladorning shaxsiy kartasiga yozishni o'rgatish.

Jihozlar: bo'y o'lchagich, homilador ayolning shaxsiy kartasi, 1% li xloramin va salfetka.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|---|
| Muolajaga tayyorgarlik | |
| 1. Ayolga muolaja mohiyati tushuntiriladi. | Ma'lumotga ega bo'lish huquqi ta'minlanadi. |
| 2. Bo'y o'lchagichning yoniga turib, moslama tayolning bo'yidan yuqoriroqqa ko'tariladi. | |
| Muolajani bajarish | |
| 1. Homilador bo'y o'lchagich maydonchasida to'g'ri turadi, to'voni, dumbalari, kuraklari bo'y o'lchagich ustunlariga tegib turishi kerak. | Muolajani aniq bajarishga sharoit yaratiladi. |
| 2. Bo'y o'lchagich moslamasi homiladorning tepa suyagiga tushiriladi. | |
| 3. Olingan natija shkalada aniqlanadi. | |
| Muolajani yakunlash | |
| 1. Olingan natija homiladorning shaxsiy kartasiga yoziladi. | Tibbiy hujjatlar to'ldiriladi. |
| 2. Bo'y o'lchagich 1% li xloramin eritmasiga namlangan latta bilan artiladi. | Infeksion xavfsizlik ta'minlanadi. |
| 3. Qo'llar yuvilib, quritiladi. | |

Homilador ayolning qorin aylanasini o'lchash

Maqsad: homilador ayolning qorin aylanasini santimetrli tasma yordamida o'lchashni va shaxsiy kartasiga yozib qo'yishni o'rgatish.

Jihozlar: kushetka, santimetrli tasma, kleyonka, shariklar, 70% li etil spirti, ayolning shaxsiy kartasi.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|--|
| Muolajaga tayyorgarlik | |
| 1. Ayolga muolaja maqsadi va zarurligi tushuntiriladi. | Bemorning ma'lumotga ega bo'lish huquqi ta'minlanadi. |
| 2. Ayol kushetkaga orqasi bilan oyoqlari to'g'ri yozilgan holda yotadi, dumbasi tagiga kleyonka solinadi. | Infeksion xavfsizlik amalga oshiriladi. |
| 3. Hamshira homiladorning o'ng tomonida yuzi bilan o'tiradi. | Muolajani qulay va tez-aniq bajarishga sharoit yaratiladi. |
| 4. Santimetrli tasma spirtida namlangan sharikda artiladi. | |
| Muolajani bajarish | |
| 1. Santimetrli tasma ayol orqasida bel sohasidan, oldinda esa kindik sohasidan o'lchanadi. | |
| 2. Santimetrli tasmada qorin aylanasi tekshirilgan sathida belgilanadi. | |
| Muolajani yakunlash | |
| 1. Bemorga kushetkadan turishga yordam beriladi, avval yonboshga burilib, keyin kushetkaga o'tiriladi. | |
| 2. Kleyonka tog'oraga tashlanadi. | |
| 3. Qo'llar yuvilib, artiladi. | Infeksiyalanishning oldi olinadi. |
| 4. Tekshiruvdan olingan natija, homiladorning shaxsiy kartasiga yoziladi. | |

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-kunidan 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.

Homiladorlik davri (I, II, III — uch oyliklar/trimestrlar)da uchraydigan o'zgarishlar, muammolar va tavsiyalar

I uch oylik/trimestr

| O'zgarishlar | Tavsiyalar |
|---|---|
| Sut bezlaridagi o'zgarishlar: — dag'allashishi, sezgirligining oshishi; — so'rg'ichning kattalashishi va qorayishi | Sut bezlarini bola tug'ilishiga tayyorlash. |
| Ovqat hazm qilishdagi muammolar: — ko'ngil aynishi; — qusish; — ta'm bilishning o'zgarishi; — ayrim mahsulotlarga ehtiyoj sezilishi | Ko'pincha ko'p suyuqlik ichish va tez-tez kam-kamdan ovqatlanish yordam beradi. Moy, yog'li, achchiq mahsulotlarni iste'mol qilmaslikka harakat qilish kerak. Mahalliy o'simlik mahsulotlarini iste'mol qilgan ma'qul. Agar juda ko'p qussa shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Ich qotish (qabziyat) | Har xil o'simlik mahsulotlaridan iste'mol qilishga harakat qilish kerak. Har xil mahalliy toza meva va sabzavotlarni, shuningdek, qora navli undan tayyorlangan nonni iste'mol qilgan ma'qul. |
| Horg'inlik, tez charchash | Tez-tez dam olish va toza havoda sayr qilish. |
| Tez-tez siyish | Bachadon kattalashishi va siydik pufagi kichrayishi oqibati. Achishish va og'riq bo'lganda shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Kayfiyatning o'zgarishi, depressiya davri, jahldorlik | Odatiy ishlar bilan mashg'ul bo'lish foydali. Kayfiyatingizda o'zgarish juda kuchli bo'lsa, shifokor bilan maslahatlashish kerak (iloji bo'lsa, qabulga turmush o'rtog'i bilan kelish kerak). |
| Terining ayrim sohalaridagi pigmentatsiya (yuz, ko'krak, qorin va boshqalar) | Homiladorlik davridagi odatiy o'zgarish bo'lib, tug'uruqdan keyin yo'qoladi. |
| Qorinda og'riq | Qorindagi davomli kuchli og'riq asoratdan darak berishi mumkin, bu haqda shifokorga xabar berish kerak. |
| Qon ketishi | Agar qon ketishi to'xtamasa, ko'paysa va och qizil rangda tus olib va og'riq sezish bilan davom etsa, tezda shifokorga murojaat etish zarur. |

II uch oylik/trimestr

| O'zgarishlar | Tavsiyalar |
|---|---|
| Bachadonning kattalashi-shi | Bachadon tubi balandligini muntazam o'lchab borish bolaning rivojlanishi haqida ma'lumot beradi. Siz shifokoringiz bilan maslahatlashib, bachadon tubi balandligini o'lchashingiz mumkin. Bachadon tubi balandligi santimetrda homiladorlikning 24 haftasidan boshlab homilaning gestatsion muddatiga to'g'ri keladi. Agar bachadon o'lchami o'zgarmasa, homilaning rivojlanishdan orqada qolish belgisi bo'lishi mumkin va shifokor maslahatiga zarurat tug'iladi. |
| Oyoq va qo'llardagi shish | Imkoni bo'lganda oyoqni ko'tarish foydali. Agar to'satdan yoki bilinarli shish va tana massasi tez oshsa, bu haqda shifokorga xabar berish zarur. |
| Venalarning varikoz kengayishi | Ko'p vaqtni oyoqda o'tkazmaslikka harakat qilish kerak. Oyoqlarni chalishtirib o'tirmagan ma'qul. Shuningdek, poshnasiz oyoq kiyim va elastik paypoq kiyish ham yordam beradi. Agar venalar og'riqli va oyoqda qichishish bo'lsa, shifokor bilan maslahatlashish kerak. |
| Gemorroy, orqa chiqaruv teshigi sohasida qichishish, achishish — ichak bo'shaganda og'riq, to'g'ri ichakdan qon ketishi | Gemorroyning eng yaxshi davosi — bu uning oldini olish, shuningdek, ich qotishining oldini olish. Hayvon mahsulotlari emas, balki turli xildagi o'simlik mahsulotlarini, shuningdek, har xil mahalliy meva-sabzavotlarni iste'mol qilish kerak. Agar og'riq kuchaysa, shifokor bilan maslahatlashish kerak. |
| Siydik ajratish: tez-tez siyish, siydik tutilishi, peshobni tutolmaslik | Tizza-tirsak holati yordam beradi. Agar peshob ajratish og'riqli bo'lsa, shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Homila harakatini sezish | Homila qimirlashini seza boshlaganda homiladorlik muddatini belgilagan ma'qul. Homila qimirlashiga e'tibor berish zarur. Harakat faoliyatining keskin o'zgarishida, 24 soat va undan ortiq vaqt davomida homila qimirlamasa, shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Ona ruhiy holatining o'zgarishiga homila reaksiyasi | Tortishuvga kirishishdan oldin, bola haqida o'ylash tavsiya qilinadi. |
| Belda og'riq | Bo'g'im gimnastikasi va jismoniy mashqlar qilish foydali. Masalan: uy yumushlarini bajarganda (kir yuvish, ovqat pishirish, hovli supurish va boshqalar) umurtqani egmaslikka harakat qilish zarur. |

| O'zgarishlar | Tavsiyalar |
|---------------------------------------|--|
| Uyquda va dam olganda noqulaylik | Chap yonboshdagi holat yaxshi hisoblanadi. Yostiq va yostiqchalar yordamida qulay holatni egallashga harakat qilish zarur. |
| Qin ajralmalari | Tashqi jinsiy a'zolar quruq va toza saqlanishi zarur, tor ichki kiyim kiymagan ma'qul. Har bir hojatdan so'ng qin dahlizi yuviladi. Yuvinish uchun romashka, chereda, ko'k choy damlamasi yoki iliq suvdan foydalanish mumkin, agar ajralma hidli, badbo'y bo'lib, qichishish bilan kechsa, sariq-yashil rangli yoki qon aralash bo'lsa, shifokorga murojaat qilish zarur. |
| Teridagi o'zgarishlar (cho'zilishlar) | Homiladorlik davridagi gormonal o'zgarishlar oqibatidir. Tug'uruqdan keyin izlar qoladi, lekin rangi o'zgaradi va ancha sezilarisiz bo'lib qoladi. |
| Toshma va qichishish | Terini toza saqlash kerak. Tez-tez cho'milish zarur. Agar toshma toshib, 2—3 kundan ortiq saqlansa, shifokorga murojaat qilish zarur. |

III uch oylik/trimestr

| O'zgarishlar | Tavsiyalar |
|-------------------------|---|
| Jig'ildon qaynashi | Uyqudan oldin yog'li, yuqori kaloriyalı va o'tkir ovqatlarni iste'mol qilmaslik kerak. Shuningdek, kam-kamdan, tez-tez ovqatlanish lozim. Uyqu vaqtida baland yostiq qo'yib yotish tavsiya etiladi. |
| Hansirash | Toza havoda sayr qilish yaxshi yordam beradi. Agar hansirash uxlashga xalaqit bersa, bosh va yelkalar tagiga yostiq qo'yib ko'tarish mumkin. Ammo havo yetishmasa, shifokor bilan maslahatlashish darkor. |
| Oyoqdagi tomir tortishi | Qon bilan ta'minlanishi yaxshilanishi uchun darhol oyoqni ko'tarib, og'riqli joyini chuqur uqalash kerak. Agar tortishish qayta-qayta takrorlansa shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Bosh og'rig'i | Tez-tez bosh og'rig'i qon bosimining oshishi yoki yurak kasalligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shifokorga murojaat etish lozim. |

| | |
|--|---|
| Hushdan ketish | Ko'pincha orqa bilan yotganda ro'y beradi, chunki bachadon og'irligi bosh arteriyasini bosadi va qon bosimining tushishiga olib keladi. Tezda yonboshga yotish zarur. |
| Vaznning asta-sekin oshishi | Homiladorlik hisobidan oshadi. |
| Bilakda shish va og'riq sezishi. Barmoqlarda og'riq va achishish, qichishish | Yengil ta'sirli og'riq qoldiruvchi dorilar yordam berishi mumkin. Dori-darmon qabul qilishdan oldin shifokorga murojaat qilish kerak. |
| Milklarning qonashi | Agar qon ketishi davom etsa va ko'paysa, shifokor bilan maslahatlashish darkor. |
| Burun qonashi | Agar burundan qon ketishi ko'paysa 30 soniya davomida burunni bosh va ko'rsatkich barmoqlar orasiga siqish kerak. Burun ichiga muz qo'yish va boshni orqaga tashlash kerak emas, chunki bu yordam bermaydi va qon ichga ketadi, bu esa yoqimsiz. Agar muntazam qon ketaversa, shifokor bilan maslahatlashish zarur. |
| Uyqusizlik | Uyquning kamini tushlikdan so'ng, dam olish vaqtida to'ldirish kerak. Agar kechqurun umuman uyqu bo'lmasa, bu haqda shifokorga aytish kerak. |
| Kayfiyat o'zgarishi | Odatdagi ishlar bilan mashg'ul bo'lish, foydali xayollar bilan band bo'lish uchun ayol o'ziga uyda yoki boshqa joyda topshiriq berishga harakat qilishi kerak. Agar kayfiyat tushishi tez-tez ro'y bersa, shifokor bilan maslahatlash lozim (qabulga turmush o'rtog'i bilan kelgan ma'qul). |
| Bachadon bo'ynining kengayishi, qog'onoq pardasining yirtilishi | Davolash, odatda, jarrohlik yo'li bilan bo'ladi. Shifokorga murojaat etish zarur. |
| Qindan suyuqlik ketishi, ayrim vaqt biroz qon bilan | Tezda shifokorga murojaat etish zarur. |
| Qorinning pastki qismida og'irlik sezgisi | Ovqatlangandan so'ng 1—2 soat chap yonboshda yotish. |
| Nafas olishning yengillashuvi | Tug'uruqqa tayyorgarlik ketyapti. |
| Yurishda qiyinchilik | Jismoniy mashqlarni bajarish. |
| Ko'krakdan sut ajralishi | Bolani oziqlantirishga tayyorgarlik. |

| O'zgarishlar | Tavsiyalar |
|--|---|
| Muntazam bo'lmagan (yolg'on) to'lg'oqlar | Og'riqlar kuchaysa yoki qindan qonli ajralma kuzatilsa, shifokorga bildirish zarur. |
| Qon ketish | Kechiktirmasdan shifokorga murojaat etish muhim, hattoki qon ko'p bo'lmasa ham. |
| Qindan shilliq tiqin ajralishi | Bu tug'uruq boshlanganligidan darak beradi. shifokorga xabar berish zarur. |

Homiladorlik davridagi tekshiruvlar. Ko'pgina tibbiy maskanlar, patronaj hamshiralar va akusherlar, homilador ayollarni tug'uruqdan oldingi, o'z vaqtidagi tekshiruvlarga, o'z sog'liqlari haqidagi suhbatlarga chaqiradilar. Hamshiralar bo'lg'usi onalarni tug'uruqdan oldingi tekshiruvlarga taklif etishi yoki ularning oldiga borishi muhimdir. Ayollar me'yorida kechayotgan homiladorlikda 7 marta quyidagi muddatlarda shifokor qabuliga tashrif buyurishlari lozim:

| 10—12- hafta | 16- hafta | 24- hafta | 30- hafta | 34- hafta | 36- hafta | 38—40- hafta | Tug'uruqdan keying davr |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------------|
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------------|

Agar asoratli homiladorlik bo'lsa, shifokor qaysi vaqtlarda tashrif buyurish lozimligini o'zi aytadi.

Homiladorlik davrida quyidagi tekshiruvlar amalga oshiriladi: ma'lumotlar berish; qon bosimini o'lchash; siydik tahlili; vazni o'lchash; bachadon tubi balandligini aniqlash; qorin palpatsiyasi; yurak urishi/homila qimirlashi; oyoqlarda varikozlar borligi; qon tahlili; rezus-faktor; ultratovush tekshiruvi (UTT).

Homiladorlik gigiyenasi

Homilador ayol uchun badanni toza tutish juda zarur, ayniqsa, terining tozaligi muhim ahamiyatga ega. Teri kirlanganda uning himoyalash vazifasi pasayadi: ter va yog'lar chiqadigan teshiklar tiqilib, yoqimsiz hid keladi va teriga mayda yiringli toshmalar toshishi mumkin. Bu ona uchun ham, rivojlanayotgan bola uchun ham xavfli. Terining kirlanishi tug'uruqdan keyingi davrda turli infeksiyalarni yuqtirishga sharoit yaratadi.

Terini toza tutish uning nafas olish faoliyatini yaxshilaydi, organizmdan keraksiz moddalarni haydab chiqaradi, bu bilan buyrakning ishlashini yengillashtiradi. Ayol qanchalik o'zini pokiza tutsa, teri faoliyati shuncha yaxshilanadi. Erta bilan yuz, qo'l, bo'yinni yuvishdan tashqari, badanni (loaqaq bel qismigacha) uy haroratidagi suv bilan ho'llangan sochiqda ishqalab artish kerak. Imkoni bo'lganlarga dushda cho'milish tavsiya qilinadi. Bu asab tizimini mustahkamlaydi, qon aylanishini, nafas olishni yaxshilaydi, organizmni chiniqtirib, kayfiyatni tetik qiladi.

Uyqu oldidan ham yuz-qo'l, bo'yin va oyoqlarni yuvish lozim. Haftada bir marta (homiladorlikning oxirlarida undan ham tez-tez) iliq suv bilan yaxshilab sovunlab cho'milish, ichki kiyim va choyshablarni ham tez-tez almashtirib turish kerak. Bunda bolalar sovunidan foydalangan ma'qul. Kiyimlar qulay, harakatga xalal bermaydigan oddiy chitlardan bo'lgani yaxshi.

Homilador ayollarga issiq vannada cho'milish tavsiya etilmaydi, chunki u bo'shashtiradi va tez charchatadi, qinga turli mikroblar kirib, har xil kasalliklar yuzaga kelishi mumkin. Yaxshisi dushda o'rtacha haroratli suvda cho'milgan ma'qul.

Oyoqlarga issiq vanna qabul qilmaslik kerak, chunki bu vaqtdan ilgari tug'ib qo'yishga sabab bo'lishi mumkin.

Har bir ayol, ayniqsa, homilador ayol tashqi jinsiy a'zolarini toza tutishi zarur. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida ko'plab yog' bezlari bo'lib, ular juda ko'p sekret ishlab chiqaradi, bu esa a'zolarining salga shilinib, yiring paydo bo'lishiga, natijada kasal yuqtiruvchi mikroblarga qulay sharoit tug'ilib, turli yallig'lanish kasalliklarining yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Bu tug'uruqni hamda tug'uruqdan keyingi davrni murakkablashtiradi va infeksiyaning siydik yo'llariga tarqalishiga sabab bo'ladi. Ertalab va kechqurun qaynatib sovitilgan suvda toza qo'l bilan sovunlab mustahab qilish tavsiya etiladi. Yuvilgan a'zolarini artish uchun alohida toza sochiq tutish va uni vaqt-vaqti bilan qaynatib, yuvib, qurigach dazmollash lozim. Ona bo'lishga tayyorlanayotgan har bir ayol qo'l va oyoq tirnoqlarini tez-tez olib turishi kerak.

Sut bezlarini tayyorlash. Bolaning sog'-salomat, bardam o'sishi uchun uni eng qimmatli oziqa — ona suti bilan boqiladi. Sutning sifati va miqdori onaning salomatligi va sut bezlarining holatiga bog'liq. Shuning uchun ham sut bezlarini tayyorlash bola tug'ilmasdan ancha ilgari boshlanadi. Bu bilan ayollar bola emizish

jarayonida bo'ladigan ko'krak uchi qiyilishi va mastit kasalligining oldini oladilar. Har kuni yuvingandan keyin ko'kraklarni dag'al sochiq bilan quriguncha artish kerak. Bunda ko'krak terisiga shikast yetkazmasdan, astalik bilan artish lozim. Kuniga 1—2 marta 10—12 daqiqa davomida havo vannasi, homiladorlikning oxirgi oylarida esa kun ora ultrabinafsha nur olish ijobiy ta'sir etadi. Tug'ishga 6—8 hafta qolganda homilador ayolning o'zi kuniga 2 marta 2—3 daqiqadan ko'krak bezlarini massaj qilgani ma'qul. Bunda ikkala ko'krak bezini bir yo'la ustidan ko'krak suyagiga tomon va pastidan qo'ltiq ostiga qarab silanadi. Ko'krak uchi va uning atrofiga tegish kerak emas. Keyin ikkala qo'l bilan ikkala ko'krakni doira shaklida silash kerak: oxirida har bir ko'krakni bir qo'l bilan ko'tarib turib 3—4 marta ikkala qo'l bilan ko'krak qafasi tomon qisiladi. Ko'krak uchi yassi yoki botiq bo'lganda uni chiqarish uchun kuniga 2—3 marta 3—4 daqiqadan mashqlar (faqat shifokor ruxsati bilan) qilish lozim: qo'lni toza yuvib, artib ko'krak uchiga vazelin, qo'y yog'i yoki sariyog' surib, bosh va ko'rsatkich barmoq bilan sirtga qarab ehtiyot bilan tortib-cho'zib turiladi. Natijada ko'krak uchi dag'allashib bo'rtib chiqadi, yog'yumshab, elastikligi oshadi.

Kiyim-kechak va tungi ko'ylaklar ko'krak bezlarini siqmasligi va tabiiy rivojlanishiga to'sqinlik qilmasligi, shu bilan birga, u osilib ham ketmasligi kerak. Ko'kraklar biroz ko'tarilib, uncha qisilmay tursa qon yaxshi aylanadi va ularning rivojlanishiga ijobiy ta'sir etadi. Bunga erishish uchun qalin chitdan tikilgan siynaband kiyish kerak (bundan ko'krak uchi ham dag'allashadi, emizishning dastlabki paytidagi og'riq kamayadi).

Homiladorlik normal o'tayotgan bo'lsa, odatdagi turmush tarzini o'zgartirish kerak emas. Ayol o'z yumushlarini dam olib-dam olib bajaraverishi mumkin. Faqat og'ir narsa ko'tarmasligi, qaltis, keskin harakatlar qilmasligi kerak.

Tiniqib (kamida 8 soat) uxlash homilador ayollar uchun muhim ahamiyatga ega. Kechqurun yotishdan oldin ochiq havoda biroz sayr qilish va xonani shamollatish tavsiya etiladi. Sog'lom homiladorlar, shifokor tavsiya etsa, havo va quyosh vannalari qabul qilishi mumkin. Ayol dengiz, daryo va anhorlarda cho'milishi mumkin.

Homiladorlikning dastlabki kunlaridanoq ochiq havoda imkoni boricha ko'proq bo'lishga harakat qilish kerak, bu kislorod yetishmasligining oldini oladi.

Turar joy gigiyenasi. Homilador ayol badanlarini toza tutish bilan bir qatorda, turar joylarini ham ozoda tutishi zarur. Xona harorati 18—20° atrofida bo'lishi va vaqt-vaqti bilan (bir kunda bir necha marta) shamollatib turilishi kerak. Kunlar iliq paytida doimo oynani ochib qo'yish foydalidir. Uy ichidagi changlarni latta ho'llab artish kerak. Kiyimlar, ichki kiyimlar, poyabzallarni shikaflarda saqlash, ustki kiyimlarni tez-tez changini tozalab, ochiq havoda shamollatish kerak.

Kiyim va poyabzal. Homilador ayollar kiyimi qulay, keng bo'lishi, harakatga xalal bermasligi, ko'krak qafasi va qorinni qisib qo'ymasligi (ayniqsa, homiladorlikning 2-yarmida), yil fasliga mos holda va qad-qomatning xushbichimligini, ko'rkamligini saqlaydigan bo'lishi lozim. Qorinning kattaligini sezdirmaydigan qulay kiyimlar kiyish va bu kiyimlar yaxshi yuviladigan matodan tikilishi kerak.

Oyoqqa paypoqni ushlab turadigan aylana rezina taqish yaramaydi, bu qon aylanishini qiyinlashtirib, oyoqning kerkishiga hamda oyoq, tashqi jinsiy a'zolar vena qon tomirlarining varikoz kengayishiga sabab bo'lishi mumkin. Paypoqni ushlab turadigan maxsus uzun tasmalardan foydalangan ma'qul. Oyoq venalarining varikoz kengayishiga maxsus elastik paypoq kiyish yoki barmoqlardan to boldirgacha bint bilan o'rab bog'lash kerak. Birinchi marta buni shifokor ishtirokida hamshira bog'lab ko'rsatishi kerak. Erta bilan o'rindan turmasdan oyoqlarni bint bilan bog'lash, uyqu oldidan esa uni yechib, oyoqlarni ko'targan holda (buning uchun oyoqlar ostiga yostiq yoki ko'rpachani bir necha qavat qilib buklab) yotish lozim.

Homilador ayolning poyabzali qulay, qismaydigan, past poshnali bo'lishi kerak. Baland poshnali poyabzalni kiyimaslik lozim, chunki homila kattalashgan sari og'irlik markazi tobora old tomonga o'tgani tufayli homilador ayol muvozanat saqlash uchun gavdaning beldan yuqori qismini orqaga tashlab yurishiga to'g'ri keladi. Bunda umurtqaning bel qismi ko'proq qayrilib, orqa muskullar zo'riqadi va chanoqda homilaning boshi noto'g'ri joylanishiga sabab bo'ladi, qadam tashlayotganda ham bexosdan qoqilib ketish xavfi tug'iladi, bu esa suv yoki qon ketib qolishiga va vaqtdan avval tug'ib qo'yishga olib keladi. Shuning uchun eng yaxshisi — homilador ayol past poshnali, bog'lanmaydigan poyabzal kiygani maqsadga muvofiqdir.

Bandaj. Homila kattalashgan sari bachadon og'irligi qorin old devorlariga zo'r kelib, muskullarning nihoyatda cho'zilib ketishiga,

terida taram-taram dog'lar vujudga kelishiga, qorinning osilib, homilaning bachadonda noto'g'ri o'rnatilishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu kabi asoratlarning oldini olish uchun homiladorlikning 2-yarmida qorin devori uchun maxsus bandaj taqiladi, u qorinni qismaydi, uni ko'tarib turadigan bo'lishi kerak. Uning o'lchami bel aylanasiga qarab aniqlanadi. Bandaj yaxshi yuviladigan qalin matodan yonboshga tugmalanadigan, belni qattiq ushlab turadigan, old qismida homilaning kattalashishiga qarab kengaytirish mumkin bo'lgan tizimchali boylamdan iborat bo'ladi. Bandajni ertalab o'rinda yotgan holda taqilib, kechasi uyqu oldidan yechib qo'yish kerak. Bandaj to'g'ri taqilganda ayol yengillik va qulaylik sezadi. Bandaj taqish, ayniqsa, qorni nihoyatda kattalashib ketayotgan (sersuvlikda, homilasi egizak bo'lganlarda) yoki qorinning elastiklik qarshiligi susayganda va ba'zi bir kasalliklarda tavsiya etiladi. Uni homiladorlikning 28—30-haftasidan taqilgan ma'qul, vaqtida va to'g'ri kiyilsa qorin osilib qolmaydi, qorin terisi yirtilishidan kelib chiqadigan dog'lar ham, belga tushadigan og'irlik ham kamayadi.

Mehnat va dam olish tartibi. To'g'ri tashkil etilgan mehnat sog'lom homilador ayol uchun foydalidir. O'zbekiston Respublikasida ishlab chiqarishda va muassasalarda homilador ayollar mehnati qonun bilan himoya qilinadi. Kasbiga, ish joyining gigiyena sharoitlariga, homilador ayol sog'lig'i va homiladorlikning kechishiga qarab ularning ish joylarida bir qancha imkoniyatlar, huquq va imtiyozlar berib qo'yilgan. Uy sharoitida ham o'zini ortiqcha toliqtirmaslik darajasida vaqtida dam olib, vaqtida uxlash, uy yumushlarini osoyishta bajarish lozim. Shu bilan birga, ko'p o'tirish va yotish ham zarardir, bunda ayol semirib ketishi, qabziyatdan qiynalishi mumkin. Muskul to'qimalari bo'shashib qolishi esa tug'uruq faoliyatiga zararli ta'sir etadi. Zo'riqtirmaydigan xo'jalik ishlarini bajaraverish, kitob o'qish, musiqa bilan shug'ullanish mumkin. Homiladorlik paytida keskin harakatlar qilish, og'ir narsa ko'tarish, oyoq mashinada tikish, velosiped va otda yurish, sportning toliqtiradigan turlari bilan shug'ullanish mumkin emas. Salga oyoq venalari varikoz kengayaveradigan ayollar tik zinadan hadeb ko'tarilavermasligi, bir joyda uzoq turib qolmasligi kerak. Aqliy zo'riqish, uyqudan qoldiradigan ishlar ham zararli. Homilador ayolning mehnat qilishi va dam olishi uchun tinch va sog'lom sharoit yaratish, uni turli tashvish va hayajonlanishdan, shoshib harakat qilishdan,

asabini buzadigan har qanday ishlardan imkoni boricha asrash lozim.

Homilador ayol kundalik ishlaridan soʻng dam olishi va orada 1 soatcha uxlashi zarur, shundan keyingina uy ishlari bilan shugʻullansa boʻladi. Homilador ayol oʻtirgan uyda mutlaqo chekish mumkin emas. Homilador ayol salomatligi uchun tungi uyquning ahamiyati katta, chunki shu paytda organizm tiniqib yaxshi dam oladi. Tungi uyqu 8—9 soatdan kam boʻlmasligi kerak. Yetarlicha uxlamaslik asabiylashishga, tez charchab qolishga olib keladi, asab tizimi zaiflashib, qoʻzgʻalish va tormozlanish jarayonlarining nisbati buziladi, bu esa koʻpgina homiladorlik asoratlarining avj olishiga sabab boʻladi. Tungi uyqudan tashqari, homilador ayol tugʻuruqqacha taʼtilda boʻlsa, kunduzi 20—30 daqiqa yotib uxlashi zarur. Tungi uyqu kech soat 10 dan ertalab soat 6 gacha boʻlgani maʼqul. Har kuni bir xil vaqtda yotilsa, uyqu tinch boʻladi. Keng va qulay joyda, uncha yumshoq boʻlmagan oʻrinda oʻng yonboshga oʻgʻirilgan holda yotish kerak. Uyqu oldidan toza havoda boʻlish, xonani shamollatish va darcha (issiq kunlari deraza) ochiq holda uxlash foydalidir. Uyqu oldidan oʻqish yoki biror-bir jiddiy ish bilan shugʻullanmaslik kerak.

Sayr. Homilador ayol oʻzi uchun ham, tobora oʻsib borayotgan homilasi uchun ham kislorod zarurligini doimo yodda tutishi kerak. Toza havo ona va bola salomatligining zaruriy shartidir. Shu bois har kuni 2—3 soatni toza havoda oʻtkazish kerak. Yozda ertalabki soat 8 dan 10 gacha, qishda esa soat 10 dan 13 gacha muddatda sayr qilish maqsadga muvofiq — bu davrda sochma ultrabinafsha nurlari eng koʻp miqdorda boʻladi. Sayr qilish 1 soatdan kam boʻlmasin. Ishga yoʻl qisqa boʻlsa butunlay, agar uzoq boʻlsa, uning bir qismida yayov yurib borish foydalidir. Kechki ovqatdan keyin ham toza havoda sayr etish kerak. Bu tetiklik va yaxshi kayfiyat baxsh etadi. Biror masofani piyoda bosib oʻtilgandan soʻng charchoq sezilsa, oʻtirib dam olish kerak. Sayr chogʻida burundan chuqur-chuqur nafas olib shoshilmay yurish, sayrdan soʻng birozgina yotib dam olish zarur, homiladorlik oxirida transportda uzoq yoʻlga yurish yaramaydi, aks holda yoʻlda dard tutib qolishi mumkin, bu esa ona va bola hayoti uchun ham xavf tugʻdiradi. Homilador ayol bemor kishilardan oʻzini uzoqroq tutib yurishi kerak, chunki biror kasallik yuqsa homiladorlikning kechishini murakkablashtirishi

mumkin. Homiladorlikda har qanday kasallik o'z vaqtida davolanishi kerak. Tug'ishga oz qolganda teatr, kino kabi jamoat joylariga va yig'inlarga borish tavsiya etilmaydi.

2.3. Tug'uruq haqida tushuncha, tug'uruqqa tayyorgarlik ko'rishda tibbiy-ijtimoiy xodimning roli

Tug'uruq fiziologik jarayon bo'lib, 39—40 haftalik homilaning tabiiy tug'uruq yo'llari orqali, qog'onoq suvi, homila va yo'l-doshning haydab chiqarilishidir. Tug'uruq uch davrga bo'linadi: bular — bachadon bo'ynining ochilish davri, homilaning tug'ilish davri, yo'ldosh tushish davri. Bachadon bo'ynining ochilish davri dastlabki muntazam dard tutishidan boshlanib, pirovardida bachadon bo'ynidan tashqi teshigi to'la ochilishi bilan yakunlanadi. Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'yni tashqi teshigining to'la ochilgan paytidan boshlanib (to'lg'oq tutganidan) homila tug'ilishi bilan tugaydi. Yo'ldosh tushish davri esa bola tug'ilgan paytdan boshlanib, yo'ldosh tushishi bilan tugaydi.

Bachadon bo'ynining ochilish davri. Birinchi bor tug'uvchi ayolda tug'uruqning I-davri 10—11 soat, qayta tug'uvchi ayollarda 6—7 soat davom etadi. Tug'uruqning birinchi davrida bachadon bo'yni sekin-asta tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi bachadon bo'shlig'idan homila chiqib ketishi uchun yetarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni tekislanib tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar ro'y beradi:

- a) muskullar tolalari qisqaradi, bu jarayon **kontraksiya** deyiladi;
- b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning o'zaro joylashuvi o'zgaradi, bir-biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi, bu jarayon **retraksiya** deyiladi.

Dard tutguncha uzunlik bo'yicha ketma-ket yotgan muskul tolalari dard tutgach kaltalashadi, qo'shni tolalar qavatiga siljib kiradi, bir-biriga yonma-yon yotadi.

Bir dard tutishi bilan ikkinchi marta dard tutguncha o'tadigan davr (pauza)da muskul tolalarining siljiganligi saqlanib turadi. Navbatdagi dard tutishi vaqtida muskul tolalarining retraksiyasi kuchayadi, shunga ko'ra bachadon devorlari tobora qalin tortadi. Bundan tashqari, retraksiya tufayli bachadonning pastki segmenti cho'ziladi, bachadon bo'yni tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi ochiladi. Buning sababi shuki, bachadon tanasining

qisqarayotgan bo‘ylama muskul tolalari bachadon bo‘ynining doiraviy (sirkular) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon bo‘ynining kanali dard tutgan sayin kengayaveradi, bu holat **distraksiya** deb ataladi. Qog‘onoq suvlarining bachadon bo‘yni kanali tomonga siljishi ham bachadon bo‘ynining ochilishiga yordam beradi. Har bir dard tutishida bachadon muskullari homila tuxumiga, asosan, qog‘onoq suvlariga tazyiq ko‘rsatadi.

Bachadon tubi va devorlarining bir tekis qisishi tufayli bachadon ichki bosimi oshadi va qog‘onoq suvlari bachadon bo‘yni kanalining ichki teshigiga, ya‘ni qarshilik yo‘q tomonga intiladi. Qog‘onoq suvlarining tazyiqi ostida qog‘onoq pardasining pastki qutbi bachadon devorlaridan ko‘chib, bachadon bo‘yni kanalining ichki teshigiga ponasimon shaklda kiradi. Homila tuxumi pastki qutbi pardalarining shu qismi qog‘onoq suyuqligi bilan birga bachadon bo‘yni kanaliga kiradi va **homila pufagi** deb ataladi. Dard tutgan vaqtda homila pufagi taranglanib va bachadon bo‘yni kanaliga tobora chuqur kirib, bu kanalni ichkaridan kengaytirib boradi. Shunday qilib, bachadon bo‘ynining teshigi bachadon tanasidagi bo‘ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo‘yni doiraviy muskullarining cho‘zilishi hisobiga, taranglashgan homila pufagining bo‘yin kanaliga kirib, unga gidravlik pona kabi ta‘sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga ochiladi.

Bachadon bo‘ynining ochilishiga sabab bo‘ladigan asosiy omil — bachadonning qisqarishi (dard tutishi)dir; dard tutishi tufayli bachadon bo‘ynining distraksiyasi ham ro‘y beradi, bachadon ichidagi bosim ham ko‘tariladi, natijada homila pufagi taranglashib, bachadon bo‘ynining teshigiga kiradi. Bo‘ylama muskullar retraksiyasi va kaltalanishi tufayli bachadon yuqoriga intilib, homila pufagidan go‘yo surilib ketadi. Ammo bachadonning boylam apparati bu a‘zoning surilib ketishini cheklaydi. Yumaloq boylamlar, dumg‘aza-bachadon boylamlari va qisman serbar boylamlar qisqarayotgan bachadonni yuqoriga behad surilib ketishdan saqlaydi. Yumaloq boylamlar taranglanganligini tug‘ayotgan ayolning qorin devori orqali paypaslab bilsa bo‘ladi. Boylamlar yuqorida aytilgandek ta‘sir etgani uchun bachadonning qisqarish kuchi homila tuxumining pastga siljib borishiga sarf bo‘ladi. Bachadon retraksiyasida bachadonning bo‘ynigina emas, pastki segmenti ham cho‘ziladi.

Bachadonning bo'g'zidan va bachadon tanasining eng pastki bo'limidan iborat bo'lgan pastki segment birmuncha yupqa, devori, undagi muskul elementlari bachadonning yuqori segmentidagiga nisbatan kamroq. Pastki segmentning cho'zilishi homiladorlik vaqtidayoq boshlanadi va tug'uruq vaqtida yuqori segment muskullari retraksiyasi tufayli kuchayadi. Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kovak muskul bilan bachadonning cho'zilayotgan pastki segmenti o'rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara **kontraksion halqa** deb ataladi. Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'yni ichki teshigi oldin ochiladi; so'ngra bachadon bo'ynining kanali sekin-asta kengayib, pastga tomon torayuvchi voronka shaklini oladi. Bachadon bo'ynining kanali kengaygan sayin bachadon bo'yni qisqaradi va nihoyat, butunlay tekislanadi, faqat tashqi teshik yopiq turaveradi. Keyinchalik tashqi teshik cho'zilib, chetlari yupqa tortadi, teshik ochila boshlaydi. Takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi homiladorlik oxiridayoq biroz ochiq turadi, undan barmoq uchi hemalol o'tadi. Bachadon bo'ynining tekislanishi bilan deyarli bir vaqtda tashqi teshik ham ochiladi. Tashqi teshik sekin-asta ochiladi. Dastlab teshik bir barmoq uchini o'tkazadi, keyin ochiq teshikdan ikkita va undan ortiq barmoq o'tadi. Teshik ochilgan sayin chetlari tobora yupqa tortadi, ochilish davrining oxiriga yaqin teshik chetlari kambar yupqa jiyak shakliga kiradi. Teshik taxminan 10—12 sm kengaygach, to'la ochilgan deb hisoblanadi va yetuk homilaning boshini va tanasini o'tkazadi. Har bir dard tutgan vaqtda qog'onoq suvlari homila tuxumining pastki qutbiga intiladi, homila pufagi taranglanib, teshikka suqilib kiradi. Dard tutib bo'lganda qog'onoq suvi qisman yuqoriga siljiydi, homila pufagining tarangligi biroz kamayadi. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zida qimirlab turadigan bo'lguncha qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga va teskariga bemalol siljib turadi.

Homila boshi pastga tushgach, hamma tomondan bachadonning pastki segmentiga tegib turadi va bachadon devorining shu qismini chanoq og'ziga qisib ushlaydi. Homila boshining pastki segmenti devorlari bilan o'ralgan joyi **tegish belbog'i** deb ataladi. Bu belbog' qog'onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi. Homila pufagidagi qog'onoq suvining tegish belbog'idan pastda yotgan qismi **oldingi suv** deb ataladi. Qog'onoq suvining tegish

belbog'idan yuqorida yotgan ko'proq qismini **orqa suv** deyiladi. Dard tutishi kuchaygan sari oldingi suv bilan homila pufagi tobora ko'p to'lishadi va ochilish davrining oxiriga yaqinlashganda dard tutmay turgan davrda ham homila pufagining tarangligi susaymaydi, homila pufagi yorilay deb turadi.

Homila pufagi tashqi teshik to'la ochilmasdan turib yorilsa, **qog'onoq suvi barvaqt ketdi** deyiladi, tug'uruq boshlanmasdan turib suv ketishi **muddatidan oldin suv ketishi** deyiladi. Qog'onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug'uruqning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Pardalar haddan tashqari zich bo'lsa homila pufagi tashqi teshigi to'la ochilgandan keyin kech yoriladi, ba'zan homilaning tug'ilish davrigacha saqlanib turadi va oldinda yotgan qismning oldida jinsiy yoriqdan do'ppayib ko'rinib turadi, bunday hollarda barmoq bilan yoki asbob (Koxer qisqichi) bilan homila pufagi yirtiladi.

Homilaning tug'ilish davri. Tug'uruqning 2-davri birinchi tug'uvchi ayollarda 1—2 soat, qayta tug'uvchi ayollarda 20—30 daqiqadan 1 soatgacha davom etadi.

Tashqi teshik to'la ochilgach, homila bachadon bo'shlig'idan ilgarilanma harakat qila boshlaydi. Qog'onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15—20 daqiqa o'tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmda moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskul-larining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi kichik chanoq asab chigallarini homila pufagidan ko'ra ko'proq bosadi. Shu sababli bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr tobora qisqaradi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglashib, zichlashib, qorin devorini do'ppaytiradi.

Bachadonning qisqarishlariga tez orada to'lg'oq ham qo'shiladi. To'lg'oq refleks yo'li bilan kelib chiqadi. Tug'uvchi ayol nafasini to'xtatib turadi, qo'l-oyoqlarini tug'ish karavotiga tiraydi va qorin muskullarini taranglashtirib, qattiq kuchanadi. Homilaning tug'ilish davrida ayolning hamma a'zolariga zo'r keladi, yurak-qon tomir tizimi zo'r berib ishlaydi, modda almashinuvi kuchayadi. To'lg'oq tutgan vaqtda tug'uvchi ayolning yuzi o'zgarib, yuzi va lablari ko'kayadi, ter bosadi, bo'yin venalari taranglashadi, oyoqlari tortishadi. Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq boshlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi.

Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) 2—3 daqiqaga qisqaradi. Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach oraliq bo'rta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat to'lg'oq vaqtida do'ppaygan bo'lsa, keyin pauzalarda ham do'ppayaveradi. Oraliq do'ppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tug'uruqdan oldin to'g'ri ichak tozalanmagan bo'lsa, to'lg'oq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi.

To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan ko'rinib turadi. To'lg'oq tutib bo'lgach, homila boshining ilgarilanma harakati tugaydi, homila boshi ko'zdan yo'qolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi to'lg'oq tutganda homila boshining kattaroq qismi do'ppayib turadi, lekin pauzada homila boshi yana yo'qoladi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan ko'rinishi homila boshining *suqilib kirishi* deb ataladi. Yana to'lg'oq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora ko'proq oldinga turtib chiqadi, endi u to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmaydi, jinsiy yoriq, barala ochilib turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmasa, homila boshi *yorib chiqdi* deb ataladi.

Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do'mboqlari jinsiy yoriqdan ko'rinadi; shu payt oraliqning taranglanishi nihoyasiga yetadi. Ensa va do'mboqlar yorib chiqqach, qattiq to'lg'oq vaqtida homilaning peshanasi va yuzi ham tug'uruq yo'llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to'lg'oq qisqa vaqt to'xtaydi. Homilaning tug'ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo'ladi. Yuzi ko'karadi, og'iz-burnidan shilimshiq keladi. Homila boshi tug'ilgach, yangidan boshlangan to'lg'oqda homila tanasi buriladi, natijada homilaning bir yelkasi simfizga, ikkinchi yelkasi dumg'azaga qarab turadi. Homila tanasining burilishi tufayli tug'ilgan boshi yuzini onasining o'ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buradi. Homila yuzi birinchi holatda onaning o'ng soniga, ikkinchi holatda chap soniga buriladi.

Homilaning yelkaları tug'uruq yo'llaridan quyidagicha chiqadi: oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi, orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi, so'ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka kamari chiqqach, tanasi va

oyoqlari bemalol chiqadi. Biroz loyqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor. Ba'zan tug'uruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ozgina chaqalanishi sababli bu suvlarga qon aralashgan bo'ladi. Yorug' dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, chinqirib yig'laydi, oyoqlarini faol qimirlatadi, terisi qizaradi. Ona qattiq charchaganini his qiladi, orom oladi, puls normallashadi. Ayol ko'zi yorigandan keyin ko'pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to'lg'oq tutgan vaqtda ayol ko'p haroratini yo'qotadi.

Tug'uruq biomexanizmi. Homila tug'iladigan davrda tug'uruq yo'llarining yumshoq qismlari va kichik chanoqdan o'tadi. Homila kichik chanoqdan va tug'uruq yo'llarining yumshoq qismlaridan o'tayotganda bajaradigan harakatlari yig'indisi tug'uruq biomexanizmi deb ataladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turidagi tug'uruq biomexanizmi eng tipik mexanizm hisoblanadi. Hamma tug'uruqlarning 95% ida ensa oldin keladi.

To'lg'oq va tug'uruq vaqtida ayolning holati. Ensa oldinda kelishining oldingi turida tug'uruq biomexanizmi 4 ta vaziyatdan 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 boshi o'tadi. Ensa qismi pastga tushadi, kichik liqildoq taqalish nuqtasi 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 bir vaqtning o'zida chanoqning o'tkazuvchi nuqtasi atrofida aylanadi. Bunda ensa old tomonga aylanadi, peshana esa orqaga. O'q-yoysimon chok qiyshiq o'lchamdan chanoqning to'g'ri o'lchamiga o'tadi. Bunda kichik liqildoq qovga o'tirgan bo'ladi;

— uchinchi vaziyat — boshning yozilishi. Boshcha chanoq tubida 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;

— to'rtinchi vaziyat — boshning tashqi, yelkalarining ichki burilishi. 1-holatda bosh yuzi bilan onaning o'ng soniga buriladi, 2-holatda chap songa buriladi.

Yo'ldoshning tushish davri. Tug'uruqning uchinchi davri tug'gan ayolda 20—30 daqiqadan oshmasligi kerak. Homila tug'ilgandan keyin yo'ldosh tushish davri boshlanadi. Bunda yo'ldosh va qobiqlari bachadon devoridan ajralishi va yo'ldosh tug'ilishi kuzatiladi. Tug'gan ayolda yo'ldosh ajralganlik belgilariga quyidagilar kiradi:

— ayolda yengil dard (kuchanish) paydo bo'lishi;

— bachadon tubi balandligi avval ko'tarilishi, so'ng qorin o'rta chizig'idan o'ng yoki chap tomonga qiyshayishi;

— kaft qirrasi qov ustiga bosib ko'rilganda, qisqich qisilgan kindik tizimchasi ichkariga qarab tortilmaydi, aksincha uzayadi. Yo'ldosh bachadonga yoki homilaga qaragan yuzasi bilan tug'ilishi mumkin.

Oddiy tug'ish. Bunda ayol, odatda, oyoqlari tiralgan holatda tug'ish stolida orqasi bilan yotadi, sonlari stol chekkasi tomon yozilgan bo'ladi. Bu holat tug'ayotgan ayoldan ko'ra, homilani qabul qilayotgan shifokorlar uchun qulayroq. Bundan tashqari, tibbiy aralashuv kerak bo'lgan paytda ham (masalan, qisqichlardan foydalanish yoki epizotomiyani qo'llash zarurati tug'ilib qolganda) bu holatda ishlash osonroq. Biroq ayolning o'zi uchun bunday holat ayrim asoratlarga sabab bo'lishi mumkin: ayolning qon bosimi tushib ketishi, oyoqlarning tomiri tortishib qolishi xavfi tug'iladi.

Bundan tashqari, to'lg'oq tutish imkoniyati cheklanganligi tufayli, bu holat homiladan qutulish vaqtini uzaytiradi. Bunday holatning yana bir kamchiligi shundaki, tug'ayotgan ayol homilani qabul qilayotgan kishini deyarli ko'ra olmaydi, uning ovozini eshitadi xolos, shu bilan birga, go'dakni dunyoga kelishi bilan ko'ra olish imkoniga ega bo'lmaydi.

Bizning tug'uruqxonalarimizda ko'p hollarda tug'ish paytida boshqacharoq holatda bo'lishni ham taklif etadilar. Bunda orqa bilan yotib, kuchanish paytida oyoqlarni qorin tomonga tortib, iyakni ko'kak tomon cho'zish kerak. Bunday holat chanoqdan chiqish yo'lini kengaytirishga yaxshi yordam beradi, biroq tug'ayotgan ayolning oxirgi kuchlarini olib qo'yadi va qon bosimini tushirib yuboradi.

Vertikal holatda tug'ish va o'tirgan holda tug'ish. Bunday tug'ish usuli jahonning ko'p mamlakatlarida anchadan beri qo'llaniladi. Bunday holatda ayol uchun kuchanish osonroq kechadi (har holda undan kamroq kuch talab qilinadi), tug'ishning ikkinchi davri ancha qisqaradi, homilada miya ichi shikastlanishlari kamayadi.

Shu bilan birga, bu holat shifokorlarga chot orasini kuzatish imkonini qiyinlashtiradi, shuningdek, homilaning tez harakatlanishiga va chot yirtilishiga sabab bo'lishi ham mumkin. Shuning uchun bunday holat homila tashqariga tez harakatlanayotgan paytda mutlaqo to'g'ri kelmaydi. Bundan tashqari, bunday tug'ish usulini bizning tug'uruqxonalarimizda taklif qilishlari uchun nihoyatda oddiy sabab to'sqinlik qiladi: maxsus karavotlar yo'q.

Yonboshlab yotib tug'ish. Kamchiliklari, birinchidan, bunday holat shifokor uchun butunlay notanish bo'lishi mumkin va o'zi uchun qulay va tanish bo'lgan homilani qabul qilish usulini qisqa vaqt ichida qayta qurish majburiyati qarshisida qoladi. Ikkinchidan, vaqt o'tishi bilan bu usul charchatib qo'yadi va tug'ishning ikkinchi davrini tezlashtirish talab qilingan hollarda mutlaqo to'g'ri kelmaydi.

Afzalliklari: bunday holat ayolga dard tutishlar orasida sal bo'lsa-da, nafasni rostlab olishga yordam beradi. Bel og'rig'ini ancha pasaytiradi, chot yirtilishlarining oldini olishga imkon beradi, arterial bosimi baland bo'lgan ayollar uchun juda to'g'ri keladi.

Suv ichida tug'ish tarafdorlari afzalliklar orasida avvalambor tug'ish og'riqlarining kamayishini ko'rsatadi. Suv ta'sirida tug'ishning birinchi davri ancha qisqaradi, og'riq ham kamroq seziladi. Shunday qilib, bu usul tarafdorlarining fikricha, u ayolga qulaylik tug'diradi, bolaning shikastlanish xavfini kamaytiradi, chunki iliq suvdagi sharoit bolaning ona qornida rivojlangan sharoitiga yaqinlashadi.

Biroq, bir qarashda juda jozibali ko'ringan bu usulning ham kamchiliklari mavjud. Avvalambor, bu usulning ko'rilgan barcha afzalliklariga qaramay, oddiy vodoprovod suvida (tug'ish paytida esa aynan ana shu suvdan foydalaniladi) xavfli bakteriyalarning yo'qligiga kim kafolat bera oladi? Dengiz suvi haqida esa gap ham bo'lishi mumkin emas.

Biroq, qanday bo'lmasin zamonaviy tibbiyot bu borada katta yutuqlarga erishgan. Muayyan moliyaviy imkoniyatlar va ma'lum darajada tanlash erkinligi bizga buning samaralaridan foydalanish imkonini beradi.

Tug'ishga tayyorgarlik ko'rishda bajariladigan mashqlar

Tug'ish — ayolning butun kuchini «so'rib oladigan» sinov. Ayol jismida gormonlarning kuchli oqimi ishlab chiqiladiki, ular homilador ayolga qo'shimcha kuch bag'ishlaydi. Ammo o'z-o'ziga

qo'shimcha g'amxo'rlik ham zarar qilmaydi, albatta. Harakat bu sog'liq va quvonch baxsh etadigan omildir, shuning uchun uni homiladorlik paytida ham yo'qotmaslik kerak. Bu ona uchun ham, homila uchun ham birdek foydali: go'dak onaning bir maromdagi harakatlaridan beshikdagidek mayin tebranadi, me'yordagi jismoniy mashqlar va sport mashg'ulotlari onaning qon aylanishini yaxshilaydi, ortiqcha vaznning oldini oladi, muskullarni mustahkamlaydi va pirovard natijada tug'ishni osonlashtiradi.

1. Mashg'ulotlar oldidan albatta shifokor bilan maslahatlashish zarur. Agar homiladorlik normal kechayotgan bo'lsa va shifokor ayrim turdagi mashqlarni bajarishni ma'qullasa, shunda ham avval homilador ayol o'z kuchini va ahvolini chamalab ko'rishni, so'ng mashqlarni bajarishga kirishishi zarur. Agar tanlagan mashqlar ayolni toliqtirsa yoki noqulaylik tug'dirsa, ularni bajarmagani ma'qul. Bu o'rinda ehtiyotkorlik kerak. Yaxshisi huzur bag'ishlaydigan osonroq mashqlarga o'tish kerak. Agar ayol bu mashqlardan qoniqish sezsa, demak, homila ham uning kayfiyatidan bahra oladi.

2. Mashqlarning turlari. Haqiqatan ham hozirgi paytda tug'ishga tayyorlanish uchun mo'ljallangan ko'plab mashqlar mavjud. Quyida biz ko'pchilik ayollar uy sharoitida ham bajara oladigan mashqlarga to'xtalib o'tamiz. Ularni hatto o'zini sportdan yiroq hisoblagan, ammo bunday tayyorgarlikning ahamiyatini tushungan har qanday ayol bajara oladi:

1. Qizdiradigan, ya'ni boshlang'ich mashqlar.
2. O'zini bo'sh qo'yish uchun mashqlar.
3. Nafas olish mashqlari.
4. Muskullarni mustahkamlash va bo'g'imlarni harakatlantirish uchun mashqlar.
5. Chiniqtiruvchi mashqlar.
6. Chot oralari muskullarini chiniqtirish uchun maxsus mashqlar.

Eng muhimi:

1. Har qanday jismoniy mashqlarni osoyishta, bir maromda shoshilmasdan bajarish kerak.

2. Mashqlarni bajarish paytida ayol o'zini zo'riqtirishi yaramaydi, aks holda homiladorlik tufayli shunday ham sal zaiflashib qolgan bo'g'imlar shikastlanishi mumkin.

3. Mashg'ulotlar 15 daqiqadan kam davom etmasligi kerak. Agar kuniga yarim soat yoki 40 daqiqa mashq qilishning imkoni bo'lsa, yana yaxshi.

4. Jismonan eng yuqori ishga layoqatlilik soat 10 dan 12 gacha va 18 dan 19 gacha kuzatiladi.

5. Mashg'ulot oldidan 10 daqiqani qizdiradigan mashqlarga, 5 daqiqani og'ir mashqlarga va 5 daqiqani relaksatsiyaga ajratish kerak. Bir necha kundan keyin mashqlarning har bir bosqichini yana 5 daqiqadan uzaytirish mumkin.

6. Gimnastikani qizdiradigan mashqlardan boshlab, relaksatsion nafas mashqlari bilan tugatish kerak.

7. Mashqlardan kamida 1 soat oldin ovqatlanish kerak. Shunda ovqat hazm bo'lib, undan homila o'ziga kerakli kaloriyalarni olib bo'ladi. Organizmi ham mashq paytida unga kerakli kaloriyalar va yog'larni hazm qilishga sarflamay, balki qo'shimcha energiya oladi.

8. Mashqlarni bajarish mobaynida suyuqlik ichib turiladi. Organizm ortiqcha suyuqlikni yo'qotishi kerak emas.

9. Mashqlarni bajarayotganda, ovoz chiqarib sanalsa to'g'ri nafas olish unutilmaydi.

10. Nafasni ushlab turish tavsiya etilmaydi.

11. Sirg'anib ketish xavfi bo'lmagan joyda mashq qilish kerak.

Mashqlarga kirishish. Homilador ayol o'zi uchun komplekslardan birini yoki hamma komplekslardan o'ziga to'g'ri keladigan mashqlarni tanlab olishi mumkin. Bunda sog'liqning umumiy holati, yosh, sport mashqlarini bajara olish darajasi va boshqa shu kabi omillarni hisobga olish kerak.

I. Aerobik kompleks.

Qon yurishishi uchun turgan joyda 40 soniya davomida yurish. Shundan so'ng mashqlarga kirishiladi. Stul (yoki taburet)ni polga yonlamasiga yotqizib qo'yiladi va quyidagi mashqlar bajariladi:

1. Dastlabki holat: tik turib, oyoqlar yelka kengligida qo'yiladi, oyoq taglari bir-biriga nisbatan parallel joylashgan, qo'llar oldinga cho'zilgan. Shu holda yarim o'tirib-turiladi, qo'llar har o'tirib-turganda pastga — orqaga, pastga — oldinga harakatlanadi. Gavda tik tutiladi, to'g'riga qaraladi. Mashqni bajarish sur'ati sekin, nafas bir maromda olinadi. Mashq 10 marta takrorlanadi.

2. Dastlabki holat birinchi mashqdagidek. Gavdani oldinga bukib, qo'l uchlarini navbatma-navbat avval bir oyoqning, keyin ikkinchi oyoqning uchlariga yetkaziladi. Har bir bukilishdan keyin, dastlabki holatga qaytiladi. Nafasni ushlab turmay, o'rtacha sur'atda bajariladi. Mashq 12—14 marta bajariladi.

3. Dastlabki holat birinchi mashqdagidek. Gavda yarim bukilgan, qo'llar erkin pastga tashlangan, boshi oldinga egilgan, gav-

daning yuqori qismi va qo'l muskullarini bo'shashtirishga harakat qilinadi. 3—5 soniyadan keyin tik turib, yelkalar orqaga tashlab egilinadi. Mashq bir maromda asta-sekinlik bilan bajariladi. Bir tekisda nafas olib, mashqni 5—7 marta takrorlanadi.

4. Dastlabki holat: tik turib, oyoqlar sal kerilgan, qo'llar yon tomonga ko'tarilgan. Oldinga egilib navbatma-navbat o'ng qo'lni chap oyoq uchiga, keyin chap qo'lni o'ng oyoq uchiga tekkiziladi. Mashq o'rtacha sur'atda 10—12 marta takrorlangach, tik turib, qo'llar tushiriladi va yelkadan belgacha bo'lgan muskullarni bo'shashtirishga harakat qilinadi. Mashq 3—4 marta takrorlanadi.

5. Dastlabki holat 4-mashqdagidek. Gavda navbatma-navbat bir o'ng yonboshga, bir chap yonboshga egiladi: o'ng tomonga egilganda chap qo'l bosh ustida, o'ng qo'l orqada bo'ladi. Chap tomonga egilganga, qo'llar holati almashadi. O'rtacha sur'at 12 marta.

6. Dastlabki holat: tik turib oyoqlarni jipslashtirish. Gavda bir o'ng yonboshga, bir chap yonboshga egiladi: o'ng tomonga egilganda o'ng qo'l gavda bo'ylab pastga sirg'aladi, chap qo'l qo'ltiq tomon harakatlanadi, chap tomonga egilganga, chap qo'l pastga tomon sirg'aladi, o'ng qo'l qo'ltiq tomon harakatlanadi, qo'llar almashinadi. Har bir tomonga 10—12 martadan egilish kerak. Bosh to'g'ri tutiladi, nafas ushlanmaydi. Mashq tugagach, bir necha marta nafas burun bilan olinib, og'izdan chiqariladi.

II. Maqsadli kompleks.

1. Tug'ish jarayonini osonlashtirish uchun (qorin bo'shlig'i, qorin va chanoq sohasini mustahkamlash uchun). Tik turgan holatdan juda sekin cho'kkalab o'tiriladi. Imkon darajada oyoq ostlari to'liq polda turishi kerak. Boshida shu holatda 15—20 soniya qolinadi. Keyinchalik asta-sekin bu holatni bir daqiqagacha yetkaziladi.

2. Muskullarning elastikligi uchun (tizza va son bo'g'imlarining harakatchan bo'lishi uchun). Polga o'tiriladi. Bir oyoq tizzadan bukilgan, ikkinchisi cho'zilgan. Ikkala qo'lni cho'zilgan oyoq uchiga yetkazishga harakat qilinadi va shu holatda 20 soniya turiladi. Mashqni oyoqlarni almashtirib, 5 marta takrorlanadi.

3. Umurtqaga dam berish uchun. Uzunroq sochiqning ikki uchidan ushlab, bosh orqasiga o'tkaziladi. Bunda tirsaklar yelkadan pastroqda turishi kerak. Sochiqqa osilib, 30 soniya turiladi. Mashq bir necha marta bajariladi.

4. Chidamlilikni rivojlantirish uchun. Dumbani devor tomonga qaratib, orqa bilan yotiladi. Oyoqlar bilan devor bo'ylab yuqoriga qarab qadam tashlanadi. Yuqoriga yetgach, oyoqlar ikki tomonga keriladi va shu holatda 30 soniya turiladi.

5. Kislorod bilan to'yinish va nafas olish uchun. Stulda o'tirib, tik turib yoki tizzalab bajarish mumkin. Burundan chuqur nafas olib, og'izdan sekin chiqariladi. 5—7 daqiqa davomida bajariladi.

6. O'zini bo'sh qo'yish uchun. Orqaga yotiladi. Yonboshlab yotish ham mumkin. Sekin-sekin muskullarni quyidagi tartibda bo'shashtirishga harakat qilinadi: son, oyoq, dumba, qorin. Nafas osoyishta olinadi. Yoqimli narsalar to'g'risida o'ylanadi. Bo'shashtiradigan, vazmin musiqa ham qo'yish mumkin. Ba'zida homiladorlik og'ir kechayotganda, bironta mashqlarni bajarish mumkin bo'lmay qoladi. Shunda mana shu mashqning o'zini bajarish foyda keltiradi.

To'lg'oq (dard) va tug'uruq vaqtida ayolning holatlari

Tug'uruqning birinchi davri

Tug'uruqning birinchi davrida tik holatda bo'lish degani tik turish, cho'kkalab o'tirish, tizzada turish, o'tirg'ich yoki puflangan koptoklarda o'tirish yoki xona bo'ylab yurish demakdir.

Ayol tanlagan holatda bo'lishiga hamrohi yordam berishi mumkin.

Tug'uruqning birinchi davrida tik holatda bo'lish afzalliklari:

- og'riqlar kamroq seziladi;
- og'riqsizlantiruvchi vositalarni qo'llashga ehtiyoj kamayadi;
- tug'uruq tezroq kechishi mumkin.

Kamchiliklari:

- biror-bir ma'lum kamchiliklari yo'q.

Tug'uruqning ikkinchi davri

Tug'uruqning ikkinchi davrida tik holatda bo'lish degani tizzada turish, cho'kkalab o'tirish, to'g'ri o'tirish yoki tug'uruq kursisini ushlab o'tirish demakdir. Bugungi kunda tug'uruqxonalarda tik holatda tug'dirish amaliyoti joriy etilmoqda. Biroq tug'ayotgan ayol uchun noqulay hisoblangan chalqancha yotish holati hali ham keng qo'llanilmoqda.

Tug'uruqning ikkinchi davrida tik holatda bo'lish afzalliklari:

- qulayroq va og'riqlar kamroq bo'ladi;

- kuchanish osonroq bo'ladi;
- qo'shimcha vosita va muolajalarni yoki kesarcha kesishni qo'llashga ehtiyoj kamayadi;
- qinning yirtilish ehtimoli kamayadi;
- chaqaloqlarda tug'uruqdan so'ng darhol yaxshi nafas olish imkoni ko'proq bo'ladi;
- tug'ish vaqti qisqaradi.

Kamchiliklari:

- jinsiy lablarning yirtilish ehtimoli ortadi;
- tug'uruq kursisidan yoki o'tirg'ichidan foydalanilganda, qon yo'qotish ehtimoli bor (lekin muammo keltiradigan darajada emas).

Tik holatda bo'lish qanday yordam berishi mumkin:

- og'irlik kuchi bolaning oson va tez pastga siljishiga yordam beradi;
- bachadon qon tomirlariga bosim kamayadi;
- bolaning tug'uruq yo'llaridan o'tishi uchun qulay holatda bo'lishiga yordam beradi;
- bachadon qisqarishlari oson kechadi;
- cho'kkalab o'tirganda yoki tizzalab turganda chanoq kengroq ochilib, bolaning o'tishi yengillashadi.

Tug'uruqni hamroh bilan olib borishning ahamiyati

Tug'uruq vaqtida turmush o'rtog'i, onasi, opasi, dugonasi va o'zi xohlagan doya hamroh bo'lishi mumkin. Hozirgi davrda tug'uruqxonalarda otalarning ishtirok etishi qo'llab-quvvatlanmoqda. Bu amaliyot bugungi kunda butun dunyoda shunchalik keng tarqaldiki, ota tug'uruq vaqtida bo'lajak ona bilan birga bo'lib, unga barcha kerakli yordam va madadni berishini osongina tasavvur qilish mumkin. Doyaning hamroh bo'lishi sog'liqqa zarar yetkazmasdan yordam berish uchundir.

Tug'uruqxonaga nimalar olish kerak?

Yangi hayotning paydo bo'lishiga avvaldan har tomonlama tayyorgarlik ko'rib qo'yish kerak. Ma'lumki, tug'uruq jarayoni kutilmagan vaqtda va kutilmagan yerda sodir bo'lishi mumkin. Ona va bolaga tug'uruqxonada kerak bo'ladigan narsalarni bashorat qilinayotgan tug'uruq sanasidan 2—3 hafta oldindan tayyorlab qo'ygan ma'qul. Aks holda bu haqda yaqin qarindoshlaridan biriga



3-rasm. To'lg'oq va tug'uruq vaqtida ayolning holati

iltimos qilishga to'g'ri keladi. U kishi esa siz qo'ygan narsani kerakli joydan topa olmasligi yoki chalkashtirib yuborishi mumkin. Shuning uchun bo'lajak onaning o'zi hamma narsani tayyorlab qo'ygani yaxshi. Tug'uruqxonaga olinadigan narsalar ikki qismga bo'lib tayyorlanadi: onaga kerakli narsalar va bolaga kerakli narsalar.

Tug'uvchi ayol uchun zarur bo'lgan anjomlar:

- zarur tahlillarning natijalari;
- almashinuv kartasi, pasport, yo'llanma, qarindoshlar bilan aloqa qilib turishi uchun telefon. Agar tug'uruq to'lovli bo'lsa, shartnoma esdan chiqmasin;
- xalat yoki oldida tugmachalari yechiladigan ip gazlamali ko'ylak, ro'mol;
- tish pastasi, tish cho'tkasi, sovun, hojatxona qog'ozi, taroq, sochiq, bir martalik ishlatiladigan namlangan sochiqcha;
- paxtali yengil ich kiyimlar, kamida 2 juftdan;
- odatdagi hajmdan kattaroq ip gazlamali siynaband (oldidan taqilsa qulay bo'ladi);
- ob-havoni hisobga olgan holda ustki kiyim va poyabzal;
- 5 metr toza doka yoki dazmol bosilgan chit gazlama (tagliklar va ko'krak salfetkalari uchun);
- chaqaloq uchun 2 tadan qalpoqcha, ko'ylakcha, yo'rgak, qishda issiq yopinchiq (har ehtimolga qarshi);
- ifloslangan kiyimlarni solish uchun polietilen xaltacha.

Tug'uruq yaqinlashgan sari nafas olish yengillashishi, lekin yurish qiyinlashishi va qorin pastida og'riqlar sezilishi tabiiy hol ekanligini homilador ayolga tushuntiriladi.

Tug'uruq davrida kerak bo'lib qoladigan narsalar: to'lg'oqlarning chastotasi va davomiyligini o'lchash uchun soat, ichimlik suvi (gazsiz mineral suv yoki o't damlamalari), salfetkalar, tapochka.

Tug'uruqdan keyin asqatadigan narsalar: gigiyenik tagliklar, xalat, pijama, tungi ko'ylak, emizish uchun ikkita bustgalter (oldidan taqilsa yanada yaxshi), issiq paypoq (lekin jun emas), pardozi anjomlari.

Nihoyat, kichkintoy uchun kerakli narsalar: pamperslar, 2—3 ta ko'ylakcha, raspashonka, 2—3 ta yengi uzun ko'ylakcha, 2—3 juft ishtoncha, bir juftdan yengil va issiq qalpoqcha. Tug'uruqxonadan chiqishidagi kiyim yil fasliga mos bo'lishi kerak.

Kichkintoyning barcha kiyimlari avvaldan yaxshilab yuvilgan va dazmollangan bo'lmog'i lozim.

Agar tug'uruqxonada qoidalari uydan oziq-ovqat mahsulotlarini olib kirishga yo'l qo'ysa, uydan gazsiz mineral suv, ho'l meva, pishirilgan go'sht (emizikli onalar tuxum va parranda go'shtini yeyishi mumkin emas), qora choy keltirishlari mumkin.

Ko'krak bilan emizayotganda shakar bilan tuzni imkon darajada kamroq iste'mol qilish tavsiya etiladi.

Tug'uruqxonadan chiqadigan kun almashinuv kartasi, sog'liq qayd etilgan varaq, oilaviy poliklinikaga bola tug'ilganini ma'lum qilib, patronaj hamshirani chaqirish esdan chiqmasligi kerak.

Tug'uruqni og'riqsizlantirishning psixoprofilaktik usulini orgatish

Maqsad: tug'uvchi ayolni tug'uruqqa psixoprofilaktik tayyorlash.

Jihozlar: tug'uruq haqidagi plakat, mulyaj, maket, fantom va ma'ruza matni.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| Birinchi mashg'ulot | |
| 1. Homilador ayollarga jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi va homiladorlik davrida yuz beradigan o'zgarishlar tushuntiriladi. Shuningdek, uning'lanish jarayoni va homiladorlikning mohiyati, bu davrda uning xulqi, tartib-intizomi (mehnat tartibi, dam olish parhezini va kiyimi, jinsiy hayot giginasining o'ziga xos xususiyatlari) tushuntiriladi. | Psixoprofilaktik usul bilan tayyorgarlik ko'rgan homilador ayol oson tug'adi va unchalik og'riq sezmaydi hamda tug'uruqda asoratlar kam uchraydi. Psixoprofilaktik darslarda homilador ayol va uning eri ishtirok etishi maqsadga muvofiq bo'ladi. |
| Ikkinchi mashg'ulot | |
| 2. Tug'uruq va tug'uruq davrlarining fiziologik kechishi hamda og'riq keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan ba'zi lahzalar (dard, to'lg'oq, hachadon bo'yining ochilishi, homilaning bachadondan haydab chiqarilishi) haqida ma'lumot beriladi. | Psixoprofilaktik darslarda homilador ayol va uning eri ishtirok etishi maqsadga muvofiq bo'ladi. |

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|----------|
| Uchinchi mashg'ulot | |
| 3. Homilador ayol o'tgan mashg'ulotlarni takrorlaydi. Tug'uruqning 1- va 2-davri to'g'risida ma'lumot, to'lg'oq vaqtida nafasni to'xtatib, og'izni yopib kuchanish, to'lg'oq tugagach to'liq nafas olish va muskullarni bo'shatish tavsiya etiladi. Ushbu darsda tug'uruq vaqtida tug'uvchi ayol erining ishtirok etishi mumkinligi, tug'uruqning 1- va 2-davrlarida homilador ayolning vaziyatlari haqida tushuncha beriladi va ayol o'ziga ma'qul bo'lgan eng qulay vaziyatni o'zi erkin tanlab olishi to'g'risida ma'lumot beriladi. O'z-o'zini og'riqsizlantirish usuli haqida (qorinni siypalash, ikkala qo'lni musht qilib Mixaelis rombi sohasiga qo'yish) tushuntiriladi. | |
| To'rtinchi va beshinchi mashg'ulotlar | |
| 4. Homilador ayol bilan oldingi mashg'ulotlar takrorlanadi. Homilador ayolning darslarni o'zlashtirganligi tekshiriladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa kerakli kiyimlarni namoyish qilib ko'rsatiladi, qo'g'irchoq bilan qanday yo'rgaklash usuli va chaqaloqni parvarishlash to'g'risida, bo'yida bo'lishdan saqlanish vositalari to'g'risida ma'lumot beriladi. | |

Sterillanadigan vositalarni maqsadga muvofiq usulda biksga joylash

Maqsad: har bir muolaja sterillangan asboblardan va oqliqlardan bilan bajarilishini ta'minlash.

Jihozlar: biks, oqliqlar, xirurgik asboblardan, niqoblar, sochiqlar.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuviladi va quritiladi. | |
| 2. Biks tubiga oqliqlar to'shaladi. | |

| | |
|--|--|
| 3. Devorlariga salfetka to'shaladi. | |
| 4. Birinchi qavatiga operatsiya oq- liqlari taxlab joylashtiriladi. | |
| 5. Ikkinchi qavatiga xirurgik asboblari salfetkaga o'ralib joylashtiriladi. | |
| 6. Uning ustidan xalat, ustidan belbog' taxlab joylanadi. | |
| 7. So'ngra niqob, doka salfetkalar va qo'l uchun sochiqlar taxlanadi. | |
| 8. Qatlam ustiga indikatorlar solinadi. | |
| 9. So'ngra qopqoq yopiladi, biks yonbosh teshiklari ochiladi. | |
| 10. Zararsizlantirish vaqti, hamshira famiyasi yozilgan belgi biksga bog'- lanadi. | |

Sterillanadigan vositalarni universal usulda bikslarga joylash

Maqsad: oqliqlarni sterillashni o'rgatish.

Jihozlar: biks, oqliqlar, har xil o'lchamli salfetkalar, doka sharchalar.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Biksnig pastki qatlamiga oqliqlar solinadi. | |
| 2. Bog'lov materiallari bo'limlarga ko'ndalang qilib joylashtiriladi: a) o'ng tarafdagi har xil o'lchamdagi salfetkalar (30 dona) joylashtiriladi; b) yonidan uch xil o'lchamdagi tam- ponlar joylashtiriladi (30 dona); d) old qismiga turundalar bir xil o'ram qilib joylashtiriladi; e) doka sharchalar birinchi qavatning ustki qismiga joylashtiriladi (50 dona). | |

2.4. Chilla davri fiziologiyasi haqida tushuncha va tug'gan ayolni parvarishlash

Chilla davri fiziologiyasi. Chilla davri (tug'uruqdan keyingi davr — *puerperium*) homilaning tug'ilgan paytidan boshlanib, 6—8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tug'uruq munosabati bilan

ro'y bergan o'zgarishlarning deyarli barchasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoriga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan ba'zi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz ko'ra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (ko'pincha emizish davri tugagandan keyin) hayz ko'radi. Emizikli ayollardan faqat ba'zilari tug'uruqdan 6—8 hafta keyin hayz ko'ra boshlaydi.

Tug'gan ayol organizmidagi o'zgarishlar. Yo'ldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati cho'zilgani uchun bachadon ancha harakatchan bo'lib qoladi. Bachadon tubi tug'uruqdan bevosita keyin kindikdan 1—2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bog'liq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bemaolol siljiydi. Qovuq to'lib ketganda bachadon tubi qovurg'alar ravog'i ostigacha yetishi mumkin. Bachadon bo'yni tug'uruqdan keyinroq yupqa devorli xalta shakliga kiradi, bo'yin kanali qo'l panjasini bemaolol o'tkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma bo'lib osilib tushadi.

Bachadonning ichki yuzasi platsenta va pardalar ko'chgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tug'uruqdan keyinroq bachadonning bo'yi o'rta hisob bilan 15 sm (13—16 sm), bachadon naylari boshlangan joy ro'parasidagi eni 12—13 sm, vazni 1000 g keladi. Tug'uruqdan keyin qin ilvillagan, keng tashqi jinsiy a'zolar shishgan, bo'rtgan, jinsiy yoriq ochiq bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolar va qin devorlari ko'pincha yoriladi va chaqalanadi. Chilla davrida bachadon kichrayadi, bo'yni avvalgi shakliga keladi, bachadonning sidirg'a jarohat bo'lgan ichki yuzasi bitadi. Chilla davrida bachadon muskullarining qisqarishi (chilladagi dard tutishi) sababli hajmi kichrayadi. Bachadon muskullarining qisqarishi natijasida muskul tolalaridan bir qismi qonsirab, yog' distrofiyasiga uchraydi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa bo'ladi. Tug'urudan keyingi dastlabki 10—12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tug'uruqdan keyin 1—2-kuni bachadon tubi kindik ro'parasida, 3-kuni kindikdan 1—2 barmoq enicha pastroqda, 4-kuni kindikdan 2—3 barmoq enicha pastroqda, 5-kuni qovning yuqori chekkasi bilan kindik orasidagi masofaning o'rtasida bo'ladi. 6-kuni bachadon tubi balandligi qovdan 4 barmoq enicha yuqorida

bo'ladi. 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10—12-kuni bachadon tubi odatda, orqasiga o'tib, qo'lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o'lchab olinadigan ma'lumotlarga asoslanib, bachadon involutsiyasi (jinsiy a'zolarining o'z holiga qaytish jarayoni) haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo'shatilgach santimetrli tasmada o'lchanadi. Bachadonning bo'yi kichrayish bilan bir vaqtda, eni va vazni ham kamayadi. Bachadon bo'yni ichkaridan tashqariga qarab shakllanadi, ichki teshigi ertaroq, tashqi teshigi kechroq bekiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig'arli ochiq turadi, 7—10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug'uruqdan keyin 3-haftada yopiladi.

Bachadon qisqarishi bilan bir vaqtda bezlarining tub bo'limlaridagi epiteliy va endometriy bazal qavatining stromasi o'sishi hisobiga bachadon shilliq pardasi tiklanadi (regeneratsiya). Shilliq parda regeneratsiyasi ayolda bachadon jarohatining bitish jarayonidan iborat. Bachadon jarohati bitgan vaqtda lekotsitlar devori hosil bo'ladi. U bachadon devoriga va jinsiy yo'llarning boshqa bo'limlariga mikroblar kirishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug'uruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo'ladi, 20-kunga borib endometriy to'la tiklanadi.

Bachadon involutsiyasining tezligi ayolning umumiy ahvoriga, yoshiga, tug'uruqning qanday o'tganiga, bola emizishiga va shu kabi sabablarga bog'liq, quvvatsizlanib qolgan va ko'p tug'gan ayollarda, o'rta yoshlarda birinchi marta tug'gan ayollarda patologik tug'uruqdan keyin bachadon involutsiyasi sekinroq boradi; emizikli ayollar bachadoni bola emizmaydigan ayollarnikiga nisbatan tezroq qisqaradi. Chilla davrida qin tonusi avvalgi asliga keladi, qin hajmi kichrayadi, shish va giperemiya qaytadi, tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'ynining chaqalangan, yorilgan (va yirtilgan) joylari bitadi. Bachadon boylamlari sekin-asta kaltalanadi, bachadon naylari va tuxumdonlar odatdagi o'rniga qaytadi va homiladorlikdan oldingi holiga keladi. Qorin devori sekin-asta qisqaradi va chanoq tubining muskullar tonusi tiklanadi. Ba'zi ayollar tug'gandan keyin qorin devori avvalgiday elastik bo'lmaydi. Homiladorlik chanoqlari oq tusga kiradi, qorin o'q chizig'ining pigmentatsiyasi (dog'i) yo'qoladi yoki juda ham kamayadi.

Loxiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar — loxiyalar (*lochiya*) keladi. Loxiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, ya'ni jarohat sekretidir. Loxiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi detsidual parda qoldiqlaridan, leykotsitlardan iborat. Dastlabki 3—4 kunda loxiyalar qonday qizil bo'ladi (*lochia rubra*). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, biroz qon aralash seroz suyuqlikka o'xshaydi (*lochia serosa*), 10-kunga borib tiniq, qonsiz bo'lib keladi (*lochia alba*). Loxiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab loxiyalar kam kelib, shilimshiqq bo'lib qoladi, 5—6-haftaga borib kelmay qo'yadi. Bachadon involutsiyasi sekin davom etganda loxiyalar chiqishi cho'zilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa, loxiyalar bachadon bo'shlig'iga to'planishi mumkin (*loxiometra* — *lochiometra*).

Sut bezlarining funksiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari o'zgarib kelajakdagi funksiyasini o'tashga — sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq ko'krak uchida og'iz suti — sekret tomchisini siqib chiqarish mumkin. Og'iz suti ishqoriy reaksiyali suyuqlik bo'lib, unda oqsil, yog' tomchilari, bez pufakchalari va sut yo'llarining epiteliy hujayralari va og'iz suti tanachalari bor. Tug'uruqdan keyin 2—3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda, shu paytda sut bezlari to'lishadi va sezuvchan bo'lib qoladi. Sut murakkab reflekslar gormonal ta'sirida ishlanib chiqadi. Sut hosil bo'lishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi. Sut bezlari sutdan tashqari bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqaradi. Bola emganda ko'krak uchidagi nerv elementlarining ta'sirlanishi tufayli bachadon refleksi yo'li bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleksi yo'li bilan qisqarishi ko'pincha dard tutgandek og'riq beradi.

Tug'gan ayolning umumiy ahvoli va ichki a'zolari. Chilla davri normal o'tayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi bo'ladi. Tug'gan ayol dastlabki kunlari tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasida og'riq sezadi, og'riq doimiy bo'lmaydi. Chilla davrida tana harorati va puls doimiy nazoratda bo'lishi kerak. Tomirning tez-tez urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37% dan yuqori bo'lishi, chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo bo'lganligidan darak beradi. Tug'gan ayol ko'p suyuqlik ichganda terlashga moyil bo'ladi. Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, keyinchalik asliga keladi.

Gavda vazni tug'uruqdan keyingi kunlarda kamayadi, yog' to'planishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydi, qovuq funksiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish ko'pincha qiyinlashadi. Bunga sabab tug'gan ayol qovug'i ancha to'lib ketganda ham siygisi qistayotganini sezmaydi. Ba'zan siygisi qistagani holda siydik chiqarish qiyinlashadi, ba'zan esa siydik chiqayotganda og'riq seziladi. Siydik chiqarishda og'riq sezilishi, odatda, tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasining yorilgan va chatnagan joylariga siydik kirishiga bog'liq. Ba'zi ayollar yotgan holida siydik chiqara olmaganini uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funksiyasi. Chilla davrida ko'pincha ich kelmay qoladi (dabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bog'liq. Qorin pressining bo'shashishi, turmasdan o'rinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab bo'ladi. Tug'gan ayollarda ba'zan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo bo'ladi, bular odatda deyarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa, defekatsiya vaqtida og'riq seziladi.

Chilla davrini boshqarish. Chilla davri normal o'tsa, tug'gan ayolni sog'lom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj bo'ladi. Bu rejim jinsiy a'zolar involutsiyasining to'g'ri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funksiyasiga yordam beradi. Tug'gan ayolni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish, ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir. Bachadonning jarohat yuzasi, tug'uruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infeksiya kirishi mumkin. Shunday ekan tug'gan ayolning jinsiy yo'llariga infeksiya kirishi chilla davrining septik infeksiyasi avj olishi nuqtayi nazaridan katta xavf tug'diradi. Tug'gan ayollarning ko'pincha ko'krak uchlarini yoriladi, unga infeksiya kirishi ham xavfli. Ko'krak uchlarining yorilgan joylaridan infeksiya kirishi natijasida sut bezi yallig'lanadi (mastit). Chilla davrida palata, o'rin-bosh va barcha parvarish buyumlarini g'oyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tug'gan ayolning jinsiy a'zolariga va sut bezlariga ishlatiladigan hamma asboblar, material va parvarish buyumlari steril bo'lishi kerak. Tug'gan ayollarning tagini tozalaganda qo'lni yaxshilab yuvish, dezinfeksiya qilish uchun niqob tutish talab etiladi. Tibbiyot xodimlari shaxsiy gigiyenaning barcha qoidalariga rioya qilishlari

zarur. Tug‘gan ayolning tinch yotib, orom olishi chilla davrining to‘g‘ri o‘tishiga yordam beradi. Shunday ekan, tug‘gan ayolning normal uxlashi uchun zarur sharoit tug‘dirish, uni tashvishlantirmaslik, hayajonlantirmaslik va boshqa salbiy emotsiyalardan saqlash kerak. Ayolni to‘g‘ri ovqatlantirish, qovuq va ichak funksiyalarini tartibga solish, faol harakatlarni izchil bajarish katta ahamiyatga ega.

Tug‘gan ayollarning yotish sharoiti. Tug‘gan ayollar yotadigan palatalar yorug‘ va keng bo‘lishi kerak. Har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon to‘g‘ri keladigan bo‘lsin. Palatalar sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va ko‘p marta shamollatib turiladi, har 7—10 kunda, hozirgi davrda 4—5 kunda (tug‘gan ayollar uyiga jo‘natilgandan keyin) palata bo‘shatiladi, so‘ngra yig‘ishtirib, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfeksiyalanadi. Tug‘gan har bir ayol uyiga jo‘natilgach, karavot va kleyonkalar dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmalayotgan ayollar uyiga jo‘natilgach, o‘rin-hoshi dezinfeksiya qilinadi.

Tug‘gan ayol tug‘uruq bo‘limidan palataga keltirilgach, toza o‘ringa yotqiziladi. Uning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning o‘rtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (o‘lchami o‘rta hisob bilan 1x1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashiriladi. Boshqa choyshab va ko‘ylak ifloslangani sayin yangilab turiladi. Choyshab, ko‘ylak obdan qaynatib yuviladi va yaxshilab dazmollanadi. Har bir koyka yonida individual tuvak bo‘lishi kerak, u qaynatib olingan bo‘ladi va tug‘gan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizofom) bilan yuviladi. Tug‘gan ayolning umumiy ahvoli va ruhiyati (uyqusi, ishtahasi, kayfiyati) aniqlanadi, pulsi sanaladi va tana harorati kuniga kamida 2 marta o‘lchanadi, sut bezlarining qanchalik bo‘rtganligi, ko‘krak uchlarining yorilgan-yorilmagani, bezillash-bezillamasligi va shu kabilar aniqlanadi. Bachadon tubining qanchalik balandda turganligi, bachadon konsistensiyasi, palpatsiyada og‘rish-og‘rimasligi tekshiriladi, tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechirilib, loxiyalar xarakteri va miqdori aniqlanadi. Qovuq va ichak funksiyasi kuzatib turiladi. Tug‘gan ayoldan so‘rab va obyektiv ravishda tekshirib olinadigan shu ma‘lumotlarning hammasi tug‘uruq tarixiga yozib boriladi.

Qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shab turishi bachadon involutsiyasining to'g'ri borishiga yordam beradi. Siydik chiqarish qiyinlashganda tug'gan ayol chanog'i tagiga tuvakni isitib qo'yiladi, qovuq ustiga 15—20 daqiqa isitgich qo'yish mumkin. Refleks yo'li bilan (vodoprovod jo'mragidan, obdastadan jildiratib suv tushirib va shunga o'xshash yo'llar bilan) siydirishga urinib ko'rsa bo'ladi. Pituitrin kuniga 1—2 mahal 1 ml dan va magniy sulfat (25% li eritmasi 5—6 ml dan muskul orasiga) inyeksiyalari yaxshi ta'sir qiladi. Bu dorilar naf bermasa, qovuqni kateterlashga to'g'ri keladi, bunda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi (kateter qaynatiladi, qo'l yuviladi, uretra sohasi dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritma bilan tozalanadi). Kateterlashdan keyin urotropin (kuniga 3 mahal 0,5 g dan) yoki ayiqquloq qaynatmasi kuniga 4—5 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi.

Ich to'xtalib qolganda tug'uruqdan keyin 3-kuni ichni tozalash uchun klizma qilinadi yoki surgu dori (*Natrii sulfas* yoki *Magnesii sulfas* 10—20 g) ichiriladi. Katta gemorroidal tugunlar paydo bo'lib, bezillab turgan bo'lsa oraliqqa muzli xalta qo'yish (xaltani steril yo'rgakka o'rash kerak), belladonna yoki pantopon shamchalari tavsiya etiladi. Bu choralar foyda bermasa, qo'lqop tutib va unga vazelin surib, gemorroidal tugunlar avaylab joyiga kiritib qo'yiladi.

Chilla davri normal o'tayotgan va oraliq yirtilmagan bo'lsa, tug'gan ayol 2-kuni o'tirishi, 3-kuni yurishi mumkin. Oraliq yirtilgan ayol yoniga ag'darilsa va o'rinda yotganda harakatlarni cheklamasa bo'ladi, oraliq yirtig'i birlamchi usulda bitgan bo'lsa, chok olingach yurishga ruxsat etiladi, lekin o'tirishga ruxsat berilmaydi. Tug'uruqda yordam beradigan ko'pgina muassasalarda ayollarni barvaqt tug'uruqdan keyin 1-kundan boshlab oyoqqa turg'izishmoqda, bu esa jismoniy faollikni oshiradi.

Ovqatlanishi. Tug'gan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'uruqdan keyingi dastlabki kunlarda yengil hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyali ovqatlar — bulka, tvorog, smetana, manniy bo'tqasi, kisel, novvotli choy va kofe tavsiya etiladi. 3-kundan boshlab odatdagi ovqatlar beriladi. Ho'l meva, sabzavot va vitaminlarga boy boshqa ovqatlarni ham iste'mol qilish zarur. Ayniqsa, qishda va ho'l meva, sabzavot yo'q joylarda tug'gan ayollarga C, B, D, A vitamini preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar

(yog‘li go‘sh, to‘sh, po‘stdumba, no‘xat, xasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklarni ichish man etiladi.

Tug‘gan ayollar uchun tayyorlangan ovqat sifatini tekshirish, bola emizish tartibiga qarab turish, ayolning uyidan keltirilayotgan narsalarni ko‘zdan kechirib turish kerak. Haddan tashqari ko‘p ovqat keltirilishiga ruxsat berilmaydi.

Tug‘gan ayolni parvarish qilishdagi asosiy vazifa uni infeksiyadan saqlash va organizmning barcha funksiyalari normal borishiga yordam berishdir. Qat‘iy tozalikka rioya qilishning alohida ahamiyati bor. Tug‘gan ayol albatta tishini tozalaydi. Kuniga kamida 2 mahal toza jom ustida iliq suv bilan sovunlab yuvinadi, sochini taraydi, toza ro‘mol o‘raydi, ko‘ylagini almashtiradi. Bola emizish va ovqat yeyishdan oldin qo‘lini sovunlab yuvadi.

Sut bezlarini parvarish qilish

Maqsad: sut bezlari parvarishini o‘rgatish.

Jihozlar: iliq suv, individual sovun, sochiq, steril kornsang, steril paxta sharchalar va steril salfetka.

| Bosqichlari | Asoslash |
|--|--|
| Muolajaga tayyorgarlik | |
| 1. Ayolga muolajani bajarish tartibi tushuntiriladi. | Ayolning ma‘lumotga ega bo‘lish huquqi ta‘minlanadi. |
| 2. Yuradigan tug‘gan ayollarning o‘zi mustaqil ravishda sut bezlarini iliq suvda va individual sovun bo‘lagi bilan yuvishadi. | Infekсион xavfsizlik amalga oshiriladi. |
| Muolajani bajarish | |
| 1. Yotoq rejimidagi tug‘gan ayolni qo‘l-qop kiyib, kornsang yordamida iliq suvga namlangan sharcha bilan sut bezlari yuviladi. | Mastitning oldi olinadi. |
| 2. Avval so‘rg‘ichi, keyin sut bezining hamma sohasi yuviladi. | |
| 3. Sochiq yoki steril salfetka bilan quritiladi. | |
| 4. Steril siynaband kiydiriladi. | |

Uyda tugʻgan ayollar oraligʻini yuvishga tayyorlash va yuvishda tibbiy-ijtimoiy xodim yordami

Yotoq tartibidagi tugʻgan ayollarga mahallada tibbiy-ijtimoiy xodimlar yordam berishi mumkin. Baʼzi tugʻgan ayollar oraligʻida choklar bilan uyiga chiqarilgan boʻladi. Tashqi jinsiy aʼzolarining toza boʻlishiga katta ahamiyat beriladi. Jinsiy yoʻllardan chiqadigan loxiyalar tashqi jinsiy aʼzolarini va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning koʻpayishiga yordam beradi. Shunday boʻlgach, tugʻgan ayolni tashqi jinsiy aʼzolarini kuniga kamida ikki mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

Tugʻgan ayolning oraligʻini yuvishga tayyorlash va yuvish

Maqsad: tugʻuruq yoʻllariga va oraliqdagi choklarga ikkilamchi infeksiya tushishining oldini olish.

Jihozlar: uy sharoitidagi stol, furatsillin eritmasi, steril sharchalar, steril salfetka, yod eritmasi.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|--|
| Muolajaga tayyorgarlik | |
| 1. Ayol tagiga kleyonka solib tuvak tutiladi. | |
| 2. Ayol orqa tomoni bilan tizza va chanoq-son boʻgʻimlari bukilgan holda yotadi. | Muolajadan oldin qoʻllar yuvilib, qoʻlqoplar kiyiladi. |
| 3. Tibbiy-ijtimoiy xodim furatsillin eritmasini ayol oraligʻiga chap qoʻli bilan quyadi. | Ayolda choklar qizargan boʻlsa, shifokorga murojaat etish tavsiya etiladi. |
| 4. Oʻng qoʻli bilan kornsangda steril sharcha yordamida oraliq yuqoridan pastga qarab yuviladi. | |
| 5. Sonning ichki yuzasi ham yuviladi. | |
| 6. Tibbiy-ijtimoiy xodim choklar boʻlsa, yod eritmasi bilan ishlov beradi. | |
| 7. Tuvak va kleyonka olinib, ayol tagiga toza oqliq solinadi. | |
| 8. Qoʻlqoplar yechilib, qoʻllar yuviladi. | |

Tugʻan ayolning tashqi jinsiy aʼzolari qoʻlda emas, balki kornsangga qisilgan steril paxta sharcha bilan yuviladi. Tugʻan ayol chanogʻining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfeksiyalovchi eritmani jildiratib quyib, tashqi jinsiy aʼzolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. Soʻngra yuvilgan aʼzolar paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choyshab olinib, yangisi yoziladi. Dezinfeksiyadan keyin shunday tozalash kerak.

Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy aʼzolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, shu maqsadda steril paxta qoʻyiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4—5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tugʻuruqdan keyin 5—6-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi. Harorati koʻtarilgan, yuqori nafas yoʻllari shamollagan, terisiga yiringli yarachalar toshgan va infeksiyaning boshqa belgilari boʻlgan ayollarni shifokor chaqirib maslahat olish kerak.

Infeksiya yuqqan ayollarni oʻz vaqtida ajratib qoʻyish tugʻan ayollar va chaqaloqlar oʻrtasida kasalliklarning oldini olish uchun juda katta ahamiyatga ega.

Tugʻan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta eʼtibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kechqurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5% li eritmasi yoki iliq suvda sovunlab yuvish tavsiya etiladi. Dastlab koʻkrak uchi, soʻngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi. Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun oʻziga loyiq siynaband tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan boʻlsa, suyuqlikni kamroq ichish tavsiya etiladi, surgi (20—30 g magniy sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi toʻla boʻshamasa, har bir emizishdan keyin sutni qoʻlda yoki sut soʻradigan asbobda sogʻib olish kerak.

Tugʻuruqdan keyingi dastlabki kunlarda gimnastika

Tugʻan sogʻlom ayollarga 2-kundan boshlab gimnastik mashqlar buyuriladi, bu mashqlar organizm tonusini oshiradi, qon aylanishi, nafas olish, modda almashinuvi, ichak va qovuq funksiyasini yaxshilaydi. Gimnastik mashqlar jinsiy aʼzolar involutsiyasini tezlatadi, qorin pressi va chanoq tubi muskullarini

mustahkamlaydi. Oraliq yirtilgan bo'lsa, qisqartirilgan kompleks bo'yicha mashg'ulotlar o'tkaziladi, bu kompleks, asosan, nafas mashqlaridan iborat. Gimnastikani shifokor yoki mustaqil ishlayotgan akusher buyuradi, mashg'ulotni akusher yoki tibbiy-ijtimoiy xodim o'tkazadi. Tug'gan ayollarga har bir mashqdan oldin akusher mashqni bajarish tartibini tushuntiradi. Har bir mashq nafas olish ritmiga yarasha bajarilishini nazorat qilish zarur. Gimnastika mashg'ulotini o'tkazganda ayollarning kayfiyatini kuzatib turish, pulsini va nafas olishini sanash kerak. Puls tezlashganicha qolaversa va ayol halloslasa, mashg'ulotlar to'xtatiladi. Tug'gan ayol charchasa mashqlar kamaytiriladi, murakkab mashqlar qoldiriladi yoki yengilroq mashqlar bilan almashtiriladi. Tana harorati ko'tarilganda gimnastika to'xtatiladi. Mashqlar ertalab shifokor yoki akusher ko'rigidan keyin, nonush-tadan kamida 30 daqiqadan so'ng o'tkaziladi. Gimnastikadan oldin palata shamollatiladi. Iliq faslda mashqlar fortochka yoki derazani ochib qo'yib bajariladi. Mashqlar karavotda o'tkaziladi. Tug'gan ayol ko'ylagini yechadi, ammo siynabandini olib qo'ymaydi, tashqi jinsiy a'zolar va chanoq sohasi dazmollangan toza taglik (oddiy ishton) bilan berkitiladi. Qorin pressi bo'shshib qolgan tug'gan ayolning o'rnidan turishiga ruxsat etilsa, mashqlar tugagandan keyin badanini iliq suvga ho'llangan sochiq bilan, so'ngra quruq qilib artiladi. Tug'gan ayollar chilla davri normal o'tganda 3—4 kunda uyiga jo'natiladi. Tug'gan ayolni uyiga jo'natishdan oldin bola parvarishi va chilla davrining gigiyena qoidalari mukammal tushuntiriladi. Tug'gan ayol uyiga jo'natilgandan keyin dushda issiq suv bilan yuvinish, tug'uruqdan 3—4 hafta keyin vannaga tushishga ruxsat etiladi. Jinsiy aloqaga tug'uruqdan kamida 6—8 hafta keyin ruxsat beriladi.

Tug'gan ayol uyiga jo'nashdan oldin almashinuv kartasini oladi, tug'uruq va chilla davrining o'tish holatlari o'sha kartaga yozib qo'yiladi. Tug'gan ayol kartani ayollar maslahatxonasiga topshiradi. Chaqaloq haqidagi ma'lumotlar bolalar maslahatxonasiga ma'lum qilinadi. Tug'gan ayol uyiga jo'natilishidan oldin bolaning tug'ilganligi haqidagi guvohnoma olib kelinadi, bu qayd daftariga yoziladi. Ishchi va xizmatchi ayollarning keyingi ta'tili maslahatxonada (tug'uruq majmuyi ma'lumotnomasi bilan) yoki ayolni tug'uruq majmuyidan uyiga jo'natishdan oldin rasmiylashtiriladi. Tug'gan ayolga uyiga borganda o'zini va bolani quyidagi kun tartibida parvarishlash tavsiya etiladi.

Kun tartibi

- 6.00 — uyqudan turish.
- 6.00—6.40 — yuvinish va tana haroratini o'lash, xonani shamollatish.
- 6.40—7.00 — chaqaloqlarni emizish.
- 7.00—8.00 — shaxsiy gigiyena, binoni tozalash va shamollatish.
- 8.00—9.00 — nonushta.
- 9.00—9.30 — chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.
- 9.30—10.00 — chaqaloqlarni emizish.
- 10.00—13.00 — gimnastika bajarish.
- 13.00—13.30 — chaqaloqlarni emizish.
- 13.30—14.30 — tushki ovqat, xonani shamollatish.
- 14.30—16.00 — tushki ovqatdan keyingi uyqu.
- 16.00—16.30 — chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.
- 16.30—17.00 — chaqaloqlarni emizish.
- 17.00—18.30 — tana haroratini o'lash, kechqurungi yuvinish.
- 18.30—19.00 — kechqurungi ovqat.
- 19.00—20.00 — chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.
- 20.00—20.30 — chaqaloqlarni emizish.
- 20.30—21.00 — kechqurungi uyqu.

Tug'gan ayol va chaqaloqqa uyda joy tayyorlash

Har bitta homilador ayol tug'uruqdan oldin o'zi va chaqaloq uchun xonani tayyorlab qo'yishi kerak. Xona keng, yorug'lik yaxshi tushadigan bo'lishi lozim. Xonaga ko'proq yorug'lik tushishi uchun derazaga parda tutmasa ham bo'ladi. Deraza tokchalarida gultuvaklar turishi tavsiya etilmaydi. Xonadagi eng yaxshi yorug'lik tushadigan joy bola uchun burchak qilib ajratiladi. U yerga zarur mebel karavotcha, bolaning shaxsiy buyumlari qo'yiladigan qutichasimon javon, bolani kiyintirishga va yo'rgaklash uchun stol bo'lishi lozim. Yozda derazalar kun bo'yi ochib qo'yilishi, ularga to'r yoki doka tutilgan bo'lishi lozim. Qishda xonani 2—3 marta shamollatib turish kerak. Kichkintoy va onasi yotadigan xonada chekish va kirlarni quritish man etiladi. Xona harorati 22—24°C bo'lishi kerak.

2.5. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash xususiyatlari

Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloq belgilari. Ona qornida to'qqiz kalendar, o'n akusherlik oyi yoki 38—40 hafta (280 kun)

lik to'liq rivojlanish siklini o'tib tug'ilgan chaqaloq muddatiga yetib tug'ilgan sog'lom chaqaloq deb hisoblanadi. Bu chaqaloqning belgilari:

1. Bosh aylanasi 32—33 sm ni tashkil qilib, qo'llari va oyoqlarining uzunligi bir xil.

2. Chaqaloq kallasining yuz qismi miya qismiga nisbatan biroz kichikroq bo'lib, aksariyat bolalarning boshida yaxshi rivojlangan sochlari bo'ladi.

3. Yangi tug'ilgan chaqaloq bo'yi 47 sm dan uzun.

4. Tana vaznining og'irligi 2500 g dan ortiq.

5. Chaqaloq terisi och pushti rangda va baxmalday muloyim, teriosti yog' qavati yaxshi rivojlangan bo'ladi.

6. Chaqaloqning terisi maxsus modda — tug'uruq moyi bilan, yelka va orqasining terisi nozik tuk bilan qoplangan.

7. Chaqaloqning qo'l va oyoqlari tartibsiz harakatlar qilib turadi.

8. Shartsiz reflekslari (emish, yutish, aksirish, yo'talish va boshqalar) yaxshi ifodalangan bo'ladi.

9. Katta uyatli lablar kichigini yopib turadi.

10. Moyaklar yorg'oqqa tushgan.

11. Tirmog'i barmog'ining uchigacha yetadi.

12. Sochlari uzunligi 2 sm dan ko'p.

13. Kindigi qov va xanjarsimon o'simta o'rtasida teng masofada joylashgan.

14. Quloq tog'ayi qattiq, boshdan ajralib turadi.

Sog'lom tug'ilgan chaqaloq o'z sezgisi va xulqiga ega. Chaqaloq hamma narsani eshitadi, harorat, og'riq va turli narsalarni sezadi. Chaqaloq, ayniqsa, sovuqqa juda sezgir bo'ladi, shuning uchun tug'ilishi bilanoq yumshoq va issiq mato yordamida quritiladi, onasining ko'kragiga qo'yiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi va ona-bolaning ustiga yopqich yopiladi. Bolaning ona ko'kragiga bosilishi uni soviq qotishdan asraydi, ko'krak bilan emizishni erta boshlashga imkon beradi. Sog'lom chaqaloq tug'ilishi bilan ko'krakni izlashni boshlaydi. Hayotining ilk soatlarida u uyg'oq bo'ladi va ovqatlanishni xohlaydi. Tug'uruqxonada chaqaloq onasi bilan birgalikda yotadi, bundan maqsad, onaning ko'kragiga erta sut kelishini, chaqaloqning talabiga ko'ra oziqlanishini, ona va bola o'rtasida o'zaro bog'liqlik va mehr paydo bo'lishini rag'batlantirishdir. Tug'uruqxonada chaqaloqning dastlabki parvarishi o'tkaziladi. Yuqori nafas yo'llari shilimshiqlardan tozalanadi, kindik tizimchasi kesiladi. Kesilgan kindik ti-

zimchasining qoldig'i orqali organizmga yuqumli mikroblar tushishi xavfi yuzaga keladi. Kindik yarasi ham aksariyat holda kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar uchun «kirish darvozasi» bo'lib xizmat qiladi.

Kindik yarasini parvarish qilish. Chaqaloq taxminan 3—4 kunlik bo'lganda, kindik qoldig'i qurib tushib ketadi va o'rnida kindik yarasi qoladi. Kindik yarasiga hech qanday ishlov berish shart emas. Faqatgina kindik yarasining ustidan nazorat qilib borilsa, kifoya. Uy sharoitida ham bolaning kindik yarasiga katta e'tibor berib, toza saqlanishi zarur. Siydik va najas bilan ifloslangan kiyimlar va tagliklarning kindik yarasigacha chiqib, namlanib ketishi yaraga mikroblar tushishiga va yiringli jarayonlar boshlanishiga olib kelishi mumkin. Ana shu maqsadda chaqaloqning kindik yarasi bitib borishini nazorat qilish lozim. Chaqaloqni kindik tizimchasi tushmaguncha (3—5 kun), cho'miltirish mumkin emas. Bu vaqtda chaqaloq tanasini iliq, yumshoq va namlangan mato yordamida ehtiyotlik bilan artiladi.

Kindik parvarishi bo'yicha onalarga maslahat berish

1. Har doim kindikni parvarishlashdan oldin va keyin qo'llarni sovun bilan yuvish kerak.

2. Kindik tizimchasi qoldig'i tushib ketmaguncha tortmaslik muhim.

3. Kindikni toza kiyim ostida ochiq va quruq tutish kerak. Kindikni infeksiyadan saqlashning eng muhim qoidasi — uni quruq saqlashdir.

4. Bolani kiyintirganda, kindigi yopib qo'yilmasligi va kindikka bolaning siydigi tegmasligiga alohida e'tibor berish zarur.

5. Kindikni parvarish qilishda dezinfeksiyalovchi vositalar (margansovka, spirt, zelyonka va boshqalar) ni qo'llash shart emas.

6. Kindik ifloslangan yoki kirlangan bo'lsa, sovun bilan toza suvda yuvib, toza mato bilan yaxshilab quritiladi.

7. Havo vannalari kindikning tezroq qurib tushishiga yordam beradi.

Kindikning infeksiyalanish belgilari:

a) yangi tug'ilgan chaqaloqning tana harorati yuqori yoki u betob, emishi sust, uyqusi notinch;

b) kindik atrofidagi teri qizargan, shishgan, yoqimsiz hid seziladi;

d) kindikda yiring paydo bo'ldi.

Yuqoridagi belgilardan birortasi paydo bo'lsa, zudlik bilan shifokorga murojaat qilish kerak.

Chaqaloq terisi va shilliq pardalarini parvarish qilish

Bola terisi va shilliq pardalarini parvarish qilishda shaxsiy gigiyena qoidalari va ozodalikka qat'iy rioya qilish talab qilinadi. Chaqaloq terisi muntazam parvarish qilib borilishi kerak. Teri va shilliq pardalarni parvarishlashga quyidagi muolajalar kiradi:

1. Bolani yuvintirish.
2. Bolaning tagini yuvish.
3. Teri burmalarini artib tozalash.
4. Tirnoqlarni kalta qilib olish.
5. Ko'z, burun va quloqlarni tozalash.

Tibbiy-ijtimoiy xodim yoki bolaning onasi nafaqat o'zlari shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishlari, balki bolalarga gigiyenik malakalarni singdirishlari, avvalo, ozodalikka o'rgatib borishlari lozim.

Bolalarni avval iliq suv bilan, keyinroq uy haroratidagi suv bilan yuqoridan oqizib turib yuvintiriladi. Bolada yuvinishga nisbatan ijobiy, iflos yurishga nisbatan salbiy munosabat uyg'otish zarur. Kir bo'lgan yuz-qo'llarni shu zahotiyoc yuvishga ko'nikma hosil qilish bolaning salomatligi uchun muhim. Bolaning tirnoqlari kichikroq, uchlari yoy shaklidagi qaychi bilan olinadi. Qaychini ishlatishdan oldin spirt bilan ishlov beriladi. Bolaning tirnoqlarini olayotgan vaqtda tirnoqlar uning o'ziga, burun va ko'zlariga yoki to'shagiga tushib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak. Bolalarning kiyimi yil fasliga, kunning haroratiga mos kelishi, havo o'tkazadigan, tabiiy matodan, issiqlik almashinuviga xalaqit bermaydigan bo'lishi kerak. Bola kiyim-kechaklari chiroyli, rangi ochiq, gullar va rasmlar bilan bezatilgan bo'lishi maqsadga muvofiq, chunki ular bolalarda yangi-yangi taassurotlar uyg'otib, uning kayfiyatini ko'taradi. Bundan tashqari, kiyimlar alohida yuvilishi, alohida shkafda saqlanishi va doimo toza bo'lishi kerak. Bolaning o'rin-ko'rpalari ham alohida, toza bo'lishi lozim. Undan tashqari bolaning kiyimlari oson kiyib-yechiladigan bo'lishi kerak.

Ko'zlarni parvarish qilish va yuvish

Maqsad: ko'zlarni parvarishlashni o'rgatish.

Jihozlar: steril paxta tampon, rezina qo'lqop, xloramin eritmasi.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|---|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, quritiladi. | |
| 2. Eritmalardan biri (furatsillinning 0,2% li eritmasi, kaliy permanganatning 0,1% li eritmasi), qaynatilgan iliq suv, steril tamponlar, ishlatilgan tamponlar uchun lotok tayyorlab qo'yiladi. | Ko'z shilliq qavati chaqaloq yangi tug'ilganda va kundalik tartibda tozalab boriladi. |
| 3. Qo'llar yuviladi, rezina qo'lqoplar kiyiladi. | |
| 4. Steril lotokka 8—10 ta tampon solinadi, ustidan yuqoridagi eritmalardan biri quyiladi. | |
| 5. Tamponi biroz siqib, kiprik va qovoqlarni ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagi yo'nalishida artiladi, ishlatilgan tamponlar boshqa lotokka solinadi. | |
| 6. Tamponlarni almashtirib muolaja 4—5 marta takrorlanadi. | |
| 7. Doka salfetkalar yordamida eritma qoldiqlari shimdiriladi. | |
| 8. Xuddi shu tartibda ikkinchi ko'z ham yuviladi. | |
| 9. Muolaja davomida bolaning ahvoli bilan qiziqib turish kerak. | |

Burunni parvarish qilish

Maqsad: burundan nafas olishni ta'minlashni o'rgatish.

Jihozlar: rezina qo'lqop, paxta pilikcha, steril yog', xloramin eritmasi.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|---|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, quritiladi va rezina qo'lqoplar kiyiladi. | Yangi tug'ilgan chaqaloq burundan nafas olishi uchun. |
| 2. Tayyorlab qo'yiladi: paxta piliklar, iliq vazelin yoki glitserin, osimlik yog'i, tomizg'ich, pinset. | Kuniga bir mahal burunni tozalab turish maqsadga muvofiq. |
| 3. Onaga muolaja zarurligi va bajarilish ketma-ketligi tushuntiriladi. | |
| 4. Bolaning boshi biroz orqaga tashlanadi. | |
| 5. O'ng qo'lga tomizg'ich olinadi va unga yog'lardan biri tortiladi. | |
| 6. Chap qo'l bilan burun uchini biroz yuqoriga ko'tariladi va tomizg'ichni kirgizmasdan turib, har bir katagiga 5—6 tomchidan tomiziladi. | |
| 7. 2—3 daqiqadan keyin paxta pilikchani aylanma harakatlar bilan burun katagiga kiritiladi va olib tashlanadi. | |
| 8. Muolaja burun katagi qatqaloqlardan tozalanguncha takrorlanadi. | |
| 9. Agar bola og'riq seza boshlasa muolaja to'xtatiladi. | |
| 10. Xuddi shu tartibda muolajani ikkinchi burun katagida ham bajariladi. | |
| 11. Ishlatilgan buyumlarga xloraminning 3% li eritmasi bilan ishlov beriladi. | |

Quloqlarni parvarish qilish

Maqsad: quloq tozaligini saqlashni o'rgatish.

Jihozlar: vodorod peroksid, paxta pilikchalar, lotok, suvqog'oz, qo'lqop, dezinfeksiyalovchi eritma.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, artiladi. | |
| 2. Tayyorlab qo'yiladi: vodorod peroksidning 3% li iltilgan eritmasi, tomizg'ich, paxta pilikchalari, lotok, choyshabcha, qo'lqop. | Yosh onalarga quloqni toza tutishni va tozalash tartibini o'rgatish. |
| 3. Onaga muolajani bajarish ketma-ketligi tushuntiriladi. | |
| 4. Qo'lqoplar kiyiladi, bolaning ko'krigiga suvqog'oz to'shaladi. | |
| 5. Qolgan buyumlar qo'l oson yetadigan joyga qo'yiladi. | |
| 6. Bolaning boshi yelka tomonga buriladi. | |
| 7. Ong qo'lga tomizg'ich olinadi va unga isitilgan vodorod peroksidning eritmasidan tortiladi. | |
| 8. Chap qo'l bilan quloq suprasi orqa va yuqoriga qaratib tortiladi. | |
| 9. Tashqi eshituv yo'liga eritmadan 3—4 tomchi tomiziladi. | |
| 10. Paxta pilikchani aylanma harakatlari bilan kiritib, tashqi eshituv yo'li quritiladi. Zarurat tug'ilsa, paxta pilikcha almashtirib turiladi. | |
| 11. Kerak bo'lsa, shu tartibda ikkinchi tashqi eshituv yo'liga ham ishlov beriladi. | |
| 12. Ishlatilgan material solingan lotokni bir chetga olib qo'yiladi. | |
| 13. Qo'lqoplar yechiladi va dezinfeksiyalovchi eritma solingan idishga solib qo'yiladi. | |
| 14. Suvqog'oz yechib olinadi va bolaga qulay joylashishiga yordam beriladi. | |
| 15. Qo'llar yuvilib, quritiladi. | |

Chaqaloqni erkin yo'rgaklash

Maqsad: yangi tug'ilgan chaqaloqni kiyintirishni o'rgatish.

Jihozlar: yangi tug'ilgan chaqaloq kiyimlari, tagliklar.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, chaqaloq kiyimlari tayyorlanadi. | Chaqaloq kiyimi paxtadan, choklari tashqariga tikilgan bo'lishi kerak. |
| 2. Faslga qarab kiyimcha va tagliklar tanlanadi. | |
| 3. Tagligi qo'yilib, chaqaloqqa ko'ylakcha, boshiga qalpoqcha, ushtoncha kiygiziladi. | |
| 4. Chaqaloq karavotchaga yotqiziladi. | |

Chaqaloq vaznini va bo'yini o'lchash

Maqsad: tana vaznini va bo'y uzunligini o'lchashni o'rgatish.

Jihozlar: chaqaloqlar tarozisi, chaqaloqlar bo'y o'lchagichi, steril oqliq, ruchka, dezinfeksiyalovchi eritma, steril qo'lqop, chaqaloqning rivojlanish tarixi.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, qo'lqoplar kiyiladi. | |
| 2. Muolaja maqsadi onaga tushuntiriladi. | |
| 3. Chaqaloqlar tarozisi dezinfeksiyalovchi eritmada artiladi, steril oqliq solinadi va tarozining sozligi tekshirib olinadi. | |
| 4. Bo'y o'lchagich dezinfeksiyalovchi eritmada artilib, steril oqliq solinadi. | |
| 5. Chaqaloqni taroziga yotqizib og'irligi o'lchanadi. | |
| 6. Chaqaloqni bo'y o'lchagichga yotqizib, tanasi, yelkasi, tovonni bo'y o'lchagichga tekkizib o'lchanadi. | |

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 7. Olingan ma'lumotlar chaqaloqning rivojlanish tarixiga va chaqaloq bilaguzugiga yoziladi. | |
| 8. Chaqaloq yo'rgaklash stoliga olinib yo'rgaklashga tayyorlanadi. | |
| 9. Ishlatilgan asboblardan dezinfeksiyalovchi eritmada artilib, qo'llar yuviladi. | |

Chaqaloqlarni emizish. Chaqaloq hayotining birinchi soatlaridayoq emishga tayyor bo'ladi. Emish me'yorini bolaning o'zi belgilaydi. Chaqaloqni soat sayin emas, balki talabiga ko'ra emizish kerak. Chaqaloq tabiiy ona suti bilan boqilishi kerak. Tabiiy ona suti og'iz sutiga, o'tkinchi sutga, sifatli sutga ajratiladi. Og'iz suti tug'uruqdan keyin 1–2-kunlari ajraladigan quyuc sarg'imgir sutdir. Tug'uruqdan keyingi bir-ikki kindan bir oygacha o'tkinchi sut chiqadi, keyin doimiy tarkibga ega bo'lgan sifatli sut paydo bo'ladi. Bola sog'lom bo'lishi uchun ularni og'iz sutiga to'ydirish kerak. Og'iz suti juda kam bo'lsa ham, bolaga juda zarur va uning ehtiyojiga mos keladi. Bolani ko'krakka to'g'ri tutib, uni to'g'ri emizish katta ahamiyatga ega.

Bolani to'g'ri emizish:

- ko'krak uchini bola og'zi bilan to'la qamrab oladi;
- bola labi va milklari ko'krak uchi asosi (areolasi)ni yamlab turadi;
- bolaning pastki labi ko'krak uchi asosidan uzoqroqda joylashadi;
- bolaning tili areola sohasidan pastroqda lab bilan milikka taqalib turadi va ko'krak uchini tanglayga bosib, sut chiqishiga yordam beradi.

Chaqaloqni emizishga yordam berish

Maqsad: ayolga emizish tartibi, foydali tomonlarini o'rgatish.

Jihozlar: doka niqob, iliq suv, tog'ora, sovun, steril material, biks, oyoq tagiga stulcha, sog'ilgan sut uchun banka; brilliant yashilining 1% li eritmasi.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|---|
| Muolajaga tayyorgarlik | |
| 1. Qo'llar yuvilib, doka niqob taqiladi. | |
| 2. Muolaja maqsadi tushuntiriladi. | |
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Ona qo'lini iliq suvda sovunlab yuvadi, sut bezlari iliq suvda yuviladi. | |
| 2. Ko'krak va qo'llar buksdagi steril salfetka bilan artib, quritiladi. | Ona bolani soatga qarab ovqatlantirishi shart emas. |
| 3. Ko'krak uchi va so'rg'ichlari atrofi antiseptik eritma bilan artiladi. | Bola yig'lagan vaqtda emiziladi. |
| 4. Ona stulga yoki karavotga o'tiradi. | |
| 5. Oyoq tagiga stulcha qo'yiladi. | |
| 6. Bir tomchi sut sog'ib tashlanadi. | |
| 7. Chaqaloq ko'krakka yaqin olib kelinadi. | Bolani o'g'iz suti bilan ko'proq emizish foydali. |
| 8. Bir qo'lning barmoqlari bilan chaqaloq burni yopilib qolmasligi uchun ko'krak ushlab turiladi. | |
| 9. Chaqaloq 15—20 daqiqa davomida emiziladi. | |
| 10. Chaqaloq steril taglik solingan karavotga yotqiziladi. | |
| 11. Ko'krak sekin uqalanib, qolgan sut steril bankaga sog'iladi. | |
| 12. Ko'krak iliq suv bilan yuviladi. | |
| 13. Steril salfetka bilan ko'krak artiladi. | |
| 14. 15—20 daqiqa davomida havo vannasi qabul qilinadi. | |
| 15. Ishlatilgan asboblari, salfetkalar dezinfektsiyalovchi eritmada 10 daqiqa ivitilib, yuvib qo'yiladi. | |

NAZORAT SAVOLLARI

1. Urug'lanish deb nimaga aytiladi?
2. Homiladorlikning taxminiy belgilariga qanday belgilar kiradi?
3. Homiladorlikning ishonchli belgilariga qanday belgilar kiradi?
4. Homiladorlarning ovqatlanish tartibi.
5. Homiladorlik davri gigiyenasi.
6. Homiladorlikning taxminiy tug'uruq muddati qanday aniqlanadi?
7. Homiladorlik vaqtida mehnat va dam olish tartibi.
8. Homiladorlik vaqtida turar joy gigiyenasi va homilador ayollarning kiyinishi.
9. Tug'uruq deb nimaga aytiladi?
10. Tug'uruq nechta davrdan iborat?
11. Tug'uruq biomexanizmi deb nimaga aytiladi?
12. Tug'uruqning birinchi davri qanday kechadi?
13. Yo'ldosh tushish davri qanday aniqlanadi?
14. Tug'uruqning qanday turlari bor?
15. Tug'uruqqa tayyorgarlik ko'rishda qanday mashqlar bajarilishi kerak?
16. Tug'uruqxonaga nimalarni tayyorlab qo'yish kerak?
17. Tug'gan ayol organizmida chilla davrida qanday fiziologik o'zgarishlar ro'y beradi?
18. Sut bezlarining funksiyasi, mastitning oldini olish.
19. Tug'gan ayollar qanday parvarishlanadi?
20. Chilla davridagi septik kasalliklarning oldini olish.
21. Tug'uruqdan keyingi dastlabki kunlarda o'tkaziladigan gimnastika mashqlari.
22. Chaqaloqning muddatiga yetib tug'ilganligi qanday aniqlanadi?
23. Chaqaloqning terisini parvarish qilish qanday amalga oshiriladi?
24. Chaqaloqning burnini va quloqlarini parvarish qilish.
25. Kindik yarasini parvarish qilishda nimalarga e'tibor berish kerak?
26. Kindikning infeksiyalanganlik belgilari.
27. Chaqaloqni erkin yo'rgaklash.
28. Chaqaloqni emizishga yordam berish.
29. Chaqaloqlar bo'yi uzunligi va vaznini o'lchash qanday bajariladi?

3-bob. HOMILADORLIK DAVRIDAGI PATOLOGIK HOLATLAR

Patologik homiladorlikda ayollarga tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi xususiyatlari

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan boshlanib, homiladorlik tugashi bilan o'tib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik bilan uchraydigan muammolar deyiladi.

Homiladorlik bilan uchraydigan muammolar tasnifi

1. Homiladorlikning I uch oylik (trimestri)da uchraydigan xavfli belgilar: homiladorlarning qusishi, so'lak oqishi, ko'ngil aynishi, asosan, ovqat hazm qilishda o'zgarishlar bor homiladorlarda kuzatiladi.

2. Homiladorlikning II—III uch oyligida uchraydigan xavfli kasalliklar: homiladorlar istisqosi (shishi), nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya.

3. Homiladorlikda kam uchraydigan kasalliklarning turlari. Homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalatsiya, xoreya kabilar.

Ko'p ayollar ertalab ko'ngli aynib, qusadi, ular har kuni qusmaydi va bu uning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi. Bunday qusish tiyilmaydigan qusish emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi homiladorlikning qusishiga aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko'ngli ayniydi, aksari ishtahasi yo'qoladi, achchiq va sho'r ovqatlarni ko'ngli tusaydi.

Homiladorlik qusishlarining uch darajasi tafovut qilinadi:

1. Yengil darajasi.
2. O'rtacha og'ir darajasi.
3. Og'ir daraja — tiyilmaydigan qusish.

1. Yengil darajali qusish ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, ba'zan achchiq va sho'r narsalarga ko'ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2—4 martagacha, ko'pincha ovqat yegandan keyin qusish takrorlanadi.

Ayolning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi, puls 1 daqiqada 90 marta, arterial Q/B normal holatda bo'ladi. Qonda va siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan darmonsizlik, uyqusizlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish ba'zan o'z-o'zidan o'tib ketadi, 10—15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

2. Qusishning o'rtacha og'irlikdagi darajasi. Qusishning tezlashuvi bir sutkada 10 marta va undan ham ko'proq qusish bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayol vazni kamayadi, tana harorati subfebril (37,5° gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95—100 marotaba 1 daqiqada, terisi quriq, darmonsizlik va befarqlik kuzatilishi mumkin. Siydik ajralishi kamayib, ko'pincha siydikda aseton chiqadi. Tili karashlanib, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasa-da, eritrotsitlar va gemoglobin pasayishi mumkin. Homilador ayol shifoxona sharoitida o'z vaqtida davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi, kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiyilmaydigan og'ir darajadagi qusishga o'tishi mumkin.

3. Og'ir darajadagi qusish. Homilador ayol 20 marta va undan ortiq qusadi, kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning ovqatdan ko'ngli qoladi. Ayolning tana vazni kamayadi. Qusish uzoq davom etganda ayol juda ozib ketadi, teri ostidagi yog' qatlami yo'qoladi. Terisi quruq va ilvillagan, tilini karash bosgan bo'lib, og'zidan qo'lansa hid keladi.

Tana harorati subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi — 100 martagacha uradi, arterial bosimi pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Kasallik, ayniqsa, og'ir o'tganda harorat ko'tarilib, badan sarg'ayadi. Homilador ayol statsionar sharoitida davolanadi. Davolanmasa, organizmda og'ir distrofik o'zgarishlar ro'y berib, ahvoli og'irlashishi mumkin.

Homiladorlar qusishini davolashda tibbiy-ijtimoiy xodimning parvarish xususiyatlari. Homilador ayolga ruhan va jismonan to'liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni yaxshi parvarish qilish, tinch qo'yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o'tib ketishiga va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishiga ayolni chin dildan ishontirishning ahamiyati katta.

Homilador ayolga yengil hazm bo'ladigan ovqatlar: suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog'siz go'sht, baliq, tuxum, sa-

riyog'lar tavsiya etiladi, ayol istagiga qarab qabul qiladi. Ko'p qayt qilivchi homilador ayollarga ovqatlarni yotgan holda qabul qilishlari tavsiya etiladi. Ayol ovqatni yotgan holda, bot-bot, oz-ozdan yeb turadi, ba'zan sovuq ovqat yaxshiroq hazm bo'ladi.

So'lak oqishi — ptializm homilador ayolda qusish bilan birgalikda, ba'zan alohida ham yuzaga chiqadi. Kuniga 1 litrgacha so'lak ajralishi mumkin. O'rta miqdorda so'lak oqishi homilador ayolning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi. So'lak oqishi munosabati bilan organizmda og'ir o'zgarishlar yuz bermaydi va homiladorlikni to'xtatishga ehtiyoj qolmaydi. Ko'pchilik olimlar homilador ayollarga o'z so'lagini to'xtovsiz yutib turishni tavsiya etadilar. Ba'zan splenin 2,0 ml dan teri ostiga yoki muskul orasiga inyeksiya qilinadi. Og'iz burchaklari, lablar zararlanganda vazelin, brilliant yashili surtiladi.

Homiladorlikning II—III uch oyligida uchraydigan xavfli kasalliklarga shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya kiradi.

Homiladorlar shishi. Homiladorlikning keyingi oylarida oyoq panjalari va boldirlar biroz salqib va shishib, dam olganda o'tib ketadi. Bunday holat hali toksikoz emas.

Homiladorlar shishi *hydrops gravidarum* ayol bachadonida (oyoq-qo'l, qorin sohasi) paydo bo'lgan shishning qaytmasligi bilan ta'riflanadi. Kasallik homiladorlikning ikkinchi yarmida, tug'uruqqa yaqin boshlanadi. Oyoq panjalari va boldirlar avvaliga biroz salqib, keyin rasmona shishadi, shish yana avj olganda son, tashqi jinsiy a'zolar shishadi. Kasallik og'ir o'tganda shish tana va yuzga tarqaladi. Organizmda suyuqlik ushlanib qolishi sababli homilador ayolning vazni tez oshib boradi. Homiladorlik normal o'tganda uning ikkinchi yarmida tana vazni haftasiga 250—300 g dan oshib boradi, shishishda esa tana vazni haftasiga 500—700 g dan va undan ham ko'proq oshadi. Ba'zan oyoqlar salqigani sababli yashirin shish borligini ancha yashiradi. Bunday hollarda shish homilador ayolni muntazam tortib turish yo'li bilangina aniqlanadi. Homiladorlar shishida to'qimalarda, asosan, teriosti kletchatkasida suyuqlik to'planadi; odatda, seroz bo'shliqlar (qorin bo'shlig'i, plevra bo'shlig'i va boshqalar)da suyuqlik to'planmaydi, suyuqlik to'planishi suv-tuz almashinuvining buzilishi va kapillar o'tkazuvchanligining ortishi bilan bog'liq bo'ladi. O'tkazuvchanligi oshgan tomirlardan chiqqan suyuqlik va tuzlar to'qimlarda ushlanib qoladi.

Homiladorlik shishi tasnifi. I darajali shish — shish faqat oyoqda bo'ladi; II darajali shish — shish oyoq va qorinning old devorida kuzatiladi; III darajali shish — shish oyoq va qorinning old devori va yuzga tarqalgan bo'ladi; IV darajali shish — butun tanada shish kuzatiladi.

Klinikasi. Homiladorlik istisqosida yurak, jigar, buyrak va boshqa a'zolar o'zgarmaydi. Arterial bosim normal bo'ladi, siydikda oqsil paydo bo'lmaydi. Shish ko'payganda siydik kam ajraladi. Homilador ayolning umumiy ahvoli o'zgarmaydi; shish ko'payganda ayol og'irlik va charchoq sezayotganini aytadi. Homiladorlar shishi uzoq davom etadi, shish goh kamayib, goh ko'payib turadi. Odatda, bemor yotib, tegishlicha parhez qilganda shish tez yo'qoladi, lekin ayol odatdagicha hayot kechira boshlashi bilan yana shish paydo bo'lishi mumkin. Shish ba'zan tug'uruqqacha o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Aksari homiladorlar tug'gandan keyin shish nom-nishonsiz yo'qoladi. Homilador ayol to'g'ri rejimga amal qilmasa, shish toksikozning og'irroq bosqichiga, ya'ni homiladorlar nefropatiasiga aylanishi mumkin.

Diagnostikasi. Homiladorlik shishlarini aniqlash uchun qo'l barmoqlari bilan holdir terisi bosib ko'riladi. Shish bo'lsa, odatda, bosilgan barmoq izlari chuqurcha bo'lib, birmuncha vaqt turib qoladi, shish bo'lmasa chuqurcha darhol o'z holiga qaytadi. Ko'pincha homila yurak tonlarini stetoskop orqali eshitganda ham, stetoskop o'rnida chuqur iz qoladi, bu homiladorlik shishlarining ikkinchi darajaga o'tganligidan dalolat beradi. Yuqorida qayd etilganidek, homilador ayol vaznining har haftada o'lchab turilishi va uning odatdagidan ortishi shish belgisi hisoblanadi. Shishning yashirin davrini aniqlash homiladorlik shishlari diagnostikasining eng qulay va ishonchli usulidir. Buning uchun maslahatxonalarda «Nikoh uzugu» sinamasi o'tkazilishi maqsadga muvofiq. Ya'ni maslahatxonaga birinchi kelgan homilador ayol barmog'iga uzuklar tizmasidan kiydirilib ko'riladi va raqami homiladorlik kartasiga yozib qo'yiladi. Keyinchalik har safar kelganda shu raqamli uzuk taqib ko'riladi, agarda uzuk barmoqqa mos kelmasa, yashirin shish borligidan dalolat beradi.

Davolash. Homiladorlar shishining oldini olishning eng yaxshi yo'li homiladorlik gigiyenasiga rioya qilish, to'g'ri ovqatlanish, normal hayot kechirishdir. Shishni o'z vaqtida aniqlash uchun homilador ayolni muntazam kuzatib turish zarur. Har haftada homiladorlarning vaznini tekshirib turishning ahamiyati katta.

Homiladorlar shishining davosi suyuqlik va tuzlarni kamroq iste'mol qilishdan iborat. Bemorga tuzsiz ovqat buyuriladi, kuniga iste'mol qilinadigan suyuqlik cheklanib, uch-to'rt stakanga tushiriladi. Vitaminlarga boy uglevodli ovqatlar ko'proq tavsiya etiladi, go'sht o'rniga vaqtincha tvorog, kefir iste'mol qilib turiladi. Shish qaytgandan keyin ozroq qaynatilgan go'sht yeyishga ruxsat etiladi. Shish ko'paysa yoki oz bo'lsa-yu, uzoq tursa, homilador ayol statsionarga yotqizilib davolanadi. Shish ko'p bo'lganda bemor yotqizib qo'yiladi, tuzsiz ovqat buyuriladi va shish qaytguncha suyuqlik ichish qat'iy cheklanadi. Shishni kamaytirish maqsadida ammoniy xlorid, gipotiazit va boshqa diuretik dorilar buyuriladi.

Homilador ayolda shish va yashirin shishni aniqlash

Maqsad: ayolda kechki gestozni erta aniqlash.

Jihozlar: kushetka, distillandan suv, maxsus uchlik.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|---|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| I usul. Boldir suyagining oldingi yuzasidan bosib ko'rish sinamasi | |
| 1. Homilador ayol kushetkaga chalangancha yotqiziladi. 2. Ayol boldirining oldingi yuzasi yalang'ochlanib, bosh barmoq bilan 1—2 soniya bosib turiladi va qo'yib yuboriladi. 3. Bosh barmoq bilan bosish natijasida hosil bo'lgan chuqurcha uzoq vaqt saqlanib qolsa, demak, shish bor. | Ayolda shish aniqlanishi bilan, siydik tahliliga yuborishni ta'minlash. |
| II usul. Mak Klyur-Oldrich sinamasi | |
| 1. Homilador ayol bilagining old yuzasi terisi ichiga 0,1 ml distillangan suv yuboriladi. 2. Agar hosil bo'lgan «pufakcha» tez so'rilib ketsa, demak, yashirin shish bor. 3. Agar hosil bo'lgan qavariq uzoq vaqt saqlanib qolsa, demak, shish yo'q. | |
| III usul. «Nikoh uzugi» sinamasi | |
| 1. Homilador ayol birinchi marotaba xotin-qizlar maslahatxonasiga kelishida maxsus uzuk kiydirilib, ayol barmog'iga | Ayolning o'zi uyda taqqan uzugi homiladorlikda mos kelish-kelmasligini so'rab-surishtirish. |

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| <p>mos uzukning o'lchami qayd qilib olinadi.</p> <p>2. Homilador ayolning keyingi kelishlarida yana shu uzuklardan kiydirib ko'riladi.</p> <p>3. Agar ayolning keyingi kelishlarida avvalgi uzuklari to'g'ri kelmasa, demak, homilador ayolda yashirin shish borligini bildiradi.</p> | |
| IV usul. Homilador ayolning vaznini aniqlash usuli | |
| <p>1. Homilador ayol xotin-qizlar maslahatxonasiga murojaat qilganidan so'ng muntazam ravishda tana vazni o'lchab turiladi.</p> <p>2. Homilador ayolning I haftada vaznining 300—400 g dan ortiq ortib borishi ayolda yashirin shish borligini bildiradi.</p> | |

Nefropatiya. Homiladorlik xavfli kasalliklarining kechisi klinikasining bilinmasligi va kam belgililigi bilan namoyon bo'ladi. Uning erta boshlanishi, 3 haftadan ko'proq davom etishi noxush oqibatlar belgisidir. Nefropatiyaga uchragan homilador ayolda quidagi belgilardan birortasi mavjudligi: sistolik, arterial bosimning 160 mm sim. ust. va bundan yuqori; diastolik AB ning 110 mm sim. ust. va bundan ziyod; proteinuriyaning kuniga 3 g/l va bundan ortiq; oligouriya bo'lishi; miya shishi, ko'rish funksiyasining buzilishi, dispeptik alomatlar; trombositomiya, gipokoagulatsiya; jigar funksiyasining izdan chiqishi homilador ayolning o'g'ir ahvolda ekanligidan dalolat beradi. Shu belgilarning ko'rinishiga ko'ra og'irlik darajasi 3 darajaga ajratiladi.

I daraja — oyoqning pastki qismlarida shish, siydikda oqsil izlarining bo'lishi, Q/Bning 150/90 mm simob ustunigacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi. *II daraja* — shishlar oyoqning yuqori qismlari, qorinning old devorigacha tarqalgan bo'lib, siydikda oqsil miqdori 3 g/l gacha yetadi, Q/B 170/100 mm simob ustunigacha yetadi. Ko'z tubida o'zgarishlar seziladi. *III daraja* nefropatiyaning og'ir darajasi bo'lib, bunda butun tana shishadi

(yuzgacha tarqaladi), qo'shimcha shikoyatlar (bosh og'rihi, ba'zan ko'ngil aynishi) paydo bo'ladi, Q/B 170/100 mm simob ustunidan yuqori, ko'z tubida qon quyilish belgilari qo'shiladi.

Qon bosimini o'lchash

Maqsad: homiladorlik vaqtida qon bosimini nazorat qilish.

Jihozlar: tonometr, fonendoskop

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Ayolga ikkala qo'lda ham qon bosimini o'lchash zarurligi tushuntiriladi. | Homilador ayolning har ikkala qo'lida qon bosimini o'lchash. |
| 2. Ayol stulga o'tirib, qo'llarini stol ustiga qo'yadi. | Nefropatiya darajasini aniqlash uchun tekshiriladi. |
| 3. Tirsakdan 3—4 sm yuqorida manjet kiydiriladi. | |
| 4. Manjet mahkamlanadi. | |
| 5. Manjetni ochib, o'zini bo'sh qo'yishi so'raladi. | |
| 6. Tonometr manjetga ulanadi. | |
| 7. Tirsakoldi chuqurchasi sohasida tomir urishi aniqlanib, fonendoskop qo'yiladi. | |
| 8. Balloncha yordamida manjetga tomir urishi eshitilmay qolgunga qadar havo yuboriladi. | |
| 9. Manjetdan havo sekinlik bilan chiqariladi, bir vaqtning o'zida fonendoskop yordamida yelka arteriyasining tovushi manometrda kuzatiladi. | |
| 10. Ilk paydo bo'lgan tovushdan sistolik bosimning darajasi belgilanadi. | |
| 11. Tovush eshitilmay qolgan daqiqadan diastolik bosim belgilanadi. | |
| 12. Qolgan havo manjetdan chiqarilib, ikkinchi qo'lda tekshirish o'tkaziladi. | |
| 13. Qo'llar yuviladi. | |
| 14. Qon bosimi o'lchanib olingan ma'lumotlar ayolning shaxsiy kartasiga yoziladi. | |

Preeklampsiya. Nefropatiyaning simptomlar triadasiga miyada qon aylanishi buzilishlari, gipertenziv ensefalopatiya belgilari, bosh aylanishi, ensa sohasida og'irlik hissi, ko'rish buzilishlari (ko'z oldida tuman, xiralashish, halqalar ko'rinishi), bo'shshish, uyquchanlik yoki aksincha, qo'zg'aluvchanlik, eyforiya, quloq shang'ilashi belgilari qo'shiladi. Ko'pincha ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohada og'riqlar seziladi. Preeklampsiya bir necha daqiqadan bir necha soatlargacha davom etadi, shuning uchun u sezilmasligi, ayniqsa, yuzaki qaraganda payqalmasligi mumkin. Preeklampsiyani aniqlash arterial qon bosimning 170/90 mm simob ustunidan oshib ketishi, homiladorlikning 20-haftasidan keyingi oylarida organizmda shish paydo bo'lishi, proteinuriya belgilariga — qattiq bosh og'rishi, ko'zning xiralashuvi yoki ko'z oldida har xil doirachalar paydo bo'lishi, epigastral sohada qattiq og'riq bo'lishiga qarab aniq diagnoz qo'yish mumkin.

Preeklampsiyaga olib keluvchi omillar:

- o'ta yosh homiladorlik;
- past sotsial iqtisodiy sharoitda yashashlik;
- anamnezida og'ir nefropatiyani o'tkazishlik.
- qandli diabet kasalligi;
- ko'p homilali homilador ayollar;
- surunkali gepertoniya mavjudligida;
- yelbo'g'oz borligi;
- rezus mos kelmasligi;
- semirish bilan kechgan homiladorlik;
- 35 yoshdan katta ayollar homilador bo'lsa;
- buyrak kasalliklari bor homilador ayollarda;
- yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgandagi homiladorlikda.

Eklampsiya homiladorlik davri kasalliklarining og'ir turidir. 46% hollarda homiladorlikda, 16% tug'uruqda, 38% hollarda esa tug'uruqdan keyingi davrda uchrab turadi. Uning etiopatogenezida tomirlarning tarqoq spazmi, ishemiya, miya gipoksiyasi, ko'zichi bosimining oshishi kabi omillar kuzatiladi. Tomirlar tortishib, es-hushning yo'qolishi eklampsiyaning asosiy klinik alomati hisoblanadi.

Eklampsiya klinikasida qattiq bosh og'rig'i, to'satdan qon bosimining ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohadagi og'riq, ko'rish qobiliyatining pasayishi, reflekslarning oshishi, sariqlik paydo bo'lishi, siydik ajralishining kamayishi va talvasa tutishi xarakterlidir.

Eklampsiya xurujida 4 lahza kuzatiladi:

1-lahza imo-ishora (mimika) muskullarining fibrillar tortishishi bilan namoyon bo'ladi, keyin esa qo'llarning tortishib turishi qo'shiladi. Bemor bir tomonga nigoh tashlaydi. Bu davr qariyb 30 soniya davom etadi.

2-lahza boshdan, bo'yindan, qo'llardan gavda va oyoqlarga tarqaladigan tonik talvasalar bilan tavsiflanadi. Bosh orqaga egiladi, goho opistotonus holati kuzatiladi, nafas to'xtab qoladi, tomir urishi qiyinlik bilan aniqlanadi, ko'z qorachiq-lari kengaygan, teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalar ko'kargan, til aksari hollarda tishlab olingan bo'ladi. Bunday holat 30 soniya davom etadi.

3-lahza ham pastga qarab yo'nalgan, klonik talvasalar bilan birga davom etadi. Nafas olish to'xtaydi va es-hush bo'lmaydi, tomir urishi ahiqlanmaydi. Uning davomiyligi qariyb 1—1,5 daqiqaga yetadi.

4-lahza xurujlarning to'xtashi. Bunda talvasa tutmaydi, chuqur uzlukli nafas paydo bo'ladi, og'izdan ko'pincha qon aralash ko'pik keladi, nafas qisqa, keyin doimiy tus oladi, sianoz yo'qoladi, bemor u yoki bu darajada davom etuvchi eklampsiya komasi holatiga tushadi. Xurujdan keyin amneziya rivojlanadi. Shu sababli talvasa paytida atrofda odam bo'lmasa eklampsiya xurujini ayol eslay olmaydi, bu haqda faqat jismoniy shikastlar (lat yeyish, tilni tishlash) va ko'zdan kechirganda koma holati talvasa tutganidan dalolat beradi. Ketma-ket davom etuvchi xurujlar eklampsiya statusi deb ataladi. Ba'zan eklampsiyaning talvasasiz turlari ham kuzatiladi, unda homilador ayol og'ir nefropatiyaga uchrab, birorta talvasasiz hushsiz holatga tushib qoladi, bu esa ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Eklampsiyaning og'ir-yengilligi haqida talvasalar soniga, ularning davom etishiga qarab fikr yuritiladi. Talvasa xurujlari qancha ko'p bo'lsa, ulardan keyingi koma shunchalik uzoq davom etadi, kasallik oqibati esa shu qadar jiddiy bo'ladi.

Eklampsiya komasi terminal holat bo'lib, bunda eklampsiya talvasasi xurujidan keyin hush barqaror buziladi. Eklampsiya komasidan o'lim 50—70% ga yetadi.

Eklampsiyaning diagnostikasi. Arterial qon bosimini o'lchash, proteinuriyani aniqlash, barcha hayot uchun muhim a'zolar yetishmovchilik darajasini aniqlash uchun qon tahlili, biokimyoviy tahlillarni o'tkazish. Ultratovush yordamida tekshirish, ayniqsa, bachadon-platsenta qon aylanishini, homila holatini baholashga yordam beradi.

Eklampsiyada shoshilinch yordam. Agar homilador ayol eklampsiya holatida bo'lsa, tutqanoq paytida og'iz kengaytirgich qo'yiladi va yuqori nafas yo'llari tozalanadi, tilini tildutgich bilan tutib turish lozim. Nafas tiklangandan so'ng azot II oksidi bilan narkoz beriladi.

Homiladorlik davri kasalliklari profilaktikasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

a) ayollarni homilador bo'lmaganidan oldin ekstragenital kasalliklarni aniqlash maqsadida terapevt ko'rigidan va to'liq tekshiruvdan o'tkazish;

b) turli xil yuqumli o'choqlarni (surunkali angina, kariyesi bor tishlar, boshqa yuqumli kasalliklarni) sog'lomlashtirish;

d) ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni xavfi yuqori guruhlariga kiritib, sog'lomlashtirish, ularning orasidan kelajakda homiladorlik va tug'ish mumkin bo'lmagan ayollarni ajratib, alohida dispenser nazoratiga olish.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Homiladorlik davridagi muammolarning kelib chiqish sabablarini ayting.
2. Homiladorlikning I uch oyligidagi muammolar turlarini ayting.
3. Homiladorlikning II—III uch oyligidagi xavfli kasalliklar turlarini ayting.
4. Homiladorlik davrida erta qon ketish sabablari nimada?

4-bob. KONTRATSEPSIYA TURLARI VA ULARNI QO‘LLASH USULLARI

Kontratseptiv vositalar haqida tushuncha va ularni qo‘llashda tibbiy-ijtimoiy xodimning vazifalari

Kontratsepsiya deb, kutilmagan homiladorlikdan saqlanishga qaratilgan chora-tadbirlarga aytiladi. Kontratsepsiya maqsadida bir necha usullar qo‘llaniladi:

- to‘siq soluvchi;
- fiziologik;
- kimyoviy;
- bachadonichi vositalari;
- oxiriga yetmagan jinsiy aloqa;
- jarrohlik usuli.

Homiladorlikdan saqlanishning fiziologik usuli quyidagilardan iborat:

- taqvim usuli;
- rektal haroratni o‘lchash;
- qin shillig‘ini tekshirish;
- laktatsion amenoreya usuli.

Taqvim usuli. Ayollar hozirgi kunda homiladorlikdan saqlanish uchun «taqvim» usulidan foydalanishadi. Bu usul hayz sikli davomiyligini o‘rganib qo‘llaniladi. Bu usuldan ko‘proq bir maromda jinsiy aloqada bo‘ladigan ayollar foydalanadilar. Hayz siklining davomiyligi 6 oy davomida aniqlanadi. Avvalgi hayzning 1-kunidan to‘ keyingi hayzning 1-kunigacha 6 oy ichida eng uzun va eng qisqa hayz siklining muddati aniqlanadi. Urug‘lanish uchun eng qulay kunlar aniqlanadi. Urug‘ hujayraning yashash muddati 24 soat, spermatozoidning urug‘lantirish xususiyati 48 soat. 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 siklidan 11 raqami ayriladi (masalan, 29 kundan 11 ni ayirganda 18 chiqadi). Bunda urug‘lanish ehtimoli bo‘lgan kunlar hayz siklining 8—18-kunlariga to‘g‘ri keladi, ayol

shu kunlarda jinsiy hayot bilan yashamasligi kerak yoki biror mahalliy kontratseptivdan foydalanishi mumkin.

Bazal haroratni o'lchash. Ayol bazal haroratni bir oy davomida har kuni erta tongda o'lchab, ko'rsatkichini qayd qilib boradi. Agar ayol tungi smenada ishlasa, tekshirish kechqurun, har doim bir vaqtning o'zida, yotgan holda 3—4 soat dam olgandan so'ng o'lchanadi, ko'rsatkichlari qayd qilib boriladi. 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 olti kundan $0,2^{\circ}$ ga yuqori bo'lsa, ayolda homiladorlik kutilmaydi. 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 belgilanadi. Agar shilliq tiniq rangda, yaxshi cho'zilsa, ayolda homilador bo'lishga moyillik tug'iladi, bu kunlarda jinsiy aloqadan o'zini tiyish kerak, agar shilliq yopishqoq, xira, sarg'imtir bo'lsa, bunda ayol homilador bo'lishiga ehtimol bo'lmaydi. Bunda ayol bemalol jinsiy aloqada bo'lishi mumkin.

Bazal haroratni aniqlash

Maqsad: ayolda ovulatsiyani aniqlashni o'rgatish.

Jihozlar: termometr, haroratni qayd qilish varaqasi, spirt, paxta sharcha.

| Bosqichlar | Asoslash |
|---|---|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Ayol ertalab o'rnidan turmasdan to'g'ri ichakka termometr uchi kiritiladi. | Folikular fazada to'g'ri ichakda harorat $36-37^{\circ}\text{C}$ bo'ladi. Ovulatsiya kunlari bu ko'rsatkich $0,8-1^{\circ}\text{C}$ ga ko'tariladi. |
| 2. Besh daqiqa davomida natija kutiladi. | |
| 3. Olingan ma'lumot haroratni qayd qilish varaqasiga yozib boriladi. | Ovulatsiya bo'lmasa ayolda to'g'ri ichak harorati bir me'yorda turadi. |
| 4. Termometr spirtga namlangan paxta sharcha yordamida artiladi. | |

Laktatsion amenoreya usuli

Emizikli davrida 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 quvvatli tizimlarni ishlab chiqarish.
2. Ayollarga aniq ma'lumotlar berish.
3. Bolani emizib boqish ona va farzand uchun nihoyatda zarur ekanligini tushuntirish.
4. Kerak bo'lsa boshqa mos kontratsepsiya usullari bilan ta'minlash.

Laktatsion amenoreya usulini qo'llash tartibi:

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 uchta savolga «yo'q» deb javob bersa LAU istalmagan homiladorlikdan asraydi. Uning samaradorligi 98% gacha bo'lishi mumkin. Agar ayol uchta savolning biriga «ha» deb javob bersa, homilador bo'lishga ehtimol oshadi, bu holda ayolga to'g'ri keladigan emizib boqishga ta'sir ko'rsatmaydigan usullarning biron-tasini tanlashiga ko'mak berish kerak.

Laktatsion amenoreya usulining afzalliklari:

- usulning samaradorligi 98% ni tashkil qiladi;
- usul bola salomatligi uchun katta ahamiyatga ega bo'lgan ko'krak suti bilan emizishni qo'llab-quvvatlaydi. LAU ta'sirining to'xtashi, hayz ko'rishning tiklanishi homiladorlikning oldini olish uchun boshqa usuldan foydalanishni taqozo qiladi;
- moddiy mablag'lar sarf qilishni talab qilmaydi;
- jinsiy aloqaga to'sqinlik qilmaydi.

Kelib chiqishi mumkin bo'lgan muammolar:

- ba'zan ayol yetarli darajada tez va muntazam ravishda emizib turishiga imkoniyat bo'lmasligi mumkin;
- bola 6 oylik bo'lganidan so'ng ayol homiladorlikning oldini olishning boshqa usulini tanlashi kerak.

Bachadonichi vositalari (BIV) kichkina plastik moslama bo'lib, uni istalmagan homiladorlikdan saqlanish uchun bachadon ichiga o'rnatiladi. Hozirgi vaqtda zamonaviy BIVlarning quyidagi turlari qo'llaniladi:

— plastikli — spermatozoidlarning bachadon va bachadon naylariga o'tishiga yo'l qo'ymaydi, urug'langan tuxum hujayrani bachadonga payvandlanishining oldini oladi;

— mis-kumush saqlovchi BIVlari spermitsid ta'sir qilib, urug' hujayralarni nobud qiladi;

— gormon tutuvchi BIVlar endometriyga ta'sir qilib, servikal kanal shillig'ini quyultiradi.

BIV ning afzalliklari. Yuqori samarador, 4—10 yil davomida homiladorlikdan saqlaydi, BIVni qo'llash jinsiy aloqa bilan bog'liq emas. Tug'uruqdan keyin shifokor yordamida darhol o'rnatish va emizikli davrda qo'llash mumkin.

BIV larni qo'llaganda uchrashi mumkin bo'lgan salbiy ta'sirlar: hayz davrida ketadigan qon miqdori ko'payishi, og'riqlar paydo bo'lishi, hayz oralg'ida qon surkalishi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarga moyilligi bor ayollarda kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi.

Bachadonichi vositalarini qo'yishga qarshi ko'rsatma: homiladorlikka gumoni bo'lsa; qinning tozaligi III—IV darajali bo'lsa; bachadonning rivojlanish nuqsonlarida, BIV qo'yishdan 3 oy oldin septik abort kuzatilganda; bachadon bo'yni va kichik chanoq a'zolarining o'tkir yallig'lanishi va jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklari bo'lsa; oxirgi uch oyda kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi kuzatilgan bo'lsa; qindan sababi aniqlanmagan qon ketishi kuzatilsa; jinsiy a'zolarining o'sma, o'smaoldi kasalliklari bo'lsa; kamqonlikning og'ir darajalarida (gemoglobin miqdori past); organizm sustlashib, infeksiya va VICHga moyilligi oshganda.

Tibbiy-ijtimoiy xodimlar tomonidan BIV bor ayollarni mahallada nazoratini o'rnatishda quyidagilarga e'tibor beriladi:

— BIV qo'yilgandan keyin ayol bir haftada, bir oy va uch oydan keyin nazorat ko'rigidan o'tishi hamda har 6 oyda tibbiy ko'rikdan o'tishini maslahat berish;

— BIV tutuvchi ayollar o'zlarini sog'lom hisoblashgan taqdirda ham yiliga ikki marotaba shifokor ko'rigidan o'tishlari kerakligini ta'minlash;

— hayz faoliyati buzilganligini so'rab-surishtirish, shifokor qabuliga borishini ta'minlash;

— vaqt-vaqti bilan qorin pastida og'riq paydo bo'lganligini aniqlash, shifokor qabuliga borishini ta'minlash;

— jinsiy aloqa vaqtida og'riq va qonli ajralma kelishi;

- infeksiya alomatlari paydo bo‘lib, qin ajralmalari ko‘payishi;
- BIV «ipcha»lari odatdagidan kalta yoki uzunroq bo‘lib qolsa, «ipcha»ni sezmay qolsa.

To‘siq soluvchi usul

To‘siq soluvchi vositalar quyidagilardan iborat: prezervativ (erkaklar va ayollar uchun), bachadon bo‘yniga kirishni yopib turuvchi vositalar. Prezervativ — bu lanteksdan tayyorlangan uzunchoq qopcha bo‘lib, jinsiy aloqa vaqtida erkaklar undan foydalanadi.

Prezervativdan foydalanganda sperma ayol qiniga tushmay prezervativ ichida qolib ketadi, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini oladi (OITSning tarqalishiga yo‘l qo‘ymaydi bunda 70% hollarda tarqalish kamayadi), onda-sonda jinsiy aloqada bo‘luvchilar uchun, o‘smirlar va yoshlar uchun qulay usul hisoblanadi.

Prezervativdan foydalanish tartibi. Har jinsiy aloqada yangi prezervativ ishlatilishi kerak. Prezervativ erkak jinsiy olatining ereksiya holatida qo‘llaniladi, prezervativ jinsiy olatning bosh-chasiga kiygizilib, prezervativ halqasi olat asosiga qarab burab tushiriladi. Sperma to‘kilib ketmasligi uchun jinsiy aloqadan so‘ng prezervativni halqasidan ushlab chiqarish kerak. O‘simlik yoki boshqa moylardan qo‘shimcha foydalanmaslik kerak. Prezervativlarni quruq, salqin joyda saqlash zarur. Agar prezervativ o‘ralgan qo‘goz yirtilgan bo‘lsa, prezervativ qurib qolgan yoki yopishqoq bo‘lsa, undan foydalanish mumkin emas.

Prezervativlarning kamchiliklari: jinsiy sezuvchanlikning kamayishi; ayol sog‘lig‘i uchun sperma so‘rilishining yo‘qligi; eskirgan yoki ishdan chiqqan prezervativlar jinsiy aloqa vaqtida yirtilib ketishi mumkin, ba‘zan jinsiy hayot bilan yashayotgan juftlarda hissiyot susayishi.

Oxiriga yetmagan jinsiy aloqa. Jinsiy aloqa vaqtida erkak ejakulagini ayolning qiniga tushirmaslikka harakat qilinadi. Uzoq muddat bu usulni qo‘llash erkakda ham, ayolda ham qoniqish hissini yo‘qotadi. Erkaklarda psixologik zo‘riqish yuzaga kelib, erkak va ayolda stress holatlari uchraydi. *Bu usulning kamchiliklari:* oxiriga yetmagan jinsiy aloqani doimiy qo‘llash mumkin emas; ayollarda chanoq a‘zolarida qon to‘liqligiga olib keladi; ayol qorin pastki qismida, belda og‘riq bo‘lishiga sabab bo‘ladi; bachadon

kattalashishi, hayz faoliyatining buzilishi kuzatiladi; jinsiy aloqa vaqtining qisqarishi erkaklarda ejakulatsiyaning tezlashishiga olib keladi.

Homiladorlikdan saqlovchi kimyoviy vositalar. Homiladorlikdan saqlovchi kimyoviy vositalar quyidagi turlarga ajratiladi:

I. Gormonal kontratseptivlar, inyeksion kontratseptiv, oral (tabletkalar) kontratseptivlar, implantantlar. II. Homiladorlikdan saqlovchi mahalliy moddalar, nonoksilon, uy sharoitida qo'llaniladigan kontratseptivlar.

Gormonal oral kontratseptivlar.

ATIK (aralash tarkibli ichiladigan kontratseptivlar),SPK(sof progestikli tabletkalar).

ATIK tabletkalar bo'lib, ular ayol jinsiy a'zolari gormonlari estrogen va progesteronlardan tashkil topgan.

ATIKning har xil turlari bor: 1 fazali, 2 fazali va 3 fazali. Gormonlarning doimiy kontratsepsiyasini ta'minlavchi gormonal tabletkalar monofazali kontratseptivlar deyiladi. Ularga quyidagi tabletkalar kiradi:

Diane-35, regividon, mikroginon, mersilon, nonovlon, femoden, melians, ovidon, morvilon, regulon.

2—3 fazali ATIK tabletkalarga quyidagilar kiradi:

triregol, trikvilar, triziston, anteovin.

Oral kontratseptivlarni buyurishda ayollarning yoshiga qaraladi. 1 fazali ATIKni 18 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarga buyuriladi.

2—3 fazali ATIKni 18 yoshgacha va 35 yoshdan oshgan ayollarga buyuriladi.

ATIKning ta'siri. Tuxum hujayraning yetilishiga yo'l qo'ymaydi. Bachadon bo'ynidagi shilliqni quyushtirib, erkak urug' hujayralarining o'tishiga to'sqinlik qiladi.

ATIKning afzalliklari. To'g'ri foydalanilsa yuqori samaralidir. Ayol o'zi istagan paytda tabletkalar ichishni to'xtatib, homilador bo'lishi mumkin. Barcha tug'ish yoshidagi sog'lom ayollar foydalanishi mumkin.

ATIKlarni qabul qilish tartibi. Birinchi tabletkani hayz boshlangan kundan yoki abort qilingan kundan boshlash kerak. Har kuni bir vaqtda bittadan tabletkalar qabul qilish, tabletkalar tugasa yangisini ochib ichishni boshlash kerak (agar tarkibida 21 dona tabletkalar bo'lsa, oxirgi tabletkalar ichib bo'lgandan so'ng 7 kun tanaffus qilish kerak, keyin hayz keladi). Agar tabletkalar ichish

yoddan ko'tarilgan bo'lsa, 12 soatga yetmagan bo'lsa, ertasiga yodga tushishi bilan 1 ta tabletka qo'shib ichiladi, keyingi tabletkalar o'z vaqtida ichishda davom etiladi. Agar 12 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, oxirgi yoddan ko'tarilgan tabletka ichilib, 7 kun davomida ehtiyot chorolari ko'riladi.

ATIKlarga qarshi ko'rsatmalar. Homiladorman deb gumon-siraganda, yoshi 40 dan yuqori bo'lganda; qindan sababi aniqlanmagan qon ketish kuzatilganda, chekuvchilarga; anamnezda homiladorlik toksikozi, depressiya, epilepsiya, migren bo'lgan hollar, tuxumdonlar gipofunksiyasi; gipertoniya; qandli diabetning og'ir ko'rinishi, insult o'tkazganda, yurakda sanchiq, o'pka emboliyasi, yurakda og'riq, hansirash sezilganda, yurak ishemiik kasalliklarining aktiv ko'rinishlari; oyoq tomirlarining trombozi; sut bezlarining rakida, surunkali bosh og'rig'i; emizikli ayollar (agar tug'uruqdan so'ng 6 oydan kam muddat o'tgan bo'lsa).

Kutilishi mumkin bo'lgan salbiy ta'sirlari. Ko'p ayollarda hech qanday salbiy ta'sir kuzatilmaydi, yengil ko'ngil aynishi, ba'zi ayollarda tana vaznining ortishi, ba'zi ayollarda bosh og'rishi va bosh aylanishi, ko'krak bezlarida og'riq paydo bo'lishi, hayz oralig'ida ozgina qon surkalishi kuzatiladi. Bu o'zgarishlar ayollarga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi va tabletka iste'mol qilingandan bir-ikki oydan keyin o'tib ketadi.

SPT (sof progestin) tarkibida faqat progesteron bo'lgan tabletkalar tutuvchi oral kontratseptivlardir. Tabletkalar tanaffussiz kuniga 1 ta tabletkadan tartib bilan ichiladi. SPTga ekslyuton, mikrolit preparatlari kiradi.

SPT ga qarshi ko'rsatmalar: sut bezlari o'smaoldi va o'sma kasalliklari, jinsiy o'smaoldi, o'sma kasalliklari, koronar tomirlar kasalliklari, bosh miya shikastlari, tromboembolik kasalliklar, chekuvchi ayollar. SPT ning kamchiligi homiladorlikdan saqlash samaradorligining kamligidir.

Inyeksion kontratseptivlar (IK) mushak ichiga yuboriladi. Bu vosita dunyoning 80 dan ortiq mamlakatlarida keng qo'llaniladi.

Inyeksion DMPA (depo-medroksiprogesteron asetat yoki Depo-Provera) moddasi sun'iy gormondan tashkil topgan bo'lib, tabiiy gormon — progesteron xususiyatiga ega. Har 3 oyda bir marta yuborilib, homiladorlikdan saqlashni ta'minlaydi.

Inyeksion kontratseptivning ta'siri. Servikal kanalning shillig'ini ko'paytiradi, tuxum hujayraning yetilishiga to'sqinlik qiladi.

Inyeksion kontratseptivlardan foydalanish: hayz boshlanishining 1—7-kunlarida yuborish orqali, abortdan keyin darhol, ko'kpak suti bilan emizmaydigan ayollarga, ko'krak suti bilan emizadigan ayollarga tug'uruqdan so'ng 6—8 haftadan keyin.

Inyeksion kontratseptivlarning afzalliklari. Yuqori samarador usul, usulning foydalanilishi jinsiy aloqa bilan bog'liq emas, hayz davrida ketadigan qon miqdorini kamaytiradi, tug'uruq va abortdan keyingi davrda qo'llasa bo'ladi, emizishga salbiy ta'siri yo'q, endometriy raki, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi va bachadondan tashqari homiladorlik xavfini kamaytiradi.

Inyeksion kontratseptivlarni qo'llashning salbiy ta'sirlari. Inyeksiya qilingan boshlang'ich davrda hayz oralig'ida qindan qon surkalishi, hayz kelmay qolishi mumkin, lekin bepushtlikka olib kelmaydi; tana vaznining oshishi kuzatilishi mumkin. Inyeksiyani yuborish to'xtatilganidan keyin homilador bo'lish xususiyati yana 6—9 oyga to'xtashi mumkin.

Inyeksion kontratseptivlarni qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar. Homiladorman deb gumonsiraganda, avval va ayni vaqtda sut bezlarining xavfli o'sma kasalliklari aniqlanganda, qindan sababi aniqlanmagan qon ketishi kuzatilsa, virusli gepatit va jigar o'simtalari bo'lsa, qandli diabetning og'ir shakllarida.

Implantantlar. Norplant preparati istalmagan homiladorlikdan 5 yilgacha ishonchli himoya qiladi va ko'proq reproduktiv yoshdagi ayollarga tavsiya qilinadi. Bu kontratsepsiya usuli tug'uruqlar orasidagi intervalni uzaytirish maqsadida bachadonichi vositasini (BIV), OK, IK, jarrohlik sterillashni xohlamagan ayollarga tavsiya etiladi. Norplant aktiv moddasi — levonorgestrel kichik naycha sifatida 6 ta plastik kapsulada bo'ladi, jarrohlik yo'li bilan ularni yelka ichki sathining teri ostiga kiritib qo'yiladi. Kiritilgan sohada kapsula sezilmaydi va 5 yil mobaynida ayol organizmiga qon orqali gormonning kichik dozasi sekin-asta bir maromda ajralib turadi. Ta'sir doirasi: servikal shilliqni quyultirib, spermatozoidlar (urug' hujayra) o'tishiga to'sqinlik qiladi, tuxum hujayra paydo bo'lishining oldini oladi.

Implantantga qarshi ko'rsatmalar. Jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari, jigar kasalliklari, koronar tomirlar kasalliklari, ko'p chekuvchilar.

Homiladorlikdan saqlovchi mahalliy moddalarga uy sharoitida qo'llaniladigan kontratseptivlar va spermitsidlar, farmatekslar kiradi.

Spermitsidlar kimyoviy yoki spermitsidli kontratseptiv vositalar kimyoviy preparatlar bo'lib, ular jele, krem, shamchalar, qin tabletkalari yoki ko'pik hosil qiluvchi tabletkalar, aerazol (traseptin — T, farmateks) ko'rinishida chiqariladi. Kam jinsiy aloqa qiluvchi ayollarga tavsiya etiladi, spermitsidlar spermatozoidlarni yo'q qiladi va tuxum hujayrasini urug'lantirmaydi, to'g'ri va doimiy ravishda qo'llanilgan samarador usul hisoblanadi. 1 yil davomida qo'llab kelayotgan 100 ta ayoldan 18 tasining homilador bo'lib qolish ehtimoli uchraydi. Spermitsidlar prezervativ bilan birga qo'llanilganda samaradorligi oshadi. Ayol spermitsidlarni qin ichiga har bir jinsiy aloqadan avval qo'yishi lozim, spermitsidlar jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan birmuncha saqlaydi. Allergik sezuvchanligi bor ayollarga tavsiya etilmaydi.

Mahalliy vositalarni quyidagi hollarda qo'llash mumkin emas: emizikli ayollar, allergik kasalliklarda, homiladorlik holatida. Uy sharoitida kontratseptivlarga limonli tampon, qinni sirka bilan chayish kiradi.

Jarrohlik kontratsepsiya usuli. Doimiy jarrohlik kontratsepsiya usuli va vaqtinchalik kontratsepsiya usuli farqlanadi. Jarrohlik kontratsepsiyasidan foydalanish 35 yoshdan katta ayollarga, oilasida 2 ta bolasi bor ayollarga, er-xotinning yozma roziligiga binoan ixtiyoriy ravishda olib boriladi. Ayollarga tug'uruqdan keyin 6—8 haftadan keyin, hayz tugashi bilan 2 kun ichida amalga oshiriladi.

Jarrohlik kontratsepsiyasini qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: ayollar bachadon naylarining yallig'lanish kasalliklari, erkaklarda urug' yo'li va tuxumlarining yallig'lanishi.

Jarrohlik sterilizatsiyasida erkaklarda urug' yo'li kesiladi, ayollarda esa bachadon naylari kesiladi yoki bog'lanadi. Vaqtinchalik sterilizatsiya faqat ayollarda o'tkaziladi, bunda bachadon naylari kesilmasdan bog'lanadi. Bog'lama olib tashlangandan so'ng ayolning reproduktiv xususiyati tiklanadi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Kontratsepsiya nima?
2. Kontratsepsiyaning qanday turlari bor?
3. Fiziologik kontratsepsiya usullarini ayting.
4. Inyeksion kontratseptivlar qanday qo'llanadi?
5. Oral kontratseptivlarning qo'llanilishi.
6. BIVlarga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar.
7. Jarrohlik kontratsepsiyasi kimlarga qilinadi?

5-hob. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR

5.1. Ginekologiya fani haqida tushuncha, ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari, ularga yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi

Ginekologiya yunoncha so'zdan olingan bo'lib, ginekos — ayol va logos — fan, o'rganish ma'nosini anglatadi. Ginekologiya ayollar haqidagi fan bo'lib, ayollar organizmiga bo'g'liq bo'lgan o'ziga xos xususiyatlarni, tanosil a'zolarining kasalliklari va shu kasallik tufayli vujudga keladigan patologik jarayonlarni o'rganadi. Ayol a'zolaridagi o'zgarishlar va ular funksiyasining buzilishi, ba'zan boshdan o'tkazilgan turli infeksiya yoki surunkali kasalliklar, yurak, jigar, buyraklar hamda tug'uruqdagi jarohatlar oqibatida ro'y berishi mumkin. Ginekologiya umumiy va maxsus bo'limlardan iborat. Ginekologiyaning umumiy bo'limi ayol jinsiy a'zolari kasalliklarining belgilari, ularni aniqlash, umumiy tekshirish usullari, kasalliklarning oldini olish va ularni davolash yo'llarini o'rgatsa, xususiy ginekologiya bo'limi kasalliklarning kechishi, belgilari, ularni aniqlash yo'llari, davolash hamda kasallikning oldini olish chora-tadbirlarini o'rgatadi.

Ginekologiya tibbiyotning boshqa ko'p sohalari — anatomiya, fiziologiya, mikrobiologiya va virusologiya, anesteziologiya, xirurgiya, terapiya, endokrinologiya kabi fanlar bilan chambarchas bog'liq. O'smirlar ginekologiyasi, endokrinologik kasalliklarni operativ va nooperativ yo'llar bilan davolash hamda onkologik kasalliklar bo'limi keyinchalik ginekologiyadan alohida fan sifatida ajralib chiqdi.

Tibbiyot ilmining bobokaloni, buyuk mutafakkir Abu Ali ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» asarida ayollar kasalliklarining ba'zi turlari haqida fikr yuritadi. XVI asrning mashhur olimi, Boburning xos tabibi Yusufiy o'zining «Tibbi Yusufiy» asarida ayollar kasalliklari, ularning kechishi va davo haqida yozgan.

Ginekologiya fani XIX asr oxirlaridagina mustaqil fan sifatida ajralib chiqdi. Birinchi ayollar kasalliklarini davolovchi bo'limlar Sankt-Peterburgda (1842) va Moskvada (1875) ochildi. Rossiyada

1858-yilda A.A. Kiterning «Ayollar kasalliklarini oʻrganish toʻgʻrisida qoʻllanma»si nashr etildi. Oʻzbekistonda 1920-yil SamDUning «Meditsina» fakultetida «Akusherlik va ginekologiya» kafedrasida ish boshladi. 1927-yil Toshkentda «Onalik va bolalikni muhofaza qilish» ilmiy tekshirish instituti ochildi. Oʻzbekistonning iqlim sharoitini nazarga olib, ayollarda eklampsiya kechishi oʻrganildi.

Oʻzbekistonda ginekologiyaning rivojlanishida Toshkent meditsina instituti «Akusherlik va ginekologiya» kafedrasining mudiri boʻlib ishlagan professor Abram Aronovich Koganning izlanishlari ayollar jinsiy aʼzolari kasalliklarida nerv tizimining ahamiyati, klimaks, rakning organizm boʻylab tarqalishi va menopauza kabi masalalarga qaratilgan. Olim va ajoyib pedagog A.A. Kogan respublikamizda mahalliy kadrlarni yetishtirish sohasida katta ishlarni amalga oshirdi. Professor A.A. Qodirova dotsent O.K. Mirsoatov bilan hamkorlikda tibbiyot bilim yurtlarida taʼlim olayotgan oʻquvchilar uchun «Akusherlik» nomli katta darslik tayyorladi.

Samarqandda akademik I.Z. Zokirov rahbarligida tuxumdon va bachadon oʻsmalari muammosi ustida ish olib borildi. Ginekologiya fanidagi yangiliklar va yechilmagan masalalar Oʻzbekiston akusher-ginekologlarining I—VI anjumanlarida keng muhokama qilindi (1971—2003). Ginekologiya-endokrinologiya sohasida Oʻzbekiston «Akusherlik va ginekologiya» ilmiy tekshirish instituti xodimlari professor D.D. Kurbanov, professor M.Sh. Sodiqova tinmay izlanishlar olib bormoqdalar. Shu kasallikka chalingan ayollarda homiladorlikdan saqlanishning ilmiy jihatdan asoslab berilgan turlari taklif qilingan. Soʻnggi yillarda oilani sogʻlomlashtirishga qaratilgan ishlar keng koʻlamda olib borilyapti. Kutilmagan homiladorlikning oldini olish maqsadida qoʻllaniladigan kontratseptiv vositalardan foydalanish natijasida onalar va bolalar oʻlimi koʻrsatkichlari ancha pasaydi.

Ginekologik bemorlarni subyektiv tekshirish usullari. Har bir kasallik diagnostikasida anamnezning ahamiyati kattadir. Batafsil toʻplangan anamnezga va bemor umrining kasallikdan oldingi tarixini hisobga olgan holda, kasallik patogenezi aniqlashga katta ahamiyat beriladi. Ginekologik bemorni tekshirishga kirishishdan avval anamnez toʻplay bilish kerak. Toʻgʻri toʻplangan anamnez kasallikning kelib chiqish sababini tezda oydinlashtirib beradi.

Masalan, harorati ko'tarilgan, qornining pastki qismi qattiq og'riyotgan, yiringli oqmalar paydo bo'lgan bemor bachadon ortiqlari tekshirilgan paytda qattiq og'riq sezadi. Ayni vaqtda bachadon ortiqlarining kattalashganligi ham aniqlanadi. Bemordan so'ralganda jinsiy hayot boshlanganidan keyin tez orada kattalashganligi, dastlab siydik chiqarish vaqtida og'riq tutishini, keyin oqchil kela boshlaganini aytadi. Bunda bemorda so'zak bor deb gumon qilinadi.

Ba'zan anamnezni ma'lum sabablarga ko'ra bemorning o'zidan to'plab bo'lmaydi. Masalan, behush yotgan bemor tekshirilganda tomirining sust urishi, tomirining tez-tez urayotganligi, teri va shilliq pardalarining umumiy rangsizligi, qo'l-oyoqlarining sovuqligi, yuza nafas olayotganligi aniqlanadi, bemor savollarga javob qaytarmaydi. Bunday hollarda bemorning yaqinlari yoki tevarak-atrofdagilardan so'rashga to'g'ri keladi. Mukammal anamnez to'plash uchun muayyan sxemadan, anamnezni to'plash rejasidan foydalangan ma'qul. Ijtimoiy-tibbiy xodim bemor bilan muloqot qilganda o'zining qayd daftariga uning ismi, familiyasi otasining ismini, tug'ilgan joyi, millati, yoshi, kasbi va mashg'ulotini yozib oladi.

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

Mehnat va turmush sharoitining ta'siri. Ayolning jismoniy mehnat bilan shug'ullanishi o'zicha kasallikka sabab bo'lolmaydi, faqat noqulay mehnat sharoiti va zarur profilaktika tadbirlarining amalga oshirilmashligi ginekologik kasalliklar kelib chiqishida katta ro'l o'ynaydi.

Jismoniy mehnat bilan shug'ullanadigan ayollarda qin va bachadon devorlarining osilib tushishi kabi kasalliklar tez avj oladi, lekin jismoniy mehnatga o'rganmaganlik, tug'uruq vaqtida chanoq tubining shikastlanish holatlari kasalliklarning oson avj olishiga imkon beradi. Profilaktik tadbirlarini ishlab chiqishda ish vaqti, uning jadalligi, ishning bir xilligi, ish paytida gavdaning noqulay vaziyati, masalan, uzoq vaqt o'tirib, tik turib ishlash e'tiborga olinadi. Turmushda umumiy va shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, badan tozaligi uchun ishlatiladigan parvarish buyumlaridan hammaning foydalanishi bir qancha kasallikning, ayniqsa, yallig'lanishga xos kasallikning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bemorning shikoyatlarini tinglayotganda uning markaziy nerv tizimi funksiyasining buzilishiga taalluqli savollarga javob olinadi. Anamnez to'plashda kasallikning qachon va qanday boshlanganligini aniqlash bilangina kifoyalannmay, mazkur kasallikning bemor hayotidagi qanday bo'lmasin ko'ngilsiz hodisalar, masalan, biror ruhiy shikastlanish, og'ir kechinmalar yoki ilgari boshdan kechirilgan qandaydir kasalliklar tufayli boshlanganligini ham aniqlash muhim ahamiyatga ega. Keyin kasallikning belgilarini aniqlashga kirishiladi. Ya'ni ayol asab tizimining holati, uyquchanlik yoki uyqusizlik, o'z kasaliga munosabatini (ruhi tushgan, oldindagi muolajalardan qo'rqishi) aniqlab olinadi. So'ngra ayolda og'riq belgilari, sezgilari borligini (og'riq xarakteri, lokalizatsiyasi) jinsiy a'zolaridan kelayotgan shilliqsimon suyuqlik, umumiy xarakterdagi belgilar — bosh aylanishi, junjikish, harorat ko'tarilishi, a'zolar funksiyasining buzilishidan shikoyatlar bor-yo'qligi aniqlanadi.

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

Dam-badam tutib turuvchi og'riqlar, odatda, chanoq a'zolari bilan qorin bo'shlig'idagi a'zolar silliq mushaklarining qisqarishidan kelib chiqadi. Bachadon noto'g'ri joylashganda,

chanoq a'zolari o'rnidan siljiganida, kichik chanoq a'zolarida qon dimlanishidan giperemiya ro'y berganda, tuxumdon ortiqlari va chanoq kletchatkasidagi surunkali yallig'lanish jarayonlarida, zararsiz o'smalar nerv tutamlari yoki nerv oxirlarini qisib qo'yganda g'ijimlovchi og'riq seziladi. Yallig'lanish ekssudati qorin pardasiga ta'sir etganida yoki bachadondan tashqaridagi homiladorlikda qorin bo'shlig'iga qon quyilganida sanchiqli va kesuvchi og'riqlar paydo bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda qorin bo'shlig'iga qon quyilganida og'riq ko'pincha o'mrov va kurak suyaklariga o'tadi. Chanoq a'zolari rakining o'tib ketgan xillarida **timalovchi og'riq** seziladi. Bu og'riq aksari juda kuchli bo'lib, ancha uzoq davom etadi. Og'riqlarning jadalligi, odatda, yallig'lanish jarayonining jadalligiga bog'liq bo'ladi. O'tkir yallig'lanish jarayonlarida, ayniqsa, qorin pardasi yallig'langanda o'tkir, chidab bo'lmaydigan og'riq bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni o'tgan sari og'riq ham kamayadi.

Oqchil. Ayol jinsiy a'zolarining kasalliklarida bemorlar ko'pincha qindan oqchil suyuqlik (fluor) oqayotganidan shikoyat qiladilar. Bu ajralma shilimshiq, seroz, yiringli va yiringsiz shilimshiq bo'lishi mumkin. Sog'lom ayol qinidan aksari sarg'imtir suyuqlik chiqib turadi. Jinsiy a'zolar normal holatda bo'lsa, ayol buni sezmaydi. Patologik holatlarda shilliq pardalar sekretsiyasi haddan tashqari kuchayganda, oqchil paydo bo'ladi. Oqchil, odatda, jinsiy a'zolarining kasallanishi natijasida bo'lib, tashxis qo'yishni osonlashtiradigan belgilardan biri hisoblanadi. Masalan, servikal kanal shilliq pardasining yallig'lanishi bilan davom etadigan kasalliklarda oqchil quyuq, loyqa shilimshiq tusini oladi. Oqchil bachadon tanasidan kelayotgan bo'lsa, sersuv chiqindi tusida bo'ladi. Jinsiy a'zolarining biron bo'limidagi yallig'lanish jarayonida ko'pgina yallig'lanish ekssudati paydo bo'ladi, bu ekssudat qonning shakli elementlari aralashgan qon zardobidan iborat bo'ladi, oqchil yiring aralash sarg'ish tusi bilan ajralib turadi. Bachadon noto'g'ri joylashganda chanoqda qon dimlanishi mumkin va bunda yurak kasalliklari sababli qon aylanishi buziladi. Surunkali ich qotishi oqibatida ham ajraladigan suyuqlik miqdori ortishi mumkin. Homiladorlik normal o'tayotganda, ko'pincha, ko'p ajralma keladi. Bu ajralma ko'chgan yuza epiteliy aralashganligi tufayli quyuq holatda bo'ladi. Infantilizm, nerv kasalliklari ham oqchil chiqishiga sabab bo'ladi. Yallig'lanish bilan davom etadigan kasalliklardan

har xil o'smalar, ayniqsa, yomon sifatli o'smalar paydo bo'lganda ham hamisha oqchil keladi. Oqchil, ko'pincha jiddiy kasallikning birdan bir belgisi bo'lishi mumkin. Bachadon rakida oqchilga ko'pincha qon aralashgan bo'ladi. O'sma taraqqiy etgan sayin, o'sma parchalanganda va nekroz hosil bo'lganda oqchil badbo'y hidli bo'ladi.

Siydik a'zolarining funksiyasi. Ayolning jinsiy a'zolari anatomik jihatdan qovuqqa va siydik chiqarish kanaliga yaqin joylashgan. Ginekologik bemorlarda, ko'pincha, siydik chiqarish turli xilda buziladi: tez-tez siygisi qistaydi, siydik tutolmaydi yoki aksincha, siydik ushlanib qoladi, nihoyat, siydik chiqarishning boshida yoki oxirida og'riq turishi mumkin. Qinning old devori osilib tushganda (bunda qovuqning devori ham qatnashadi), noto'g'ri joylashgan bachadon qovuqqa ta'sir etganda, ya'ni qovuq devorini qisganda, odam tez-tez siygisi keladi; tuxumdon va bachadon o'smalari, siydik chiqarish kanali va qovuqning yallig'lanish holatlarida ham shunday belgilar paydo bo'ladi. Siydik-tanosil yo'llari, asosan, qovuq-qin oqmalarida, ko'pincha, siydik tutib bo'lmaydi. Ba'zi bemorlar qinni joyiga kirgizib qo'yganlaridan keyingina qovuqni bo'shata oladilar. Bachadon devorlarida miomatoz tugunlar va kichik chanoqdagi jinsiy a'zolarining boshqa o'smalari bo'lganda orqaga egilgan bachadon qisilib, siydik ushlanib qoladi. Ginekologik kasalliklar jinsiy a'zoldan qovuqqa tarqaladi va siydik chiqarish funksiyasining turli tarzda buzilishiga sabab bo'ladi.

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

Ichak funksiyasi. Ginekologik bemorlar qator holatlarda defekatsiya akti buzilganligidan, ko'pincha, ichlari qotayotganligidan shikoyat qiladilar. Ich qotish sabablari har xil. Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tufayli uzoq vaqt o'rnida yotish sababli ichak atoniyasi kelib chiqadi, bu esa ich qotishiga sabab bo'ladi. Bemorlar Duglas bo'shlig'ida yallig'lanish eksudati ancha to'planganda to'g'ri ichakda tez-tez tenezmlar paydo bo'lib, og'riq turishidan shikoyat qiladilar. Duglas bo'sh-

lig'ida absesslar paydo bo'lib, to'g'ri ichakka ochiladigan bo'lsa, to'g'ri ichak shilliq pardasi bunga javoban bir talay shilimshiq chiqarish bilan reaksiya ko'rsatadi. Bemorlar bunda, ko'pincha, «ichim ketdi» beb o'yladilar. Og'riq septik jarayonlar va peritonitlar, holdan *toydiruvchi ich ketishi bilan davom etadi*.

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

Balog'atga yetish davri va hayz xarakteri. Shimoliy mintaqalarda qizlar 14—16 yoshda hayz ko'ra boshlaydi, hayz ko'rish, odatda, 43—48 yoshda tugaydi. Janubiy mintaqalarda qizlar ertaroq — 12—13 yoshda hayz ko'ra boshlaydilar. Odatda, qiz bolalar har 28 kunda hayz ko'radi (21—30 kunda hayz ko'rish normal hisoblanadi), hayz 3—5 kun davom etadi. Hayz qoni dastlab kam, odatda, ikkinchi, uchinchi kuni ko'proq ketadi, so'ngra yana kamayib, tugaydi. Hayz qoni to'q rangli bo'lib, ivimaydi (chunki bachadon bo'ynining sekreti aralashgan bo'ladi). Har qanday patologik qon ketishida jinsiy a'zoldan chiqadigan qon ivib qoladi. Normal hayz ko'rishda kasallik sezgilari paydo bo'lmasligi kerak, lekin ba'zi ayollar qornining pastida og'riq sezishi, boshi og'rish mumkin. Hayz tipi birdaniga tayin bo'lmasligi, ya'ni birinchi hayzdan keyin bir qadar uzoqroq (bir necha oygacha) vaqt o'tishi mumkin. Shuningdek, hayz ko'rish xarakteri umr bo'yi o'zgarishi mumkin, masalan, jinsiy hayot boshlangach, tug'uruqdan keyin.

Ayollarning hayz funksiyalarini aniqlaganda, quyidagi savollarga javob olish zarur:

1. Hayz ko'rish necha yoshda boshlangan va odatdagi tipi qachon tayin bo'lgan?
2. Hayz qancha vaqtdan keyin takrorlanadi va necha kun davom etadi?
3. Hayz ko'rganda qancha (kam, o'rtacha, ko'p) qon ketadi?
4. Qon laxtalari ko'rinadimi va bu laxtalar qachon paydo bo'ladi?
5. Hayz ko'rishda og'riq seziladimi, qachon seziladi (hayz ko'rishdan ilgari, hayz ko'rish kunlarida yoki hayz ko'rishdan keyin, og'riq xarakteri qanday)?

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

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

Jinsiy hayot. Ayolning jinsiy hayoti so'rab-surishtiriladi. Ayol jinsiy hayotni necha yoshdan boshlaganligi, muntazam yoki onda-sonda yashaganligi, jinsiy aloqalarning normal yoki boshqacha o'tganligi surishtiriladi. Jinsiy a'zolarida yallig'lanish jarayonlari, ko'pincha, jinsiy hayot kechiruvchi ayollarda paydo bo'ladi. Jinsiy aloqada qon kelishini bilish muhim ahamiyatga ega, bachadon bo'ynida eroziya borligi ham qon ketishiga sabab bo'ladi. Ba'zan qon ketishi bachadonbo'yni rakining birdan bir belgisi bo'lishi mumkin. Bachadon ortiqlarida va parametriyda yallig'lanish bo'lsa, jinsiy aloqada og'riq seziladi va infantilizmni ko'rsatadi. Infantilizmda boshqa jinsiy a'zolar bilan birga, qin ham yetilmagan bo'ladi. Vaginizm yoki oraliq muskullarining spazmi, shuningdek, qinning keskin torayishi va bitib qolishi yoki qinning butunlay bo'lmasligi aloqa qila olmaslikka sabab bo'ladi.

Homiladorlik va uning qanday o'tganligi to'g'risida ma'lumotlar. Homiladorlik, tug'uruq va chilla davrida biron-bir kasallik bilan og'rish ginekologik kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Bemor hayotining shu davriga taalluqli savollar quvidagilardan iborat:

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

Ayolning tug'maganligiga bir qancha kasalliklar (jinsiy a'zolarining yetilmaganligi, tug'ma atreziyalar, bachadonning noto'g'ri joylashganligi, boshidan kechirgan yallig'lanish jarayonlari) sabab bo'lishi mumkin. Jami homiladorlikdan nechtasida bola sun'iy tushirilganligi, nechtasida esa o'z-o'zidan tushganligini aniqlash muhim, chunki bola tushirish bir qancha ginekologik kasalliklarga

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

Ayollarni obyektiv tekshirish

Ayolning umumiy ahvoli. Anamnestik ma'lumotlar to'p-langandan so'ng ayolni obyektiv tekshirishga kirishiladi. Ayol organizmi bir butun ekanligini doimo esda tutish lozim. Shuning uchun uning umumiy qiyofasi, yurish-turishi, teri va teriosti kletchatkasining holatiga ham ahamiyat beriladi. Nerv va qon tomir tizimlari, nafas a'zolarining holati ginekologik kasalliklarga tashxis qo'yish va davolashda katta ahamiyatga ega. Bemorning umumiy ahvolini ko'zdan kechirib bachadon raking o'tib ketgan xili deb tashxis qo'yib bo'lmaydi, chunki bemorni ba'zan davolash mumkin. Bachadon ortiqlarining siliga gumon tug'ilganda o'pka yoki bezlar silini aniqlash, bachadon bo'yni zaxmdan zararlanganiga gumon tug'ilganda, bachadon bo'ynidagi leykoderma va toshmani aniqlash juda muhimdir.

Ginekologik bemorlarni tekshirish sharoitlari. Ginekologik bemorlar kasalxona sharoitida tekshirilishi kerak. Poliklinika va stasionarlarda bemorni tekshirish uchun oddiy konstruksiyadagi ginekologik kreslodan foydalanish mumkin. Bunday stollarda ba'zi ginekologik operatsiyalar, masalan, bachadonni qirish, bachadon bo'ynini biopsiya qilish ishlari bajariladi.

Tekshirish uchun qo'lni tayyorlash. Bemorni tekshirayotgan paytda unga infeksiya kirmaydigan sharoit vujudga keltirish lozim. Bemorlarni tekshirishdan oldin qo'lni qo'l qoidasi bo'yicha yuvib, dezinfeksiya qilingan perchatka kiyiladi. Qin orqali o'tkaziladigan har bir tekshirishdan oldin qo'lni sovunlab yuviladi va dezinfeksiya qilinadi. Qo'lqop kiyib tekshirilganda ham shunday dezinfeksiya qilinadi.

Bemorni tekshirishga tayyorlash. Ginekologik tekshirish uchun tashqi jinsiy a'zolar qon, yiringli ajralma yoki najas bilan ifloslangan bo'lsa, ular yuviladi. Yiringli, sassiqli ajralmalik kasalliklarda qin dezinfeksiyalovchi moddalarning kuchsiz eritmasi bilan chayiladi. Bachadondagi barcha muolajalar (bachadon bo'ynini kengaytirish, bachadonga zond kiritish, shuningdek,

orqa gumbazni punksiya qilish)da tashqi jinsiy a'zolar va qin sinchiklab dezinfeksiya qilinadi.

Jinsiy a'zolarini tekshirishdan oldin ayolning qovug'ini bo'shatish buyuriladi. Kasallik xususiyatiga ko'ra bemor o'zi siya olmasa, kateter yordamida qovuq bo'shatiladi.

Tashqi tekshiruv. Qorinni ko'zdan kechirish. Ayolga tekis karavotda qorinini ochib yotish taklif qilinadi. Avval ayolning qorni ko'zdan kechiriladi. Qorinning shakli, katta-kichikligi, avvalgi homiladorlikdan, operatsiyadan qolgan chandiqlarga, qorin devorining bo'shashganligi, qorinning dam bo'lgan-bo'lmaganligi, ichiga tortilgan-tortilmaganligiga, oqma teshiklariga, yaralar, toshmalar, qorin muskullarining bir-biridan qochgan-qochmaganligiga, churra bor-yo'qligiga, venalarning kengayganligi yoki qorin devori bag'ridagi o'smalardan, shish, assit yoki meteorizm tufayli kelib chiqadigan shishishga e'tibor beriladi. Masalan, tuxumdonning kistasimon o'smalari ko'pincha yakka sharsimon tuzilma shaklida; bachadonning ko'p sonli fibromiomalari o'zaro bo'g'langan konglomerat shaklida bo'ladi. Tuxumdon kistalarida qorin, odatda, gumbaz shaklida do'ppayib chiqib turadi. Assitda qorin yon bo'limlarining simmetrik ravishda do'ppayib chiqib turishi sababli anchagina xarakterli tus oladi, assit suyuqligi ko'p to'plangandagina qorin shar shakliga kiradi.

Qorin bo'shlig'dagi o'smalar aktiv yoki passiv surilishi mumkin. Nafas harakatlari ta'sirida diafragmaning surilishi sababli organning joyidan qo'zg'alishi aktiv surilish deb ataladi. Shifokorning qo'li bilan surishi passiv surilish deyiladi. Yomon sifatli, katta muddatli o'sma bo'lsa, umuman siljimaydi. Jinsiy a'zolarining o'smalari, odatda, aktiv siljimaydi, lekin passiv ravishda siljishi mumkin (tuxumdonning uzun oyoqli kistalari va bachadonning subseroz fibromatoz tugunlari). Ichak, chov, me'da, qorin orqasidagi tugunlardan boshlangan o'smalarni qorin palpatsiyasida aniqlash mumkin. Differensial diagnostikada hamisha shuni nazarda tutish kerakki, jinsiy a'zoldan boshlangan o'smalar, odatda, kichik chanoq bilan bog'langan bo'ladi, o'smaning yoysimon konturi qavariq tomoni bilan yuqoriga qarab turadi. Shish qorinning, asosan, pastki bo'limlarida, tashqi jinsiy a'zolar va oyoqda joylashadi, shu bilan birga, shish ustidagi teri xarakterli tus oladi: teri to'lishib, yaltirab turadi, barmoq bosilganda izi tushadi. Umumiy meteorizmدا qorin umumiy sathi bir tekis do'ppayadi, ichak tutilganda qorinning bir sohasi do'ppayib chiqadi.

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

Qorinni paypaslash (palpatsiya). Qorinni ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin palpatsiyaga kirishiladi. Buning uchun ikkala qo'l kafti qorinning simmetrik joylariga qo'yiladi va qo'llarni sekin-asta tekis harakatlantirib, qorin terisi, uning qalinligi, tarangligi, sezgirligi, konsistensiyasi (yumshoq-qattiqligi) va qorin to'g'ri muskullarining bir-biridan qanchalik qochganligi paypaslab bilinadi. Simmetrik joylar doimo taqqoslab turiladi. Qorinni bir qo'l bilan ham paypaslab ko'rish mumkin. Qo'llar iliq bo'lishi shart, aks holda hemor seskanishi va qorin muskullari qisqarib, tekshirish qiyinlashishi mumkin.

Chuqurroq palpatsiyada, qorin devorlari yumshoq bo'lganda, umurtqa pog'onasi ustida aortaning urib turishini aniqlash mumkin. Chov sohasida chov limfa bezlarining kattalashganligini, churra do'ppayib turganligini, bachadon yumaloq boylamining o'smalari va venalarning varikoz kengaymalarini aniqlash mumkin. Qorinning yuqori bo'limida, qovurg'alar ostida o'ng tomonda jigar cheti, chap tomonda taloq cheti (bu a'zolar kattalashgan bo'lsa) paypaslab topiladi. Buyraklar va ichkarida yotgan o'smalarni paypaslab topish uchun qo'l bel ostiga olib boriladi. O'zgarimagan ichki jinsiy a'zolar qorin devorlari orqali paypaslanganda qo'lga unnamaydi.

Qorin bo'shlig'ida o'sma bo'lsa, uning yuqori va yon chegaralari, yonbosh chuqurchalari tomondagi va kichik chanoq bo'shlig'i tomondagi chegaralari, o'sma ustidagi qorin terisining harakatchanligi va qorin terisi ostidagi o'smaning harakatchanligi aniqlanadi. So'ngra o'smaning kattaligi, shakli va yuzasi, konsistensiyasi aniqlanadi. Ayolning qornini paypaslaganda qorinning turli qismlariga qo'l bilan bosganda sezgirlik o'zgarishiga e'tibor berish zarur. Ichki jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklarida, ayniqsa, qorin pardasi yallig'lanish tomonga tortilgan bo'lsa, paypaslaganda bezillaydi. Qorin devoriga qo'l tekkizganda qorin muskullari «himoyalani», qisqaradi.

Qorinni tukillatib ko'rish (perkussiya). O'smalarning konturlarini va ayrim a'zolarining chegaralarini aniq bilish uchun qorin, odatda, barmoqlar bilan tukillatib ko'riladi, ya'ni perkussiya usuli qo'llaniladi. Barcha o'smalar, parda bilan qoplangan

ekssudativ parametritlar bo'g'iq tovush beradi, ichak va me'da ustida esa timpanik tovush eshitiladi. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bo'lsa, perkussiyada qorinning o'rtasida timpanik tovush eshitiladi, qorinning ikki yonida, suyuqlik to'plangan joylarda bo'g'iq tovush chiqadi, ayol vaziyati o'zgartirilganda bo'g'iq tovush chegaralari o'zgaradi. Qovuq to'lgan bo'lsa, perkussiyada bo'g'iq tovush eshitiladi. Shuning uchun kichik chanoq sohasini tekshirishdan oldin qovuqni bo'shatib olish kerak. Bachadonda tashqari homiladorlikda qorinni perkussiya qilish diagnostika(qorin bo'shlig'ida qon to'planganligini aniqlash) uchun juda muhim ma'lumot hisoblanadi.

Qoringa quloq futib ko'rish (auskultatsiya). Qorinning kattaligi va shakliga qarab bachadonda homila yoki o'sma borligini bilib bo'lmaganda, qoringa quloq solib ko'rish (auskultatsiya) zarur. Homiladorlikda qoringa quloq solib homilaning yurak urishi, qimirlashi, bachadon shovqinlari aniqlanadi. Bachadon naylariga havo berilganda ham qoringa quloq solib ko'riladi. Bachadon naylariga havo berilganda nayning ampular uchidan chiqayotgan havo shovqinini ba'zan eshita bo'ladi. Umumiy peritonitda qoringa quloq solib ko'rilsa, ichak peristaltikasi to'xtab qolgani sababli ichak shovqinlarining batamom yo'qolganligi bilinadi.

Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish. Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish uchun ayol ginekologik kresloga yotqiziladi. Dastlab ayolning qoviga e'tibor beriladi: qov shakli teri ostidagi yog' qatlamining holati, jun xarakteri qayd qilinadi. Sonning ichki yuzalari ko'zdan kechiriladi (bichilganligi, ekzema, kondiloma, varikoz tugunlar bor-yo'qligi). So'ngra katta va kichik jinsiy lablar (kattaligi, shish, yara, o'sma, varikoz tugunlar), kondilomalar bor-yo'qligi, jinsiy yoriqning yumilish darajasi (gemorroidal oraliq yirtilganligi, chandiqlik) va orqa chiqaruv teshigi sohasi (tugunlar, yoriqlar, kondilomalar, yaralar borligi, shilliq pardasining tashqariga chiqib qolganligi) ko'zdan kechiriladi. Keyin qin dahlizini ko'zdan kechirish maqsadida jinsiy lablar chap qo'lining bosh va o'rta barmog'i bilan keriladi. Bu yerda klitor (shakli, kattaligi, rivojlanish nuqsonlari), uretra tashqi teshigi shilliq pardasining holati, parauretral yo'llar, katta va kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi, qizlik pardasi, orqa tortma ko'zdan kechiriladi. Qin dahlizida qizlik pardasining oldingi va tashqi tomonida Bartolin bezlarining chiqarish yo'llari ikki yoqdan ochiladi. Chiqarish yo'lining teshigini sinchikalb ko'rish kerak, ajralmaning xarakteri,

soʻzak dogʻlarining mavjudligi, teshik atrofining shishganligi, qizarganligiga eʼtibor beriladi. Qin dahlizining shilliq pardasini koʻzdan kechirganda shu pardaning sianoziga (koʻkarganligiga) eʼtibor beriladi. Sianoz chanoqda oʻsma borligini, bachadonning notoʻgʻri joylashganligi tufayli qonning dimlanib qolganligini yoki homila borligini bildiradi.

Koʻzgular yordamida koʻzdan kechirish. Bemorni tashqi va ichki tekshirishdan soʻng chanoq aʼzolari koʻzgular yordamida koʻzdan kechiriladi. Xavfli eroziyalar shu usulda tekshirib aniqlanishi mumkin. Qin koʻzgulari tuzilishi jihatidan silindrsimon, tavaqali va qoshiqsimon koʻzgularga boʻlinadi.

Siydik chiqarish kanali va klitor sohasi eng sezgir boʻlgani uchun koʻzgu kiritishda juda ehtiyot boʻlish zarur. Koʻzguni buragansimon harakatlantirib, uchi qin gumbazlariga tiralguncha, bachadonning qindagi qismi esa koʻzgu teshigiga toʻgʻri kelguncha ichkariga kiritiladi. Silindrsimon koʻzgular qin devorlarini va bachadon boʻynining qindagi qismiga dori surtish kabi terapevtik muolajalar uchun ham qulaydir.

Ambulatoriyada qoʻsh tavaqali koʻzgudan foydalangan maʼqul. Koʻzguni ichkariga siljitib va dasta tarmoqlarini vint bilan yaqinlashtirib, bachadon boʻynini koʻrish yoki belgilangan manipulyatsiyalarini bajarish uchun ochiladi.

Qoshiqsimon koʻzgular qoshiq bilan dastadan iborat. Bu tipdagi koʻzgular koʻproq ishlatiladi: ularni istagancha siljitib, qinning barcha boʻlimlari, devorlari, gumbazlari va bachadon boʻynini qarab chiqish mumkin. Bachadon boʻynining qindagi qismini koʻzdan kechirganda oldingi va keyingi lablarning shakli, kattaligi, rangi, uzunligi, tashqi teshikning shakli va mavjud oʻzgarishlarga (bachadon boʻynining yirilganligi, eroziya, yaralar, poliplar va hokazolarga) eʼtibor beriladi. Qoshiqsimon koʻzgular yordamida qin ichkarisida va bachadon boʻynida manipulyatsiyalar va qinda biron operatsiyani bajarish mumkin. Koʻzgularning uzunligi, shakli har xil boʻladi.

Qoshiqsimon koʻzgularning baʼzilarida qoshiq bilan dasta yaxlit boʻladi. Koʻpincha qoshigʻi dastasiga qulf yordamida birlashtirilgan koʻzgulardan foydalaniladi. Qinni va bachadon boʻynining qindagi qismini qoshiqsimon koʻzgular bilan koʻzdan kechirishda koʻtargichdan ham foydalaniladi. Qoshiqsimon koʻzgulardan foydalanilganda ularni ushlab turish uchun yordamchi hamshira zarurligi bu koʻzgularning kamchiligi hisoblanadi.

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

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

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

Gumbazlar tekshirilganda ularning chuqurligi, kengligi, shilliq pardasining siljishi, bo'rtgan-bo'rtmaganligi, o'smalari, infiltratlari, ularning qo'shni a'zolar bilan bog'langanligi tekshiriladi, tekshirish vaqtida og'riq sezilish va sezilmasligi aniqlanadi.

Keyin bachadonning vaziyati, shakli, kattaligi va konsistensiyasini bilish uchun barmoqlarni qinga suqib, bachadonning

qindagi qismini picha yuqoriga va oldinga ko'tarib, bachadon tubi qorinning old devoriga yaqinlashtirib ushlanadi. Shundan keyin tashqaridan qo'yilgan qo'l bilan qorin devori avaylab bosiladi, barmoqlarni bachadon tanasining orqa yuzasida joylashtirishga harakat qilinadi. Keyin ikkinchi qo'l barmoqlari old gumbazga ko'chiriladi, bunda bachadon tanasi ikkala qo'l barmoqlari orasida seziladi. Normal holatda bachadon o'rta chiziqda, simfiz bilan dumg'azadan, shuningdek, chanoqning yon devorlaridan bir xil masofada joylashadi. Bachadon tubi yuqoriga va oldinga (kichik chanoq og'zining tekisligidan tashqariga chiqmaydi), bachadon bo'yni esa pastga va orqaga qaragan bo'ladi. Bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasida oldinga tomon ochiq turadigan burchak bor. Bachadonning bunday shakli va vaziyati *anteflexiovers* deyiladi. Buning ma'nosi shuki, bachadon oldinga qaragan burchak ostida bukilgan va bundan tashqari, oldinga egilgan bo'ladi. Bachadonning bu normal (tipi) vaziyati bir qancha hollarda o'zgarganligini, jumladan, bachadonning turlicha qayrilganligini va biron tomonga egilgan yoki siljiganligini bildiradi. Bu esa tekshirish usulini o'zgartirishga majbur etadi. Masalan, bachadon orqaga siljiganda (ayniqsa, orqaga qayrilganda) «tashqi» qo'lning barmoqlarini bachadonning orqa yuzasiga yetkazib bo'lmaydi va tekshirish texnikasi o'zgartiriladi, ya'ni bachadonning orqa yuzasi orqa gumbazga kiritilgan «ichki» qo'l bilan, old yuzasi esa «tashqi» qo'l bilan paypaslanadi.

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

Bachadon tekshirilgandan keyin bachadon ortiqlari paypaslanadi, shuningdek, kletchatka va qorin pardasining holati ham aniqlanadi. Bachadon boylamlari, kletchatkasi va ortiqlari normal holatda shu qadar yumshoq va mayin bo'ladiki, paypaslab bo'lmaydi. Kamdan kam hollarda normal tuxumdonni (ko'pincha pastga tushganda) bodomsimon tana shaklida paypaslab topish mumkin, u harakatchan bo'lib, paypaslaganda seziladi. Bachadon ortiqlarini tekshirish va bachadon atrofidagi kletchatkaning holatini aniqlash uchun unga kiritilgan barmoqlar yon gumbazlardan biriga joylashtiriladi, «tashqi» qo'l esa, qorin devoriga chuqur botirilib,

ikkala qo'l barmoqlarini birlashtirishga harakat qilinadi. Bunda agar bachadon ortiqlari kattalashmagan yoki kletchatkada infiltrat bo'lmasa, ikkala barmoqni birlashtirish mumkin bo'ladi.

To'g'ri ichak najasga to'lib ketganda o'sma yoki infiltrat bor degan taassurotni tug'dirishi mumkin. Bunda quyidagi oddiy usul yordam beradi: to'g'ri ichakka yig'ilib qolgan najas barmoq bilan bosilganda izi qoladi, o'sma yoki infiltrat bo'lganda esa, bunday hodisa kuzatilmaydi. Shuning uchun bemorni tekshirishdan oldin klizma qilib, to'g'ri ichagi tozalanadi. Qin orqali tekshirish tamom bo'lgach, barmoqda qolgan chiqindilar xarakteriga e'tibor berish kerak.

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

Tekshirishdan avval klizma qilib ichak tozalanadi. Rezina qo'lqop kiyib yoki vazelin surtilgan bir barmoqqa kiygiziladigan rezina bilan tekshiriladi. Qin orqali tekshirishda bemor qay vaziyatda yotsa, bunda ham shunday vaziyatda yotadi, qo'llarining vaziyati ham shunday bo'ladi.

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

Qin operatsiyasida qin devorlarini va operatsiya maydonchasini artish uchun tamponlar uzun qisqich, kornsang yoki uzun pinsetlar (bo'yi 20 sm) bilan ushlanadi.

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

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

Bachadon bo'yni kanali yoki bachadonning shilliq pardasiga biron dori modda eritmasini surtish kerak bo'lganda ingichka,

uchida o'yiqchasi bo'lgan uzun metall tayoqchadan foydalaniladi.

Ba'zan diagnostika, shuningdek, davolash maqsadida bachadon bo'yni oldindan kengaytiriladi. Shu maqsadda Gegar kengaytirgichlaridan foydalaniladi. Kengaytirgichlar to'plamining raqami, odatda, 3 kattalik hajmidan boshlanib 4; 4,5; 5 va hokazo tarzida yoziladi. Kengaytirgichlar taxlanib, raqamiga qarab shifokorga uzatiladi.

Qo'shimcha tekshirish usullari. Bachadonga zond solish

Bachadon bo'shlig'ining uzunligi, servikal kanalning ochiqligi va uzunligini aniqlash yoki bachadon o'smalari (jumladan, submikoz fibromiomalar) bo'lganda bachadon bo'shlig'ining shakli haqida taxminiy ma'lumot olish uchun bachadonga zond solib ko'riladi.

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

Barcha asboblarni ishlatishdan oldin qaynatib, sterilizatsiya qilish zarur. Shifokor va hamshira ham qo'llarini xuddi xirurgik operatsiyaga tayyorlagandek tayyorlashlari shart. Qovug'i bo'shatilgan bemor ginekologik kresloga o'tkaziladi, keyin qin bachadonni qirish operatsiyasiga tayyorlangandek tayyorlanadi.

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

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

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

Orqa gumbaz sinov maqsadida quyidagicha punksiya qilinadi. Shprisga qadalgan igna bilan orqa gumbaz devori o'rtta chiziq bo'ylab, bachadon bo'ynidan 1 sm naridan teshiladi. Porshenni tortib, Duglas bo'shlig'idagi suyuqlik shprisga tortiladi. Igna olingandan keyin gumbaz devorining teshilgan joyiga yod surtiladi. Olingan suyuqlik (qon, yiring, eksudat) tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi.

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

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

Biopsiya. Tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish orqali aniqlangan o'smalarni tekshirish maqsadida o'smalardan parchalar qirib olinadi. Bu usul xavfli o'smani o'z vaqtida aniqlashda, homila tuxumi elementi qoldiqlari qolganda, endometriy sili, polinozlarga gumon qilinganda qo'llaniladi. Hayz sikli buzilganda (asiklik yoki noaniq etnologiyali siklik qon ketganda) ham bachadon shilliq qavati qiriladi va gistologik tekshiriladi. Bu muolajani o'tkazish uchun quyidagi asboblardan foydalaniladi: qoshiqsimon qin ko'zgulari, pulevoy qisqich, bachadon zondi, Gegar kengaytirgichlari, kyuretkalar.

Muolaja aseptika qoidalariga rioya qilgan holda o'tkaziladi. Qinga ko'zgu kiritilgach, bachadon bo'ynining old tomoniga pulevoy qisqich qo'yiladi va anesteziya maqsadida orqa-yon gumbazlarga 80—100 ml 0,25% li novokain eritmasi yoki vena orqali reloipsol, sombrevin, epontol yuboriladi. So'ng bachadon zondi yordamida bachadon holati va uzunligi aniqlanadi. Shundan keyin bachadon bo'yni Gegar kengaytirgichlarida kengaytiriladi (dilatatsiya). Keyin bachadon shilliq qavati kyuretkalar yordamida qiriladi. Qirib olingan massa lotokka yig'iladi. Ko'zdan kechirilgach 5% li formalin yoki 96% li spirtga solib gistologik tekshiruv uchun laboratoriyaga jo'natiladi.

Biopsiyaga ko'rsatma: bachadon bo'yni, qin va tashqi jinsiy a'zoldagi patologik jarayon xususiyatini aniqlash.

Sharoit:

1. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish.
2. Bemorning roziligini olish.

3. Malakali tibbiyot xodimining borligi.
4. Asbob-anjomlarni tayyorlash:
 - qoshiqsimon Simps ko'zgusi;
 - kornsang;
 - pulevoy qisqich — ikki dona;
 - ikki tishli Myuzo qisqichi;
 - skalpel;
 - igna tutgich va igna.

Tayyorlash:

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

Muolajani bajarish tartibi:

1. Ginekologik kresloga taglik solinadi.
2. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
3. Qo'llar maxsus usulda yuviladi.
4. Simps ko'zgulari va ko'targich yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
5. Paxtali sharcha kornsang yordamida olinadi.
6. Ushbu sharcha bilan bachadon bo'yni 1:5000 nisbatda suyultirilgan furatsillin eritmasi bilan yuviladi.
7. Bachadon bo'ynining old tomoni pulevoy qisqich bilan qisiladi.
8. Pulevoy qisqichni shu holatda ushlash yordamchi xodimga buyuriladi.
9. O'ng qo'lga skalpel ushlanadi.
10. Tekshirish uchun to'qima kesib olinadi.
11. Kesib olingan to'qima 20% li formalin eritmasiga solinadi.
12. Gistologik tekshiruv uchun yo'llanma yoziladi.

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

5.2. Hayz faoliyatining buzilishi haqida tushuncha. Jinsiy yetilish, jinsiy yetuklik va klimakterik davrning o'ziga xos xususiyatlari

Hayz faoliyatining buzilish sabablari. Hayz siklining buzilishi polietiologik kasallik bo'lib, uning sabablari juda ko'p. Organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruhiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zolaridagi o'smalar va hokazolar kasallik sabablari bo'lishi mumkin. Etiologik omillar ichida qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Virusli gepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan o'zgarishlar ro'y beribgina qolmay, balki gipotalamusda ham xuddi shunga o'xshash o'zgarishlar yuz beradi. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi ro'y berishi mumkin. Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir.

Hayz sikli buzilishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- 1) endokrin bezlardan birining neyrogormonal (gipotalamus-gipofiz) omillar ta'sirida faoliyati buziladi;
- 2) infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlarning faoliyati yetarlicha bo'lmaydi;
- 3) ayrim bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulyatsiyasi yetarli bo'lmaydi;
- 4) biron gormon organizmning kerakli joyiga yetib bormaydi;
- 5) gormonlarning ta'sir qilish sharoiti buziladi;
- 6) ba'zi gormonlarning ta'sir qilish faolligi buziladi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi. Hayz sikli buzilishining quyidagi turlari mavjud:

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

Hayz kuchi va davomiyligi «+» belgisi ostida o'zgarishi quyidagilar:

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

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

Hayz kuchi va davomiyligining «—» belgisi ostida o'zgarishi quyidagilar:

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

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

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

Hayzning tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishi

I. Tipi:

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

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

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

II. Anovulator disfunktsional qon ketishi:

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

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

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

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

— *algodismenoreya* — umumiy mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. Bachadondan asiklik qon ketishi:

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

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

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

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

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

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

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

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

- gipotalamik;
- gipofizar;
- tuxumdon;
- bachadon.

Amenoreyaga quyidagilar sabab bo'ladi:

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

— MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari, meningoensefalit, ruhiy shikastlanish);

— o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar;

— surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyohvandlik);

— alimantar omillar — ochlik, kamqonlik, semizlik;

— ekstragenital kasalliklar: yurak-qon tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;

— bachadon kasalliklari: endometrit.

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

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

ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar natijasida miyaning doʻnglikosti sohasida patologik oʻzgarishlar yuz beradi.

Gipotalamik amenoreya koʻpincha quyidagicha funksional tabiatli boʻladi:

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;
- soxta homiladorlik;
- asabdan boʻladigan anoreksiya (ruhiy anoreksiya);
- turli infeksiyon kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga keladigan amenoreya.

Klinikasi. *Gipotalamik amenoreya* paydo boʻlishidan avval quyidagi oʻzgarishlar kuzatiladi:

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

Tashxisi.

1. Bazal harorat, monofazali menstrual sikllar.
2. Qin surtmasida estrogenning toʻyinishi kamaygan.
3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yoʻqligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.
4. Diagnostik maqsadda, oʻsmanni inkor etish uchun bosh miya rentgenografiya qilinadi.
5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. U ikki guruhga boʻlinadi:

1. Adenogipofiz toʻqimasining nekrotik oʻzgarishi tufayli yuzaga keladigan amenoreya:

- Shixan sindromi — tugʻuruqdan keyingi gipopituitarizm;
- Simmonds kasalligi — gipofizar kaxeksiya.

2. Gipofiz oʻsma tufayli yuzaga keladigan amenoreya:
— akromegaliya.

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

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

5. Xend-Myuller-Krischen kasalligi gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, qandsiz diabet, endoftalmoz belgilari kuzatiladi.

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

Gonadalar faoliyati buzilishining quyidagi turlari mavjud:

1. Gonadalar diskineziyasi.
2. Testikular feminizatsiyasi.
3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

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

Testikular feminizatsiya ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o'zgargan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi.

Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va unung ortiqlari ba'zan bo'lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, hepustlik. Bu holda gonadalarlarning «xavfli» o'smaga aylanish xavfi bor.

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

Tuxumdon amenoreyasiga yana quyidagilar sabab bo'ladi:

- tuxumdonning vaqtdan ilgari yetishmovchiligi;
- tuxumdonlar sklerokistozi;
- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari tufayli yuzaga keladigan amenoreya;
- postkastratsion (bichishdan keyingi) sindrom.

Bachadon amenoreyasi sabablari:

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

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

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

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

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

Anovulator qon ketishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

1. Qisqa muddatda follikulalar yorilmay qolib, mayda kistachalarga aylanishi.
2. Follikulalar uzoq vaqt davomida yorilmay, mayda kistachalarga aylanishi.
3. Yetilmagan follikulaning atreziyasi (yorilmay qolishi) yoki kistachaga aylanib qolishi.

Anovulator disfunktsional qon ketishi hayzning to'xtab qolishi (7—8 haftagacha) va bachadondan qon ketishi bilan xarakterlanadi. Hayz to'xtab qolgandan keyingi qon ketishida jinsiy rivojlanish davom etaveradi. Disfunktsional qon ketishi jinsiy rivojlanish davrida ham bo'lib, qizlarda hatto kamqonlik kasalligini keltirib chiqaradi. O'smir (yuvencil) yoshidagi disfunktsional qon

ketishi ancha erta boshlanadi. Shunga ko'ra, bachadondan disfunktsional qon ketgan qizlarning rivojlanish davri sog'lom qizlardan jismoniy, jinsiy jihatdan ancha farq qiladi (bachadon va tuxumdon gipoplaziyasi kuzatilishi mumkin).

Algodismenoreya — hayz sikli buzilib, og'riqli kelishi. Qorin pastida dardsimon, bel sohasida og'riqlar kuzatiladi, umumiy holsizlik bo'ladi. Algodismenoreya ichki a'zolarining anatomik o'zgarishlari bilan bog'liq emas. Ikkilamchi algodismenoreya kichik chanoqdagi a'zolarining patologik o'zgarishlari bilan bog'liq bo'ladi. Ikkilamchi jinsiy algodismenoreyaga quyidagilar sabab bo'ladi: endometrioz, ichki jinsiy a'zolar nuqsoni, surunkali yallig'lanish kasalliklari va boshqalar.

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

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

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

Hayz sikli buzilganda qo'llaniladigan tekshirish usullari:

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

Neyroendokrin sindromlarga:

- hayzoldi sindromlari;
- klimakterik sindromlar;
- postkastratsion sindromlar kiradi.

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

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

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

Klimakterik sindrom (KS) patologik sindromlar yig'indisi bo'lib, ayolning hayzdan qolish davrida, ya'ni o'tish davrida kuzatiladi. Bunga gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar tizimlarining o'zgarishi sabab bo'ladi. Sindromlarning klinik ko'rinishi har xil turda bo'ladi: vegetativ qon tomir buzilishi, endokrin va ruhiy asab buzilishlari. Bu sindromlar taxminan 40% ayollarda, 45—50 yoshda uchraydi.

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

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

Og'ir shakllarda gormonar preparatlardan estrogen, progesteron va androgen bilan birga androgen-testosteron-propionat, gestogen — 170% pk, depoprovera buyuriladi.

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

Klinikasi. Jizzakilik, tushkunlik, qo'rquv, tezda toliqish, xotiraning susayishi, tananing qizib ketishi, ko'p terlash, bosh

og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish, yurak sohasida og'riq, yurakning tez urishi, hushdan ketish hollari kuzatiladi.

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

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

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

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

Bachadondan disfunktsional qon ketishi (BDQK)

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

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

BDQKni yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud. Markaziy nerv tizimining buzilishi — asab zo'riqishi, stress omillari, aqliy va jismoniy zo'riqish, jarohatlanish:

1. O'tkir va surunkali infeksiyalar (gripp, surunkali tonzillit, revmatizm, sil).
2. Jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlari.
3. Ichki sekretiya bezlari xastaliklari.

4. Ba'zi dorilarni muntazam ichish oqibati (neyroleptiklar).

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

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

a) ovulatsiyaning buzilishi;

b) sariq tana rivojlanishi II fazasining buzilishi va progesteron ishlab chiqarishlik;

d) ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.

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

1. Anovulator qon ketishi:

— follikular atreziyasi tipida;

— follikular persistensiyasi tipida.

2. Ovulator qon ketishi:

— follikulin fazasining qisqarishi;

— utein fazasining uzayishi;

— utein fazasining qisqarishi.

3. Ayollarning yoshga qarab tasniflanishi:

1) yuvenil qon ketishi;

2) tug'uruq yoshidagi ayollarda BDQK;

3) klimakterik premenopauzada qon ketishi.

Follikula yetilishi buzilishining 2 tipi kuzatiladi.

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

Follikulaning atreziya holatida follikula yetilishi oxiriga yetmaydi, kichik yoki katta follikula darajasida to'xtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi. Giperplaziyaga uchragan endometriyda qon tomirlari o'sib ketishi va kengayishi mumkin. Estrogenlar ta'sirida qon tomirlar yupqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi

o'zgarib, qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishining buzilishiga, qontalash holatlar va bu yerda nekrozlar yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Nekrozlar uzilib qon ketishi mumkin. Qon ketish holatlari ko'pincha hayz sikli buzilgan, hayz to'xtab qolganda yuzaga keladi. Qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistensiya holatini aniqlash mumkin.

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

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

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

1. Follikulalar persistensiyasiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal harorat;
- «qorachiq» belgisi: «+++» yoki «++++»;
- yuqori darajali KPI (kariopiknotik indeks) 50—70%;
- qin surtmasining tipi III—IV darajada bo'lishi.

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

- bir fazali bazal harorat;
- uzoq vaqt kuzatiladigan «qorachiq» belgisi: «+» yoki «++».

Tashxis qo'yishda quyidagilardan foydalaniladi:

- aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari);
- umumiy va qin orqali bimanual tekshirish;
- gisteroskopiya;
- endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirish usuli, endometriy aspiratsiyasi);
- qon tahlili: qonda XG ni, trombositlar miqdorini, leykotsitlar formulasini aniqlash;
- gormonlar miqdorini tekshirish;
- funktsional diagnostika testlari.

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

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

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

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

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

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

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

— estrogen — qon to'xtatish maqsadida follikular gormonlardan foydalaniladi. U bachadon shilliq qavati regeneratsiyasini tezlashtiradi. Gipofizda FSG ning ortiqcha ishlab chiqarilishini kamaytirib, FSG va LG larning o'zaro munosabatini normalashtiradi. Estrogenlar 3—4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi;

— etinilestradiol, progesteron, norkolut, dufaston;

— estrogenlar va progesteron birgalikda sintetik progestinlar ko‘rinishida qo‘llaniladi. Asosiy maqsad gipofizning gonadotrop faoliyatini to‘xtatishdir.

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

Siklik gormonal terapiya hamma yoshdagi ayollarda follikulalar atreziyasi kuzatilganda va estrogenlar yetishmovchiligida qo‘llaniladi.

Klimakterik davrda, 48—50 yoshdan keyin yuzaga kelgan BDQK da tuxumdonlar faoliyatini to‘xtatish uchun androgenlar qo‘llash (testosteron propionat) maqsadga muvofiq.

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

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

Katta yoshdagi ayollarda klimakterik qon ketishi kuzatilganda, bachadon endometriysini qirish usulidan keyin tarkibida estrogen bo‘lgan preparatlarni qo‘llash tavsiya etilmaydi, chunki ular yurak-qon tomirlar faoliyatini, jigarning surunkali xastaliklarini, o‘t pufagi kasalliklarini qo‘zg‘atishi, qon bosimini ko‘tarishi, giperxolesterinemiya, giperglikemiya holatlarini keltirib chiqarishi mumkin.

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

— barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash;

— qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog‘lomlashtirish ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya bilan shug‘ullantirish, ovqatlantirish, o‘qish, dam olishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish;

— jinsiy hayot gigiyenasiga rioya qilish va boshqalar.

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

5.3. Jinsiy yetilish, jinsiy yetuklik va klimakterik davrlarda hayz siklidagi o'zgarishlar

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

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

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

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

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

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

YQK da tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratini o'lchash.

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

Bachadondan YQK ni davolash usullari shu patologik holatni vujudga keltirgan sabablarni aniqlab, shu asosda davo choralarini qo'llashga asoslangan.

Har bir bemorga alohida yondashish talab qilinadi. Davolash, asosan, ikki bosqichda bo'lishi mumkin:

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

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

5.4. Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarida uyda tibbiy-ijtimoiy parvarish xususiyatlari

Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarining kelib chiqish sabablari. Poliklinikaning akusherlik bo'limida turli kasalliklar bilan murojaat etayotganlarning 60—70% ini jinsiy a'zolarining yalig'lanishi kasalligi bilan og'rigan bemorlar tashkil etadi.

Xotin-qizlarning yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida birinchi o'rinda turadi. Bu kasallikda ayol organizmidagi anatomo-fiziologik xususiyatlar alohida o'rin tutadi. Jumladan, jinsiy a'zolarining tashqi ta'sirlarga yaqinligi, hayz funksiyasiga bog'liq bo'lgan har oydagi siklik o'zgarishlar, abort va tug'uruq qavridagi jinsiy yo'llar to'qimasining shikastlanishi shular jumlasidandir. Bundan tashqari, homiladorlik vaqtida organizm tashqi muhitning turli salbiy ta'sirlariga qarshiligining kamayishi, to'qimalarning shikastlanishi, operativ aralashuvlar postgemorragik anemizatsiya bilan qo'shib kelganda yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Organizmning qarshilik kuchini pasaytiruvchi omillarga psixik va fizik jihatdan toliqish, sovuq qotish, gripp va boshqalar ham kiradi. Nospetsifik yallig'lanishni

strepto va stafilokokklar, ichak tayoqchasi, protey va boshqa mikroorganizmlar keltirib chiqaradi. Surunkali kasallik jarayonlarida yallig'lanish o'choqlarida ko'pincha enterokokk va ichak tayoqchasi topiladi. Infeksiya gematogen va limfogen yo'llar orqali tarqaladi.

Ko'pincha tarqalish birga kuzatiladi. Yallig'lanish o'chog'ining lokalizatsiyasiga qarab vulvit, servitsit, endometrit, salpingoofarit farqlanadi.

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

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

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

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

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

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

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

Hayz funksiyasining buzilishi. Bu buzilishlar giperpolimenoreya, metrorragiya bilan kechadi. Asiklik qon ketishlar jinsiy a'zolarining yallig'lanishi natijasida kelib chiqadigan tuxumdon disfunktsiyasigagina emas, balki o'smalarga ham bog'liq.

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

Tug'ish funksiyasi. Yallig'lanish kasalliklariga ikkilamchi bepushtlik xosdir.

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

Siydik-tanosil tizimi holatiga baho berish maqsadida tekshiruvni tashqi jinsiy a'zolaridan boshlash kerak. Vulvo Bartolin bezlari yo'llarining chiqish joylari, parauretral yo'llar, uretra, qinga kirish sohasining shilliq pardasida o'zgarishlar kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilgandan so'ng, qin va bachadon bo'yni ko'zgular yordamida tekshiriladi.

Tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

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

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

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

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

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

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

Davosi. Organizm immunitetini oshirish, birlamchi infeksiya o‘choqlari sanitariya qilinadi: mahalliy davolardan qin chayiladi, antibiotik terapiya o‘tkaziladi.

Ichki jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari

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

Bakterial kolpit ko‘pincha servitsit, bachadon bo‘yni psevdooeroziyasi, ba‘zan uretrit va vulvit bilan kechadi.

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

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

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

Davosi. Kolpitda kompleks davo chorasi qo‘llaniladi, chunonchi:

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

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

Tashqi jinsiy a‘zolarini qoqjo‘t damlamasi bilan 3 mahal yuvish tavsiya etiladi. Kolpitning o‘tkir bosqichida, yiringli ajralmalar

bo'lganda qin ichini qoqio't damlamasi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish lozim. Qin ko'pi bilan 3—4 kun davomida chayiladi, aks holda glikogen saqlovchi qin shilliq pardasi epiteliysining deskvamatsiyasi paydo bo'ladi.

Qinni uzoq muddat chayish qin nordon muhiti va normal florasi tiklanishiga to'sqinlik qiladi.

Antibakterial preparatlardan siteal, xlorfilipt yoki uning 2% li yog'li eritmasini qo'llash tavsiya qilinadi. Tarkibida vitamini bor oblepixa (chakanda) yog'i mahalliy qo'llaniladi.

Qizlardagi glist invaziyasi bilan bog'liq bo'lgan kolpitolarni davolashda gigiyenik talablarga rioya qilish, parhezni qayta ko'rib chiqish, ya'ni o'tkir ta'sirlovchi ovqatlarni iste'mol qilmaslik, uglevodlar miqdorini kamaytirish, meva va sabzavotlardan ko'p iste'mol qilish, organizmning qarshilik kuchini oshirish lozim. Qindan ko'p miqdorda ajralma kelganda elastik ingichka nay orqali dezinfeksiyalovchi eritma bilan qinni yuvish kerak.

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

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

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

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

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

O'tkir endometrit uchun tana haroratining ko'tarilishi qorin pastida og'riq, bachadondan yiringli badbo'y hidli ajralma chiqishi, ba'zan bachadon shilliq qavati ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya bo'lishi xosdir. Surunkali endometrit uchun oqsil ajralma kelishi, biroz og'riq bo'lishi, hayz oralig'ida qonli ajralma kelishi xosdir. Bemor qorin pastida og'irlik

sezadi, qabziyat, uyquning buzilishi, ta'sirchanlik kuzatiladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon og'riqli bo'ladi, bachadon bo'yni kanalidan ko'p miqdorda yiringli ajralma keladi.

Tashxis.

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

Davosi. Yotoq rejimi buyuriladi; qorin pastiga muzli xaltacha qo'yish tavsiya etiladi; antibiotiklar, og'riq qoldirish uchun nosteroid yallig'lanishni bartaraf etuvchi preparatlar, umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar (baliq moyi), vitaminoterapiya, fizioterapiya muolajalari qo'llash buyuriladi.

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

Qinni chayish

Maqsad: jinsiy hayot bilan yashovchi ayollarga qinni uyda chayishni tushuntirish.

Jihozlar: rezina balloncha, moychechak damlamasi, steril paxta va bint.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Muolaja maqsadi tushuntiriladi, qo'llar yuvilib qo'lqop kiyiladi. | |
| 2. Oldindan qaynatib, damlab qo'yilgan moychechak eritmasi steril dokadan o'tkaziladi. | |

| | |
|---|---|
| 3. Eritma issiqligi 36—37°C gacha iltilgan bo'lishi kerak. | |
| 4. Balloncha ushbu eritma bilan to'ldiriladi. | Balloncha har bitta ayolga individual bo'lishi kerak. |
| 5. Chap qo'l yordamida tashqi jinsiy a'zolar keriladi. | |
| 6. Balloncha uchligi qinga kiritiladi, eritma qinga yuboriladi, bu muolaja bir necha marotaba takrorlanadi. | |
| 7. Steril taglik yordamida tashqi jinsiy a'zolar quritiladi. | Qinga kiritilayotgan eritma va balloncha steril bo'lishi kerak. |
| 8. Qo'lqop yechiladi, suyuq sovun bilan yuviladi. | |

Qinga dorili malham qo'yish

Maqsad: ayollarga qinga dorili malhamni uy sharoitida qo'yishni o'rgatish.

Jihozlar: steril tampon, dori malhami, qo'lqop.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|---|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Muolaja maqsadini tushuntirish. | |
| 2. Qo'llar sovunda yuvilib, qo'lqop kiyiladi. | |
| 3. Tashqi jinsiy a'zolar qaynatilgan iliq suvda yuviladi. | |
| 4. Maxsus shprisga malham to'ldiriladi va sekin-asta qinga yuboriladi, tampon qo'yiladi. | Malhamlar yotgan holatda kechasiga qo'yiladi. |
| 5. Qo'lqop yechiladi va qo'llar yuviladi. | |

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

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

Klinikasi. Jinsiy yo'llardan ko'p miqdorda sekretiya kelishi, bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayonlar, ginekologik tek-

shirganda og'riq, biroz leykotsitoz, gipoalbuminemiya. Bemor umumiy ahvoning yomonlashishi, mehnat faoliyatining susayishi, kayfiyatning beqarorligi, ta'sirchanlik kuzatiladi.

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

Tashxisi.

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

Davolash. Antibiotiklar (seftazidin — yunik, sulperazon, siprinol tabletkasi) va metronidazol — TEVA, efloran; og'riq qoldiruvchi preparatlar (diklofenak — ratiofarm, dikloberl); desensibillovchi preparatlar; umumiy quvvatlantiruvchi moddalar (vitaminlar, UFO, induktotermiya, ultratovush va boshqalar) qo'llash tavsiya etiladi. Asoratlar (gidrosalpinks, piosalpinks peritonit) berganda operativ davo choralari ko'riladi.

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

Yon parametrit, oldingi parametrit va orqa parametritlar farqlanadi.

Klinikasi. Tana harorati 38—39°C gacha ko'tariladi, bemor titraydi, qorin pastida biroz og'riq bo'ladi. Tili nam, qabziyat bo'ladi. Qon ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) tezlashadi, leykotsitoz. Agar yallig'lanish jarayoni qorin pardasiga o'tsa, kuchli og'riq turadi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, old, orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Dastlab, infiltrat keng boylam kletchatkasining yuqori yoki pastki qismida, keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi. Qin orqa gumbazi bo'rtib chiqadi. Infiltrat paypaslanganda kam og'riqli, konsistensiyasi oldin yumshoq, keyinchalik qattiq bo'ladi. Orqa parametritda to'g'ri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi

aniqlanadi. Yuqoridagi belgilar, tekshirish natijasidan olingan ma'lumotlarga ko'ra, parametrit eksudati joylashgan tomonda spina iliaka anterior — superior ustida perkutor tovushning to'q-toqlashishi, eksudativ peritonitda to'qtoq tovushning yo'qolishiga qarab parametritni boshqa kasalliklardan ajratish mumkin.

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

Qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadon orti abssessi. Bu kasallikning kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- infeksiyaning limfogen yo'l bilan o'tishi;
- kriminal (jinoiy) abort qilinganda shikastlanishi;
- chanoq qorin pardalarida tarqalgan peritiftik infiltrat;
- naydagi homiladorlikda nayning yorilishi va gematomaning infeksiyalanishi.

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

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

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

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

5.5. Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar

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

Zaxmni (oqish) rangsiz treponema (*aperoheta pallidum*) qo'zg'atadi, u kishi organizmiga jarohatlangan teri yoki shilliq pardalar orqali kiradi. Bemor zaxm tarqatadigan manbadir, kasallik, asosan, bemor bilan (xususan, sinashta bo'lmagan kishilar bilan) jinsiy aloqa qilganda yuqadi, shuningdek, uy-ro'zg'or buyumlari, idish-tovoq, tish cho'tkasi, sochiq, choyshab, ko'rpa-yostiqlardan foydalanganda, bemor bilan bitta papiros chekilganda yoki u bilan o'pishganda ham yuqishi mumkin. Zaxm bilan kasallangan odam avvaliga o'zini mutlaqo sog'lom sezadi, 3—4 haftadan keyin yashirin (inkubatsion) davri tugagach, oqish treponemalar kirgan joyda zaxmning birinchi belgisi — og'rimaydigan qattiq yara (shankr) paydo bo'ladi (*zaxmning birinchi davri*). Yara (shankr)ga yaqin limfa tugunlari yallig'lanib, kattalashadi. Yara yumaloq yoki oval shaklida, chetlari tekis bo'lib, sog'lom teridan ajralib turadi; uning tubi silliq go'sht rangida, xuddi loklangandek yaltirab, ushlab ko'rilsa, qo'lga qattiq unnaydi, shuning uchun *shankr* deyiladi. Zaxm yaralari teri va shilliq qavatning har qanday qismida, masalan, labda, murtak bezlarida, ko'krak bezlarida, qo'lda uchrashi mumkin. Qattiq shankr badanda ko'pincha bitta-ikkita joyda bo'lib, davolanmasa ham bir necha haftadan keyin asta-sekin o'z-o'zidan bitib ketishi mumkin. Lekin bu kasallik tuzaldi degani emas, aksincha, u davom etayotgan bo'ladi. Teriga yoki

shilliq pardaga kirib olgan oqish treponema tez ko'payib, qon limfa tomirlari orqali butun organizmga tarqaladi. Bunda *zaxmning ikkinchi davri* boshlanadi: badan, qo'l-oyoq terisiga pushti dog', mis rangli tuguncha (papula) ko'rinishidagi katta-kichik toshmalar (rozeola) toshadi. Zaxm tugunchalari jinsiy a'zolarida, orqa chiqaruv teshigi atrofida, og'iz bo'shlig'i, dumba oralig'idagi burmalarda paydo bo'lib, suvlanib, yaltirab turadi. Orqa teshik atrofidagi teri doimo ishqalanib turganligi uchun zaxm tugunchalari kattalashib ketishi, bir-biri bilan qo'shilib, yirik kondilomalarga aylanishi, usti oqarib shilinishi va suv oqib turishi mumkin. Tugunchalar lab, til, murtak, shuningdek, tovush boylamlarining ichki yuzasida paydo bo'lsa, bemorning ovozi bo'g'ilib qoladi. Bu davrda u artofdagilar uchun nihoyatda xavflidir. Bemorning sochi oqarib, to'kila boshlaydi; boshning ma'lum bir qismidagi soch butunlay tushib ketib, bemor kal bo'lib qoladi (zaxmga aloqador kasallik). Bemorning qosh va kipriklari ham to'kilib ketishi, shuningdek, bo'yin sohasida oq, mayda jigarrang dog'lar (zaxm leykodermasi) paydo bo'lishi mumkin. Kasallik qaytalanib turadi.

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

Ba'zan, zaxm uzoq vaqtgacha yashirin kechadi, bunday vaqtda zaxmga tashxis qo'yish ancha qiyin. Bemor to'la davolanmagan bo'lsa, zaxm avlodiga o'tishi mumkin, bunda hola ona qornidayoq zaxm bilan kasallanib qoladi (tug'ma zaxm). Homilador ayol zaxm bilan og'rib davolanmasa, bolasi tushishi, muddatidan oldin o'lik yoki kasal bo'lib tug'ilishi mumkin. Tug'ma zaxm bilan tug'ilgan bolada ko'pincha ichki a'zolar, suyak va nerv tizimi, ko'rish, eshitish a'zolari zararlangan bo'ladi; badanga dog'ga o'xshash

tugunsimon juda ko'p toshma toshadi; odatda, bunday bolalar hayotining dastlabki haftalaridayoq o'ladi.

Davosi. Zaxmga qarshi umumiy davo kurslari o'tkaziladi. Bunday bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Davolangandan keyin har 6 oyda qayta tahlil (qon RW, qindan surtma) topshiriladi. Zaxmda turg'un immunitet hosil bo'lmaydi, shuning uchun kasallik qaytalanishi ham mumkin. Kasallik o'z vaqtida aniqlansa va unga davo qilinsa, bemor og'ir asoratlarga yo'liqmay, butunlay sog'ayib ketadi. Bemorning oila a'zolari maxsus tekshiruvdan o'tkaziladi va ularga profilaktik davo qilinadi.

Bemorlarning zaxm bilan og'iriganligi boshqalarga oshkor qilinmaydi (sir saqlanadi). Tug'ma zaxmning oldini olish uchun homiladorlikning ikkinchi yarmida ayol qoni Vasserman reaksiyasiga tekshiriladi.

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

Laborator diagnostikasi. Asosiy usul — bakteriologik (gonokokk, hujayra ichi shakli kuzatiladi, grammanfiy). Organizmning reaktivligi o'zgarishi aniqlangan. So'zakning ikki: yangi (ko'pi bilan 2 oy kechadi) va surunkali turi farqlanadi: yangi turi, o'z navbatida, o'tkir, o'rtacha o'tkirma bo'linadi.

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

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

Ayollarda so'zakning kechish xususiyatlari. So'zak umumiy infeksiyon jarayon bo'lib, ko'p o'choqli, mahalliy, jadal kechadi. So'nggi yillarda so'zakning klinik ko'rinishi kasallik epidemiologiyasida asosiy o'rinni egallaydi. Ayollarda so'zak yashirin holda boshlanib, subyektiv buzilishlarsiz kechadi, shuning uchun uzoq vaqt aniqlanmay qoladi. Asosan, jinsiy yo'l bilan, ba'zan maishiy yo'l bilan yuqadi, yashirin davri — 14—15 kungacha. Tarqalish yo'li limfa tomirlari orqali, gonokokk qonga tushishi mumkin. Qonning bakteritsid ta'siri ostida nobud bo'lib, gonotoksin ajratadi.

Gonotoksin ta'sirida bosh og'rig'i, anemiya, bo'g'imlarning shikastlanishi va boshqalar kuzatiladi.

Tekshirish usullari. Anamnez yig'ish vaqtida kasallikning qanday rivojlanganligi so'raladi, jinsiy hayotga bog'liqligi aniqlanadi.

Bemor genitaliydagi ajralmalar, hayz siklidan so'ng qorin pastida og'riq, harorat ko'tarilishi, asiklik qon ketishi, bepustlikdan shikoyat qiladi. Obyektiv tekshirish bemorni ko'zdan kechirishdan boshlanadi, qorin devori paypaslanadi, vulva ko'zdan kechiriladi, chov limfa tugunlari kattalashganligi seziladi. Surtma uretra massaj qilingandan keyin olinadi. Qinni ko'zgu orqali tekshirilganda bachadon bo'yni servikal kanalidan yiringli ajralmalar, to'g'ri ichakda esa shish, giperemiya va ajralmalar kuzatiladi.

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

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

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

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

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

Quy i bo'lim so'zagi. Vulva yallig'lanishi — vulvit ikkilamchi rivojlanadigan kasallik bo'lib, ko'pincha infantilizm, homiladorlik va klimaks davrida kuzatiladi.

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

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

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

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

Klinikasi. Tez-tez va og'riqli siyish va simillovchi og'riqdan shikoyat bo'ladi. Ko'rik paytida uretra lablari qizargan va shishgan, gardish ko'rinishida osilib turadi. Uretra paypaslanganda sarg'ish ajralma chiqadi.

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

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

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

Katta vestibular bezlarning yallig'lanishi. Kasallik bachadon bo'ynidan vulvaga, uretraga yiring tushishi oqibatida rivojlanadi. Bu chiqaruv yo'llarining yallig'lanishi shilliq qavat yuzasida qizil dog' ko'rinishida namoyon bo'ladi. Chiqaruv yo'llarining kirish qismi yopilib qoladi va yiring yig'ilib soxta abscess hosil bo'ladi. Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida fluktuatsiya aniqlanadi.

So'zakda Bartolinit ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi. Abscess yiringli hosila bo'lib, bez parenximasi kapsula qismi ilvirab turadi va biriktiruvchi to'qima bilan o'raladi. Regionar limfa tugunlari og'riqli, yallig'langan joyda teri giperemiyalangan, bez yaqinidagi to'qima bilan birikadi. O'sma birdan og'riqli, harakatsiz va aniq chegarali bo'lib qoladi. Yallig'lanish jarayoni surunkali bosqichga o'tganda chiqaruv naylari yopilib, Bartolin bezining kistasi hosil bo'lishi mumkin. Bunda yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi.

So'zakli kolpit juda kam uchraydi.

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

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

So‘zakli ooforit salpingitdan keyin rivojlanadi, qorin pardani jarohatlaydi va keyin tuxumdonga tarqaladi. Kirish eshigi bo‘lib follikula va sariq tana hisoblanadi. Yiringli follikulada soxta abscess bo‘lib, u tuxumdon parenximasiga tarqaladi va chin abscessli adneksitga (piovar) aylanadi.

Surunkali salpingitda nayning mushak qavatida o‘ziga xos distrofik o‘zgarishlar va tuboovarial o‘sma rivojlanadi.

Yiringli salpingooforit (piosalpinks) klinikasi. Yallig‘lanish jarayoni qo‘zg‘algan va hayz sikli buzilgan bo‘ladi. Ko‘p bemorlarda kasallik natijasida umumiy ahvol yomonlashgan, harorat ko‘tariladi (39°C va undan ortiq), qonda leykotsitlar miqdori oshadi (40—60 ming). Ikki qo‘llab ginekologik tekshirishda ikki tomonlama qalinlashgan, shishgan va paypaslaganda og‘riqli ortiqlar seziladi. To‘lg‘oqsimon og‘riqlar va qaltirash kuzatiladi. Piosalpinks hosilasida bemor ahvoli og‘irlashadi (qorin sohasida og‘riq kuchayadi, ko‘ngil ayniydi, metcorizm, axlat tutiladi). Kasallik erta boshlanganda nay funksiyasini tiklash maqsadida yallig‘lanishga qarshi mahalliy reaksiyalar kuchayadi, yiring tarqalmastligi uchun nay fimbriyalari yopishib qoladi. Yiringli salpingooforit va piosalpinks bir necha oy davriy qo‘zg‘alishli kechadi va surunkali xarakterga ega bo‘ladi. Lekin infeksiyaning virulentligi kuchli bo‘lsa, yiring qisman qorin bo‘shlig‘iga tushadi, kasallikning o‘tkir ko‘rinishi yuzaga chiqadi. Qin orqali tekshirilganda bachadon yonboshida yallig‘lanish o‘smasi aniqlanadi. Tuxumdondagi yallig‘lanish hayz funksiyasining buzilishiga sabab bo‘ladi. Sariq tana jarohatlanishi tufayli uzoq vaqtli hayz oralig‘i davrida qon ketishi mumkin. Yiringli salpingit reproduktiv funksiyaning buzilishiga, ya‘ni bepustlikka sabab bo‘ladi. O‘tkir darajadagi so‘zakda davolash erta boshlansa, ijobiy natijalarga erishish mumkin; surunkalisida a‘zo funksiyasi kamdan kam hollarda tiklanadi.

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

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

Soʻzakli diffuz peritonit klinikasi. Kasallik birdan boshlanadi, «Oʻtkir qorin» klinikasi kam rivojlanadi, peritonial koʻrinishlar, asosan, 2—3 kun (7 kungacha) saqlanadi va tez yoʻqoladi. Tana harorati uncha yuqori boʻlmaydi, kasallik avj olsa yurak yetishmovchiligi boʻlib, ichak parezi kuzatiladi, oʻlim holatlari 15—20% ni tashkil etadi.

Davosi. Mahalliy va umumiy belgilarga asoslangan holda operativ davo qoʻllaniladi:

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

2. Mahalliy terapiya (UFO).

3. Fizioterapiya (diatermiya, elektroforez, UVCH).

Koʻtariluvchi soʻzakda:

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

2. Dezintoksikatsion terapiya.

3. B, C, P vitaminlar guruhi.

4. Immunokorreksiya va fizioterapiya.

Faol belgisi boʻyicha sil (Va va Vb guruh dispanser nazoratida).

Trixomoniaz. 1836-yili Donne qindan bir hujayrali xivchinli parazitni topdi. 1870-yilda I.P. Lazerovich qinning shilliq qavatidagi ayrim yalligʻlanish kasalliklarida *Trichomonas vaginalis* bor ekanligini isbotladi. Trixomonada birlamchi lokalizatsiya boʻyicha joylashadi, yaxshi sharoitda koʻpayadi va shilliq qavatda oʻziga xos yalligʻlanish reaksiyasini keltirib chiqaradi. Trixomonada infeksiyasi yuqqandan keyin quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: qichishish, vulva sohasida achishish, koʻpikli oqchil kelishi.

Trixomonadali kolpit. Oʻtkir kolpitda bemorlar uzoq vaqt davomida keluvchi suyuq, koʻpikli, oq-sariq va sargʻish rangli oqchil oqshidan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat ushoqsimon, yiringli hujayralar qaymoqsimon, oqchil, badboʻy hidli va yemiruvchi xarakterga ega boʻladi. Baʼzi bemorlar qorin pastida, belda, baʼzan siyish va jinsiy aloqa paytida ogʻriqdan shikoyat qiladilar. Koʻzdan kechirilganda qin devorlari shishgan, qizargan, ogʻriqsiz. Oʻtkir trixomoniaz oddiy, granulozli, yarali va aralash boʻladi. Bunda qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar koʻp boʻlib, hamma chuqurliklarni toʻldiradi, hachadon boʻynining qindagi qismi «unda choʻmilayotgandek» tuyuladi. Miqdori, rangi, hidi

va konsistensiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'pincha qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi. Kasallik organizmdagi ayrim sharoitlarda, ya'ni homiladorlikda, abort va boshqa operativ muolajalardan keyin rivojlanadi. Jarayon qindagi bachadon bo'ynini zararlantiradi. Ba'zi bemorlarda bachadon bo'ynida uncha katta bo'lmagan eroziv o'choqlar va qizil granulatsiyalar topiladi.

O'rtacha o'tkir trixomoniazda ham shu belgilar kuzatiladi (o'tkir trixomonada belgilari singari). Surunkali trixomonadali kolpitta shikoyat va klinik ko'rinishlar birdan boshlanadi, kasallik profilaktik ko'rik vaqtida bexosdan aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida dermatit, qin kirish qismida shish, giperemiya, bachadon bo'yni ham ko'pincha qizargan bo'ladi. Shilliq qavat og'riqsiz, mayda o'choqli, yarali, shishgan. Ajralmalar quyuv, oq rangli, ko'pikli bo'ladi. Ba'zan o'tkir uchli kondilomalar uchraydi.

Tashxisi. Tekshirishning kultural usuli qo'llaniladi. Ayol albatta turmush o'rtog'i bilan birga davolanadi. Trixopol, fazijin, naksodjin (tinidazol), atriikan, immunitetni mustahkamlovchi dorilar, mahalliy davolash uchun trixomonatsid, klion — D, terjinan qo'llaniladi.

Jinsiy a'zolar xlamidiozi. Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) grammanfiy bakteriyalar bo'lib, ikkita hayot shakliga ega: *infeksion* — hujayradan tashqarida joylashgan (elementar tanacha) va hujayra ichida joylashgan *noinfeksion* bosqichi (retikular tanacha). Inkubatsion davri 5—30 kun. Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan. Xlamidiyali yallig'lanish kasalliklari erkaklarda (uretrit, epididimit, orxiepididimit, prostatit), ayollarda (kolpit, servitsit, eroziyalar, uretrit, salpingit va boshqalar), hatto chaqaloqlarda (konyunktivit, otit, pnevmoniya) ham infeksiyalangan tug'uruq yo'llardan tug'ilganida kasallik paydo bo'lishi mumkin.

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

Tashxisi. Xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat qirindisi va surtmani o'rganish oson bo'lishi

uchun maxsus sitologik tahlil — spetsifik monoklonal antitanachali muhitda o'stiriladi va mikrobn DNK sining bir qismi bir necha ming marotaba ko'paytiriladi. Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment tahlil yordamida spetsifik antitanachalar IgG va IgM topiladi.

Davosi. Kasallikning ilk davrlarida tashxis qo'yib aniqlash va vaqtida turmush o'rtog'i bilan birga davolash orqali ijobiy natijalarga erishiladi. Xlamidiozni davolashda etiotrop preparatlar qo'llaniladi: dalatsin C, makropen yoki zitrotsin, vibramitsin (doksitsiklin); makrolidlar gurihidan roksitromitsin-LEK yoki roksibel, eritromitsin, rovamitsin, sumamed, ftorxinolon gurihidan siprinol (sispers) 500 mg, abaktal 400 mg va boshqalar. Ko'pincha antibakterial terapiya infeksiya yo'qolishiga emas, balki kam belgili, subklinik yoki latent kechuvchi xlamidiozga olib keladi. Bachadon bo'yni eroziyasida mahalliy davolash ham o'tkaziladi.

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

Tashxis qo'yish uchun qonda spetsifik antitanachalar IgM va IgG aniqlanadi yoki bachadon bo'ynining servikal kanalidan kultural sitologik usul yordamida aniqlanadi. Mikoplazmalar qin ajralmasida «qovurilgan tuxum» koloniyalari ko'rinishida aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar zararlanishi sust ko'rinishda bo'ladi. Ko'pincha siydik tizimi birlamchi zararlanadi. Bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklaridan hayz siklining buzilishi qo'shiladi. Mikoplazma va ureaplazmalar bepushtlikka olib keladi. Homiladorlik davrida o'z-o'zidan homila tushishi, homilaning rivojlanishidan to'xtab qolishi, o'lik homila tug'ilishi, tug'uruqdan oldin suv ketishi, muddatidan oldin tug'uruq, chilla davrida septik kasalliklar kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal o'lim kuzatiladi.

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

Oddiy herpes virusi (OGV). Jinsiy a'zolar kasalliklarini qo'zg'atadigan viruslardan eng ko'p uchraydigani oddiy herpes

virusidir. Virus havo-tomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi. Birlamchi infeksiyalangandan keyin OVG latent shakliga aylanadi va keyinchalik immunitet pasayganda (gripp, yuqumli kasalliklar va boshqalar) reaktivatsiyaga uchraydi. Umumiy holat o'zgaradi, bosh og'rig'i, bir xilda baland tana harorati kuzatiladi. Shuningdek, teri va shilliq qavatlarda gerpetik toshmalar paydo bo'ladi. Gerpetik kasallik ko'p xil klinik ko'rinishlarda ifodalanadi, chunonchi, o'tkir yoki surunkali shakllarda ko'z, milklar, og'iz bo'shlig'i, teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, markaziy nerv tizimi va ayniqsa, jinsiy va peshob chiqaruvchi a'zolar kasallanadi. OGV homilador ayolda yo'ldosh orqali oson o'tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o'rinda nerv tugunining patologiyasi va nuqsonlariga (anensefaliya, gidrosefaliya, spinae bifida), xromosom o'zgarishlariga olib keladi. Homiladorlikning patologik (homila tushish xavfi, homilaning o'z-o'zidan tushishi) kechishi ham virus ta'sirida kelib chiqishi mumkin. Tug'ilgan chaqaloqlarda herpes virusi nerv tizimi kasalliklariga olib keladi.

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

Sitomegalovirus (SMV) 1956-yili kashf etilgan (sinonimlari: sitomegaliya, so'lak bezining virusli kasalligi, inkluzion sitomegaliya, qo'shimchali kasallik), qo'zg'atuvchisi — *citomeglovirus hominis*. Sitomegaliya so'zi gigant hujayra ma'nosini bildiradi. Keng tarqalgan virusli infeksiya bo'lib, so'ngi yillarda jinsiy tizim a'zolari kasalliklarining etiologik sabablaridan sitomegalovirus (SMV) va oddiy herpes virusi (OGV) ahamiyatlidir. SMV yo'ldosh orqali homilaga o'tib, turli xil nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o'rinda nerv tubining nuqsonlari va homila nobud bo'lishiga yoki kasal bo'lib tug'ilishiga (mikrosefaliya, ko'rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sabab bo'ladi. Kasallik havo-tomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi.

Kasallik kechishi, asosan, latent kechuvchi va subklinik, surunkali salpingooforit, endometrit, kolpit bo'lib o'tadi. Homiladorlik davrida SMVning o'tkir va surunkali shaklining avj olishi (asosan, ORVI klinikasi mavjud bo'ladi) homilaning kasallanishiga olib kelishi mumkin.

Tashxisi. Qonda spetsifik antitanachalar IgG va IgM immunoferment tahlil bilan yoki PSR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usulda topiladi.

Davosi. Dunyoning 80% aholisida qonda SMV ga qarshi antitanachalar mavjud. Shuning uchun organizmning immun tizimi faoliyatini yaxshilash va viruslarga qarshi davolash natijasida qonda antigen miqdori kamayib, antivirus antitanachalarining soni ham nisbatan kamayishiga olib keladi. Davolash homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrining 12-haftasidan keyin o'tkazilishi zarur. Antivirus preparatlardan sikloferon, zoviraks, viroleks, asiklovir, ulkaril qo'llaniladi. Immunokorreksiya uchun viferon perrektal suppozitoriyalar, immunomodulin, timolin, timopgen kabi nospetsifik immunomodulatorlar, baliq yog'i, vitaminlar qo'llaniladi. Davolashda plazmaforez, AUFOK (bemor qonini ultrabinafsha nurlari bilan zararsizlantirish)ning qo'llanishi ham yaxshi samara beradi.

Orttirilgan immuntanqislik sindromi. Orttirilgan immuntanqislik sindromining (OITS) chaqiruvchisi birinchi marta 1983-yilda Fransiyadagi Paster institutining olimi Lyu Montanye tomonidan aniqlangan. Kasallik, asosan, jinsiy yo'l bilan qon orqali va kontakt-maishiy yo'l bilan yuqishi mumkin.

Sindromning rivojlanishiga asosiy sabablardan biri immun tizimi T-xelper limfotsitlarining (antitanachalar ishlab chiqarishdagi yordamchilar) jarohatlanishi bo'ladi. Birlamchi belgi bo'lib dermatoz paydo bo'ladi, undan keyin tarqalgan limfadenopatiya kamida 3 oy davom etadi. Ushbu holat 1,5—3 yilgacha yagona belgi bo'lishi mumkin. Lekin ba'zan, ayniqsa, kasallikning oxirgi bosqichida holsizlik subfebrilitet, tunda terlash, mialgiya, artralgiya, splenomegaliya, nevrologik belgilar, T-xelperlar sonining kamayish belgilari qo'shiladi.

Odam immuntanqisligi virusi negizida oddiy herpes virusi va kandidozning qaytalanishi shilliq qavatlarni kasallantiradi. Klinikasi juda og'ir, og'riqli kechadi va OITS rivojlanishiga olib keladi.

Inkubatsion davri 3—4 haftadan 5—6 yilgacha. Virus termolabil bo'lib, 20 daqiqa davomida 56°C ta'sirida inaktivatsiyaga uchraydi. Lekin xona haroratida virus buyumlar va anjomlarda 7 kungacha saqlanadi va faol bo'ladi.

Tashxisi. Qonda immunoferment usuli bilan spetsifik antitanachalar va immun tizimidagi o'zgarishlarga asosan aniqlanadi.

Davosi. Virusga qarshi effektiv choralar yo'q. Davolashda immunostimulyatorlar: izoprinozin, timozin, indometatsin, siklo-

sporin A, interferonlar, azidotimidin va lamivudin qo'llaniladi. Tibbiyot hamshirasi OITS infeksiyasining boshqa odamlarga o'tishining oldini olish choralarini 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 choralarini ko'rishi va kasb kasalligi kelib chiqishining oldini olishi kerak. OITS infeksiyasining oldini olish maqsadida homiladorlar, ginekologik bemorlar kasalxonaga yotqizishdan avval OITS tekshiruvidan o'tadilar.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar tarqalishining oldini olish maqsadida mahallalarda tibbiy-ijtimoiy xodimlar va oilaviy hamshiralar mahalla posbonlari bilan hamkorlikda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklari bor ayollarni, erkaklarni aniqlab, ularni teri-tanosil kasalliklari dispanseriga borish zarurligi, tibbiy ko'rikdan o'tish, davolash muolajalari bepul ekanligi, bemor haqida ma'lumot sir saqlanishi bo'yicha tushuntirish ishlari olib boradilar. Tibbiy-ijtimoiy xodimlar jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning oldin olish maqsadida mahallada reproduktiv yoshdagi aholiga jinsiy hayot bilan yashayotganda har doim prezervativdan foydalanishni tushuntirishlari kerak.

Dezinfeksiyon eritmani tayyorlash

Maqsad: xonalarni va ishlatilgan asbob-anjomlarni dezinfeksiya qilish uchun.

Jihozlar: xloramin kukuni, 10 litrli bak, tarozi, menzurka.

| Bosqichlar | Asoslash |
|--|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 0,2% li xloramin eritmasi uchun 1 litr suvga 2 g xloramin | Xloramin kukuni tarkibida 24—28% gacha aktiv xlor bo'ladi. |
| 0,3% li xloramin eritmasi uchun 1 litr suvga 3 g xloramin | Xloramin eritmalari bevosita ishlatishdan oldin tayyorlanadi. |
| 2% li xloramin eritmasi uchun 980 ml suvga 20 g xloramin | Idishlarga eritma foizi va tayyorlangan vaqti yozib qo'yiladi. |
| 3% li xloramin eritmasi uchun 970 ml suvga 30 g xloramin | |
| 5% li xloramin eritmasi uchun 950 ml suvga 50 g xloramin qo'shiladi. | |

5.6. Ayollar jinsiy a'zolarining o'smaoldi va o'sma kasalliklarida tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi

O'sma (sinonimlari — tumor, shish, rak, saraton, kanser) patologik jarayon bo'lib, organizmda normal to'qima va hujayraning o'sishi, rivojlanishining o'zgarishi, buzilishidir. Bunday betartib o'sish natijasida organlar faoliyati o'zgaradi va buziladi. Hozirgacha o'smalarning kelib chiquvchi sabablari, etiopatogenezi noma'lum. Olimlar o'sma etiopatogenezi xususida har xil nazariya va qarashlarni oldinga surishadi. Tadqiqotlarga ko'ra, o'simta hujayrasi organizm hujayrasining sifat va shakl jihatdan o'zgargan shakli bo'lib hisoblanadi va shu o'zgargan hujayralarning o'sishi ta'sirida o'sma hosil bo'ladi. O'smalarning o'ziga xosligi shuki, hujayra ko'payishiga sabab bo'luvchi tashqi ta'sir to'xtagandan keyin ham hujayralar ko'payishda davom etadi. O'sma rivojlanishi 4 bosqichga bo'linadi.

1-bosqich — to'qimalarning betartib diffuz o'sishi — giperplaziyasi;

2-bosqich — o'smaning o'choqda o'sib proliferativ rivojlanishi.

3-bosqich — chegaralangan tugun — o'smaning paydo bo'lishi.

4-bosqich — malignizatsiya, atrof to'qima infiltratsiyasi va yemirilishi.

So'nggi yillarda gormonlar rolining ahamiyati o'rganilganda, ularning, ayniqsa, bachadon, sut bezi va tuxumdonlar o'smasiga ta'siri borligi aniqlandi. O'sma atipik tuzilish va o'ziga xos almashinuv jarayonlari bilan boshlang'ich to'qimadan farq qiladi. O'sma taraqqiy etganda uni vujudga keltiruvchi organ yoki to'qimalar hamisha kattalashavermaydi. O'sma ba'zan o'sish jarayonida biror organning asosiy to'qimasini yo'q qilib tashlaydi, natijada yara vujudga keladi. Ayol jinsiy organlarining o'smalarida, ayniqsa, bachadon, qin va vulvaning yomon sifatli o'smalarida yara shaklidagi o'sma jarayonining avj olishini ko'p uchratish mumkin. O'smalarning morfologik tuzilishi va klinik jihatdan o'tishiga qarab, ular yaxshi sifatli (xavfsiz) va yomon sifatli (xavfli) o'smalarga bo'linadi. Yomon sifatli (xavfli) o'smalar quyidagi xususiyatlari bilan tavsiflanadi:

1) ular taraqqiy etish jarayonida tevarak-atrofdagi sog'lom to'qimalarni o'rab o'sadi va ularni yemirib yuboradi (o'smaning atipik, unfiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi);

2) birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin retsidiv va metastazlar beradi;

3) bemorning umumiy ahvoriga va modda almashinuviga ta'sir qilib, ko'pincha kaxeksiyaga (cho'pday ozib ketishga) sabab bo'ladi.

O'smalarning xavfsiz va xavfli guruhlariga ajratilishi. Xavfsiz o'smalar to'qima ichiga o'sib kirishi, ularni buzish va metastaz hosil qilish xususiyatiga ega bo'lmay, ular o'sib borishi davomida yon to'qimalarni siljitib, organizmda chuqur o'zgarishlar keltirmaydi. Xavfli o'smalar to'qima ichiga kirib boradi, 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 ketishiga olib keladi, oqibat o'lim bilan tugashi mumkin. Bunday bo'lishi nisbiy hisoblanadi. Xavfsiz o'smalar to'satdan paydo bo'lmaydi, bunga sabab ko'p hollarda uzoq davom etadigan rakoldi holatlari hisoblanadi. Bularga leykoplakiya, krauroz, bachadon bo'yni polipi, bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion kiradi. *Leykoplakiya* shilliq qavat ustida salgina bo'rtib turuvchi, tovlanuvchi oq dog' ko'rinishida bo'ladi. Asosan, kichik jinsiy lablar, klitor atrofi va qin sohasida bo'ladi. Tarqalgan joy chegarasi aniq sezilib turadi, o'sgan sari leykoplakiya qalinlashadi. Kasallik qichishish bilan kechadi. *Krauroz* tashqi jinsiy a'zolar to'qimalarining atrofiyasi va burishib qolishi bilan namoyon bo'ladi. Shilliq qavat va teri elastikligini yo'qotadi. Tabiiy dog'lar rangsizlanadi. O'ta yupqalashgan shilliq qavat pergament qog'oz ko'rinishini oladi. *Rivojlanib boruvchi atrofiya* klitorning, kichik va katta lablarning tekislanishiga, qinga kirish joyining keskin torayishiga olib keladi. Bemorni qichishish, siydik ajrashi va defekatsiya vaqtida og'riq, jinsiy hayotning qiyinlashishi kabi noxushliklar bezovta qiladi. Ko'pincha ikkilamchi infeksiya qo'shiladi. Ko'p hollarda krauroz va leykoplakiya birga uchraydi, bunday hollarda kasallik xavfli o'smaga aylanishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolar va qinning rakoldi holatlarini davolash birmuncha qiyinlik tug'diradi. Davolashda umumiy quvvatlovchi (mehnat va dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, achchiq, sho'r ovqatlar va spirtli ichimliklar iste'mol qilishni chegaralash), desensibilizatsiyalovchi terapiyani qo'llash, trankvilizatorlar buyuriladi. Mahalliy 10% li anestezin va 2% li dimedrol mazi, 2% li rezorsinli bog'lamlar, 0,1% li gistamin eritmasi qo'llaniladi, shuningdek, novokainli blokada qilinadi. Bachadon bo'ynining rakoldi holatlariga: polip, bachadon bo'yni eroziyasi va ektropion kiradi. Rakoldi jarayonlari tug'ma yoki orttirilgan xarakterdagi patologik holat bo'lib, uning asosida ma'lum bir sharoitda bachadon bo'yni

raki rivojlanadi. Bachadon bo'yni polipi bachadon bo'yni sohasidan o'sib chiqib, kam uchraydi va ko'pincha endometriy xastaligidan rivojlanadi. Bachadon bo'yni eroziyasi — bachadon bo'yni qin qismining yemirilishi, chaqalanishi.

Ektropion, asosan, tug'uruq vaqtida bachadon bo'yni 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 Lyugol eritmasi bilan artilganda zararlangan soha bo'yalmaydi), sitologik tekshirish va biopsiya natijalari ham aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

Bachadon bo'yni rakoldi kasalliklarini davolash konservativ va jarrohlik yo'li bilan o'tkaziladi. Yallig'lanish jarayonini yo'qotish uchun to'qima trofikasini (oziqlanishi) yaxshilashga qaratilgan konservativ davolash (qin vannalari, yog'li tamponlar, gormonal malham 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 jarayonning 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. Giperplastik jarayonlar aniqlanganda, asosan, menopauza davrida ehtiyot bo'lish talab etiladi. Bunday kasallar xavfli guruhga kiradi. Ular dispanser nazoratiga olinib, doimo tekshirib turiladi va davo choralarini o'tkaziladi. Yosh ayollarni davolash uchun funksional diagnostika testlari nazorati ostida, hayz funksiyasining neyroqumoral boshqarilishining 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 kastraksiya va jarrohlik yo'li bilan davolash o'tkaziladi.

Bachadon miomasi — mushak to'qimasidan, fibromioma — biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan xavfsiz o'sma. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10—27% da, 30 yoshga yetgan

bemorlarning 20% da, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% da uchraydi. Bachadon miomasining kelib chiqish sabablari va rivojlanishi yuzasidan olimlarning fikr-mulohazalari har xildir, lekin yagona yakuniy xulosaga kelinmagan. Bu masalada butun dunyo olimlari tadqiqot ishlarini olib bormoqdalar.

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrakusti bezi-tuxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida, xususan, miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmda progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa, o'z navbatida, hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70—80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan, estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi deb taxmin qilish mumkin.

Bachadon miomasi bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixiga ahamiyat berilsa, ular yoshligida har xil yuqumli kasalliklar bilan, 1/3 qismi bachadon ortiqlarining yallig'lanishi, bepushtlik bilan kasallanganligi aniqlangan va bu holatlar, o'z navbatida, organizm ichki sekretiya bezlarining faoliyati o'zgarishiga sabab bo'lgan. Bu holat hayz siklining buzilishiga ta'sir qilib, bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik halqani hosil qiladi. Bu bachadon miomasining kelib chiqishiga sabab bo'lgan. Bachadon miomasi kelib chiqishiga faqat uzoq muddat davomida estrogen-gestogen gormonlarning organizmga ta'sirining buzilishigina emas, balki bachadon mushaklarini ta'minlovchi nerv retseptorlarining g'ayritabiiy qo'zg'aluvchanligi ham sabab bo'ladi.

Miomaning tasnifi. Bachadon miomasining tugunchalari rangining oqimtirliigi bilan atrofdagi bachadon mushak to'qimalaridan ajralib turadi, boshqa mushak to'qimalariga qaraganda konsistensiyasi qattiqroq, zichroq bo'ladi. Ko'pincha mioma tugunchalari 95% bachadon tanasida va 5% miqdorda bachadon bo'ynida uchraydi. Ko'pincha tugunchalar bachadon tubida, ayniqsa, bachadonning orqa devorida joylashadi. Bachadonning

oldingi devorida orqa devoriga nisbatan 2 marotaba kam uchraydi, mioma tugunlari kamdan kam hollarda bachadonning devorlarida joylashadi. Eng kam uchraydigan joyi (1%) bachadon bo'yni va qindagi joylashuvdir. Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi: submukoz — 15—25% shilliq-osti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi; interstitsial — 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasiga joylashadi; subseroz — 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi. Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning har tomonlama bir xil kattalashganini, ba'zan esa bir tomonlama kattalashgani aniqlanadi. Bachadon kattaligi, hatto, 39—40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi mumkin. Subseroz tugunlar esa bachadon shaklini keskin o'zgartirib yuboradi va qorin bo'shlig'i tomonga qarab o'sib, bachadon devoriga har xil uzunlik va qalinlikdagi o'sma oyoqchasi bilan bog'lanadi. Agar subseroz tugunlar ko'p miqdorda bo'lsa, xuddi kartoshka tunganaklariga o'xshab ketadi. Shilliq qavati ostida joylashgan tugunchalar esa bachadon bo'shlig'i tomon o'sib, uning shakli o'zgarishiga olib kelib, keyinchalik bachadonning kuchli qisqarishiga hamda bachadon bo'ynining ochilishiga olib kelib, tugunchalarning qin tomonga to'kilishi sodir bo'ladi. O'smalar siydik pufagi yoki to'g'ri ichak tomonga qarab o'sgan bo'lsa, shu a'zolarining faoliyati buziladi.

Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilarsiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayollarni tekshirilganda aniqlanadi. 60—80% hollarda bemorlarda asosiy belgilaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish alomatlari ham turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi — menorragiya kuzatilsa, ba'zi birlarida tartibsiz, juda ko'p miqdorda to'xtovsiz qon ketib, hatto og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin. Hayz 10—12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi. Bunday turdagi qon ketishining sabablari:

- bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi;
- bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi;
- estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi;
- bachadon shilliq qavati regeneratsiyasining susayishidan iborat.

Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri — og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa, hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Miomalarda og'riq bo'lishining asosiy sabablari. Og'riq, asosan, o'smaning o'lchamiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, pastda o'smaning qo'shni a'zolari bosib ezishidan paydo bo'ladi. Bachadon shilliq qavati ostiga joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarish kuchli dardsimon oqriq paydo qiladi. O'smaning infeksiyalanishi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtlarda ham sodir bo'ladi. Chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi va o'smaning oziqlanishi buziladi. Bu esa o'smada yallig'lanish sodir bo'lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qilinadi. O'smalar juda tez kattalashib o'sganda ham og'riq bo'ladi, ayniqsa, o'sma bachadonning keng boylami orasiga o'sgan hollarda shunday bo'ladi, chunki bunday vaqtlarda og'riq o'smaning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta'siri natijasida sodir bo'ladi. O'smaning qo'shni a'zolari bosish belgilari ko'pincha katta hajmdagi o'smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o'lchamdagi o'smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo'lsa, qo'shni a'zolariga salbiy ta'sir qiladi. Agar o'sma bachadonning oldingi devorida joylashgan bo'lsa, siydik pufagiga ta'sir ko'rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo'ynida joylashgan o'sma esa to'g'ri ichakka ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda o'sma o'sib, siydik pufagini yuqoriga ko'tarib qo'yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning teshigi torayadi. Bunda bemorlarning siyishi qiyinlashadi. Agar o'sma to'g'ri ichakni ezib qo'ygan bo'lsa, bemorlarning hojati qiyinlashib, to'xtab qolishi va qabziyat bo'lishi ehtimol. Ayni vaqtda siydik yo'llarini ezib qo'yib, gidro-ureter va gidronefroz holatlariga olib keladi. Mioma tuxum hujayraning bachadon bo'ylab harakat qilishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon

nayini interstitsial qismini yopib qo'yadi. Bundan tashqari, anovulatsiya bepushtlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Miomaning asoratlari. *Mioma oyoqchasining buralib qolishi:* bunda «o'tkir qorin» belgilari kuzatiladi: o'tkir og'riq, til yuzasining o'zgarishi, chanqash, ko'ngil aynishi, qayt qilish, Hyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'lishi, taxikardiya va b.

Miomaning shishib nekroz bo'lishi: bu holatda kuchli og'riq, ko'pincha qon ketish va tana haroratining ko'tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi. Shilliqosti qavati miomasining tiqilish alomati, hatto, bachadonning ag'darilishi kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, sarkomaga aylanishi, kuchli profuz qon ketishi, anemiya (kamqonlik)ga olib keladi.

Bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalini alohida-alohida qirib gistologik tekshiriladi, bunda ehtiyotkorlik talab qilinadi, chunki tugunchalar nekrozga va qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Laparoskopiya, gisteroskopiya va biopsiya qilish. Bunda, asosan, submukoz tugunlar aniqlanadi. GSG-gisterosalpingografiyada to'lish nuqsoni kuzatiladi. Braun shprisi yordamida moddani 5 daqiqa davomida yuboriladi. Kompyuter va yadro-magnit-rezonans (YMR) tomografiyasi qilinadi.

Davolash umumiy davolashdan boshlanadi. Bular quyidagilardan iborat: A vitamini, baliq moyi yoki aevit kapsulasi, C vitamini, kaliy yodid, har oyda 7—10 kun nahorga nonushtadan 20—50 daq. avval 1/2—1/4 stakan meva sharbatlari (olma, o'rik, olxo'ri, qizil lavlagi, kartoshka — almashtirib ichiladi). Kamqonlikni davolash, bachadon mushaklarini yengil qisqartiruvchi dorilardan tavsiya qilinadi (argotal, lagoxilus ekstrakti), klimakterik davrda remens yod eritmasi bilan bachadonga qorin pastiga elektroforez buyuriladi. Neyroleptiklardan seduksen, biopassit, valeriana, frinalon tavsiya qilinadi. Agar yallig'lanish alomatlari ham kuzatilsa (surunkali salpingooforit va boshqalar) prodigiozan, pirogenal, nurofen, ibuprofen-TEVA beriladi. Pirogenal 25—50 mTB kunora inyeksiya qilinadi, har gal 25 mTB dan oshirib boriladi, to tana harorati 38° ga ko'tarilguncha, bir davolash kursida 10—30 marta inyeksiya buyuriladi. Maksimal miqdori 1000 TB dan oshmasligi kerak. Miomasi bo'lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo'linadi. Davolash shart bo'lmagan ayollar har 3—4 haftada

nazorat qilib turiladi; jarrohlik yo‘li bilan davolanadigan ayollar, gormonal yo‘l bilan davolanishi lozim bo‘lgan ayollar, nurlar bilan davolash zarur bo‘lgan ayollar.

Tuxumdon o‘smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab, ginekologik kasalliklarning 6—8 foizini tashkil etadi. Bu kasallik juda ham xavfli, chunki asta-sekin o‘tib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlar qo‘shilgandan keyin belgilar paydo bo‘ladi, afsuski shu paytda shifo kamdan kam hollarda yordam beradi. Ko‘pgina tuxumdon o‘smalari 20 yoshdan 40 yoshgacha uchraydi, 20—25% hollarda ular xavfli o‘smalarga aylanadi. Tuxumdon o‘smalari kelib chiqishi va turli-tuman tuzilganligi jihatidan boshqa o‘smalar orasida birinchi o‘rinlardan birini egallaydi. Buning sabablaridan biri — tuxumdon turli-tuman to‘qimalardan tuzilgan, ikkinchi, tuxumdonda hamisha bir qancha rudimentar (dastlabki, kurtak holiday) tuzilmalar bor, bular tuxumdonning embrional rivojlanish davridan saqlanib qolgan bo‘ladi. Hozirgi vaqtda to‘plangan dalillarga asoslanib, organizmda gormonlar almashinuvining buzilishi tuxumdon o‘smalarining kelib chiqishi va rivojlanishida katta ro‘l o‘ynaydi deb aytish mumkin.

Tuxumdon o‘smalari tasnifi. Tuxumdonning chin o‘smasini «kistoma», retension tarkib topganini esa «kista» termini bilan ataladi:

a) retension (orqaga qaytadigan) kista sekret tutilib qolishi bo‘lib, bu o‘smasimon kistalar to‘qimalar parchalanishi natijasida paydo bo‘lgan bo‘shliqda suyuqlik to‘planishi tufayli ro‘y beradi va 34% hollarda uchraydi. Bunday o‘smasimon kattalashgan bo‘shliqlar yallig‘lanishi, hayz siklining buzilishiga, tuxumdon endometriozlari (10%) va boshqa kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko‘ra follikular kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial (10%), Gartner yo‘li, qin kistasi va endometrioz kistalari (tuxumdonda) uchraydi. Follikular kistalar ko‘pincha mioma bo‘lganda, lyutein kistalar esa yelbo‘g‘oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikula erimay, sariq tana orqaga qaytmaydi, ya‘ni shu jarayon to‘xtab qolishi tufayli hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar shakli jihatidan yumaloq, aylanasi 6—8 sm dan oshmaydi va ko‘pincha klinik belgilarsiz kechadi. Kamdan kam hollarda kista oyoqchalari buralishi tufayli o‘tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar, odatda, konservativ usulda davolanadi (yallig‘lanish jarayoniga qarshi

preparatlar, immunokorrektorlar); b) blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, 66% ni tashkil qiladi. O'smalar o'sishi to'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli kuzatiladi.

Turli-tuman to'qimalardan o'sishiga ko'ra, tuxumdon o'smalari epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal o'smalarga bo'linadi. Chin o'smalar yana xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Xavfli o'smalar hujayralarining atipik bo'lishi, to'qimasining kam differensiallashgani, tez o'sishi, atrofdagi to'qimalarga tez o'sib kira oladigan limfa tugunlari hamda uzoqdagi a'zolarga metastazlar bera oladigan bo'lishi bilan farqlanadi. Klinikada o'smalarning I.S. Krayevskaya (1960) tomonidan taklif qilingan tasnifi keng qo'llanib kelinmoqda. Tuxumdon o'smasining o'sish xarakteri, asosan, o'smaning tuzilishiga bog'liq. Xavfsiz o'smalar, masalan, fibromalar, dermoid kistalar, odatda, sekin o'sib, kamdan kam hollarda kattalashadi, holbuki xavfli o'smalar g'oyatda tez o'sadi, kapsula bilan o'raladi va qorin bo'shlig'ining boshidan oyog'igacha tarqaladi (disseminatsiya). Tuxumdonning xavfsiz o'smalaridan tuxumdon epitelial kistomalari ko'proq (70%) uchraydi, bular chinakam xavfli o'smalarga aylanishi mumkin (malignizatsiya). Seroz oddiy kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan to 30—40 sm gacha kattalashishi mumkin, hatto butun qorin bo'shlig'ini egallashi mumkin. Kistoma odatda bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo'ladi. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqlik yig'iladi. O'sma ko'pincha bir tomonda — chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan bo'ladi, chunki uning tuxumdon boylamlaridan iborat anatomik «oyoqchasi» bor. Bularndan *L.ovarii propria*, *L.suspensorium ovarii* (yoki boshqacha aytganda *L.infundibulopelvic*) va *L.lata* ning mezosalpinks qismi qatnashadi. Kistoma o'sgan sari bu boylamlar cho'ziladi, bir-biriga yaqinlashib, o'smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chappa siljib turadi va ko'pincha 180° ga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq oqriq sezadi, ko'ngli aynib, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi. Bu klinikani «o'tkir qorin» deb

aytiladi. Bunday holda bemorni tezda ginekologik bo'limga yotqizib, darhol operatsiya qilish kerak bo'ladi. Ko'pincha shu o'smasi bo'lgan tuxumdon olib tashlanadi. Lekin operatsiya vaqtida, odatda, o'smaning «anatomik» oyoqchasiga qisqichlar qo'yilganda bunga bachadonning naychasi ham kiradi, buni «xirurgik» oyoqcha, operatsiyani «adneksektomiya» deyiladi. Kistomaning oyoqchasi buralib qolishi eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri.

Ikkinchi o'rinni malignizatsiya yoki rakka aylanish asorati egallaydi. Bu eng jiddiy asoratdir. Tuxumdonning epiteliyal o'smalaridan seroz (papillar) kistomalari va psevdomutsinoz kistomalari 50% hollarda rakka aylanishi mumkin. Papillar kistomalarning kattaligi va shakli ham turli-tuman bo'ladi. Odatda, ular katta bo'lmaydi, diametri aksari 25 sm dan oshmaydi. Papillar kistomalar ko'pincha bir kamerali, silliq yuzali bo'ladi. Kistoma bir necha kameradan iborat bo'lsa, yuzi g'adir-budur bo'lib turadi. Kistoma yuzasida so'rg'ichsimon o'simtalar bo'lmasa, silliq va yaltiroq bo'lib ko'rinadi. Tuxumdon papillar epiteliysining polimorf ekanligi ta'riflanadi, bu epiteliy ko'p qavatli bo'lib, ajib shakllar hosil qiladi.

Kamerali kistoma aksari yuzasi g'adir-budur bo'ladi. Kistoma bo'shlig'ida aksari jelesimon suyuqlik bo'ladi. Epiteliyal kistoma rak deb aytiladi. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak ajratiladi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak (Krukenberg raki, 1896). Birlamchi rak follikularini ajratib bo'lmaydi, kam differensiallashgan to'qima 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi, tezda assit ro'y beradi. Ikkilamchi rak 50—60% hollarda seroz papillar o'smalar rakka aylanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit bitishmalari paydo bo'lib, papillomalarning o'sib ketishi kuzatiladi. 17—20% hollarda mutsinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin o'tadi.

Metastatik rak (10—30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta, oshqozon-ichak yo'llarini endoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya usuli bilan davolab bo'lmaydi. Rak tarqalishi bo'yicha 4 darajaga bo'linadi:

I daraja — bir tuxumdonda paydo bo'lgan. II daraja — ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon naychalariga o'tgan. III da-

raja — kichik chanoqdagi parametrik regional limfatik tugunchalarga, qorin shilliq pardasiga o'sib ketgan, assit paydo bo'lgan. IV daraja — assit, uzoqdagi ichki a'zolar (oshqozon, ichak, charvi, jigar) metastazlar beradi, kaxeksiya ro'y beradi.

I va II darajada operatsiya qilib, butun ichki jinsiy a'zolar olib tashlanadi va nur hamda kimyoterapiya qo'llaniladi (androblastin, karboplatin, farmorubitsin, sisplatin). III—IV darajada davolash: og'riqni pasaytiruvchi dori-darmonlar (morfiy, stadol, promedol va hokazo) qo'llaniladi. Lekin I va II darajaning klinik belgilari bo'lmagani uchun bemorlar shifokorga og'riq, qon ketishi, qin orqali suyuq ajralmalar paydo bo'lganda murojaat qiladilar, afsuski, bunda kech bo'ladi. Chunki III va IV darajadagi rak limfa, qon tomirlarni, nervlarni yemirgan, metastaz bosqichi boshlangan bo'ladi. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan.

Tuxumdon fibromasi kam (7—5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan uchraydi. Tuxumdon sarkomasi g'oyatda kam uchraydi. Odatda, operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, tashxis qo'yiladi. Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% da uchraydi, ularning tuzilishida, odatda, uchala embrion qavatlar qatnashadi. Ular sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, sekin harakatlanadi va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Ularning kattaligi har xil, shakli dumaloq, tuxumga o'xshash, ustki sathi ba'zan tekis, ba'zan g'adir-budur bo'ladi. Konsistensiyasi bir xil emas (bir joyi elastik, ikkinchi joyi qattiq), rangi oqimtir yoki biroz sarg'imtir bo'ladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik bilan to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik uy haroratida qotib, yog'simon massa hosil qiladi.

Davolash, asosan, jarrohlik usulida, tuxumdon olib tashlanadi. Dermoid fonli xavfli o'sma kamdan kam paydo bo'lsa-da, bunday hodisalar uchrab turadi. Dermoiddan aksari yassi hujayrali raklar paydo bo'ladi. Tuxumdon teratoblastomasi xavfli o'smalarga kiradi. Teratoblastomalar tez o'sadi, olib tashlangandan keyin ko'pincha qaytalanadi. Limfa qon tomirlari orqali tarqaladi. Ko'pincha qorin pardasiga yoyiladi (disseminatsiya). Teratoblastomalar qiz bolalarda yoki 20—30 yoshlardagi juvonlarda, ayniqsa, ko'p uchraydi (2,5—32% gacha). Teratoblastomalarning oqibati hamisha yomon

bo'lad. Davolash, asosan, o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni qo'shimchalari bilan olib tashlab rentgen va radiy nurlarini chuqur ta'sir ettirishdan iborat. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda juda yomon. Tuxumdonlarning gormon chiqaruvchi bezlari, asosan, 2 guruhga bo'linadi: feminizatsiyalovchi (ayollashtiruvchi) o'smalar, bularga granuloz hujayrali o'smalar kiradi. Maskulinizatsiyalovchi (erkaklashtiruvchi) o'smalarga androblastomalar kiradi.

Bachadon bo'yni va tanasining fon va rakoldi kasalliklari. Jinsiy a'zolar xavfli o'smalarining keng tarqalganligi va ayollar onkologik kasalliklari tizimida yetakchi o'rin egallaganligi bachadon tanasi, bo'ynining fon va rakoldi kasalliklari muammolarining dolzarbligidan darak beradi. Reproduktiv yoshdagi ayollar onkologik kasalliklari orasida bachadon bo'yni o'sma jarayonlari ulushi 10—15,7% ni tashkil qiladi. Ma'lumki, ayollar onkologik kasalliklari tizimida bachadon bo'yni raki birinchi o'rinlardan birini egallab kelmoqda, u noqulay fonda rivojlanib, rakoldi kasalliklarining so'nggi bosqichi bo'lib hisoblanadi. «Fon jarayonlari» degan termin alohida rakoldi hisoblanmaydi, lekin shuning fonida bachadon bo'yni raki va displaziyasi rivojlanishi ehtimoli bo'lgan, etiologik va morfologik manzarasi har xil kasalliklarni o'z ichiga oladi. Fon va rakoldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va ratsional davolash profilaktik onkologik tadbirlar tizimining muhim qismi hisoblanadi. Bachadon bo'yni normada qin shilliq qavatining davomi bo'lib hisoblanadigan endoservikal stromadan bazal membrana bilan ajralib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan 5 qavatli hujayralardan tashkil topgan bo'lad.

Servikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan. Ko'p qavatli yassi epiteliy endoserviksining silindrik endoserviksga o'tish joyi muhim ahamiyatga ega, chunki ko'pincha shu joyda hujayralarning atipik transformatsiyasi yuzaga keladi. Tug'ish yoshidagi sog'lom ayollarda ko'p qavatli yassi va silindrik epiteliy chegarasi aslida tashqi bachadon bo'g'zi sohasida joylashadi. Qiz bolalar va tug'magan ayollarda bu chegara bachadon bo'ynining qin qismida joylashishi mumkin. Homiladorlik davrida ham xuddi shunday manzara kuzatiladi. Yosh o'tgan sari 2 xil epiteliyning tutashgan joyi servikal kanal tomon siljiydi va ko'z bilan ko'rib bo'lmaydi. Xuddi shunday holat bachadon bo'yni diatermo-

koagulatsiyasi va kriodestruksiyasidan so'ng ham kuzatiladi. 1979-yilda JSST bachadon bo'yni patologik jarayonlarining morfologik tasnifini tasdiqlagan, unga asosan fon holatlari, rakoldi holatlari (displaziya), preinvaziv rak, invaziv rak farq qilinadi. Bachadon bo'yni fon va rakoldi kasalliklarining kelib chiqishi ekzo va endogen omillar yig'indisining ta'siri bilan ifodalanadi: bachadon bo'yni to'qimasida mikrosirkulatsiyaning buzilishi, mikro va makro-jarohatlar, gormonal o'zgarishlar, mikroblilik omillar. Fon jarayonlari bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarining 80—85% ini tashkil etadi. Ularga: eroziyalar, psevdoroziyalar, leykoplakiyalar, eritroplakiyalar va poliplar kiradi. Eroziya — bu bachadon bo'yni qin qismidagi patologik jarayon bo'lib, hoshlang'ich bosqichlarida ko'p qavatli yassi epiteliy distrofiyasi, deskvamatsiyasi bilan, so'ngra esa eroziyalangan yuzada silindrik epiteliy rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Tug'ma, haqiqiy va psevdoroziyalar farqlanadi (chin va soxta eroziyalar). Tug'ma eroziya — ko'p qavatli yassi epiteliy bilan silindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning bachadon bo'yni tashqi bo'g'zidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atrofiga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi. Servikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular, asosan, bolalik va o'smirlik yoshida bo'ladi. Chin eroziya bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliysi shikastlanib ko'chishi, natijada esa yallig'lanish tufayli jarohat yuzasi (epiteliy nuqsoni) hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. U, asosan, tashqi bo'g'iz atrofida yoki bachadon bo'ynining orqa labida joylashadi. Eroziya och qizil rangda, noto'g'ri, biroq yumaloq shaklga ega bo'lib, ba'zan teGINGanda qonab ketishi mumkin. Kolposkopiya va mikroskopiya yallig'lanish reaksiyasi belgilari aniq ko'rinadi. Haqiqiy eroziya qisqa vaqt davom etadigan jarayon bo'lib, 1—2 haftadan so'ng keyingi bosqichiga, psevdoroziyaga o'tadi, shu sababli haqiqiy eroziyani kamdan kam aniqlanadi. Psevdoroziyalar haqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli hosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rnini servikal kanal shilliq qavati bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi.

Leykoplakiya ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining

qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parda va oq rangli pilikchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki surkalgansimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangligicha qoladi. Davolashda kesib olinadi yoki kriodestruksiya qilinadi, bunda lazer terapiyasi muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Eritroplakiya funksional yoki oraliq qavatlarining atrofiyasi hisobiga ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliqqlanishi bilan ifodalanadi. Bu to'q qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal shilliq qavat yuzasidan biroz bo'rtib turadi. Uning qizil rangi yupqalashgan (atrofiyalangan) epiteliy qavati orqali ko'rinib turadigan qon tomir to'ri bilan izohlanadi. Bazal va parabazal hujayralarning atipik giperplaziyasi kuzatilganda eritroplakiya rakoldi jarayoni bo'lib hisoblanadi. Eritroplakiyani jarrohlik yo'li (ekssiziya) yoki diatermoelektrokoagulatsiyasi (DEK), krioterapiya yo'li bilan davolanadi. Servikal kanal shilliq qavati polipi tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, oyoqchali, ba'zan esa keng asosli bo'ladi. Morfologik jihatidan polip biriktiruvchi to'qimali oyoqchaga ega bo'lib, ko'p qavatli yassi yoki silindrik epiteliy bilan qoplanadi, oyoqchasi tarkibida bezli yoki bez-kistozli tuzilmasi bo'ladi. Ko'proq 40 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi.

Bachadon bo'ynining rakoldi kasalliklari guruhiga displaziya kiradi. Odatda, **displaziya** fon jarayonlaridan so'ng, ba'zan esa o'zgarmagan bachadon bo'ynida ham rivojlanadi. Ko'p qavatli yassi epiteliy displaziyasi hujayralari tuzilishi, differensiatsiya va yetilishining buzilishi, ya'ni hujayralar atipiyasi bilan ifodalanadi.

JSTning tasnifi (1982) bo'yicha hujayralar atipiyasi va epiteliyal qavatning shikastlanish chuqurligi bo'yicha displaziyaning 3 ta darajasi faqlanadi: kuchsiz (1), o'rtacha (2), kuchli (3).

Epiteliyal displaziyani keltirib chiqaradigan omillar: jinsiy hayotni erta boshlash, jinsiy mijozlarni tez-tez almashtirish. Tug'uruq va abort vaqtida bachadon bo'ynining shikastlanishi, jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari, organizmning 2-tipdagi oddiy uchuq virusi (2-OUV) va odam papillomasi virusi (OPV) bilan zararlanishi, giperestrogeniya; neftni qayta ishlash va tamaki ishlab chiqarish sanoatlaridagi zararli mehnat sharoitlari. O'rtacha darajasi 31—40 yoshga, kuchli darajasi 40—50 yoshga to'g'ri keladi.

Diagnostika. Displaziya faol, ko'p qavatli jarayon bo'lib, unga tashxis qo'yishda quyidagi tekshirish usullaridan foydalaniladi: kengaytirilgan kolposkopiya; sitologik tekshirish; biopsiya usuli; servikal kanal shilliq qavatini qirish.

Davolash displaziya darajasiga bog'liq bo'lib, quyidagi usullarni o'z ichiga oladi: diatermokoagulatsiya; Rogovenko halqasi bilan diatermoelekt-rokonizatsiya; bachadon bo'ynini konussimon yoki ponasimon qirqish; bachadon ekstirpatsiyasi.

Bachadon bo'yni raki bachadon bo'ynining qin qismidagi yassi ko'p qavatli epiteliydan hamda bachadon bo'yni kanalidagi bezsimon epiteliydan rivojlanadi. Yassi hujayrali rak 94—95%, bezsimon rak 4—6% bemorlarda aniqlanadi. Bachadon bo'yni raki rivojlanishi yosh hamda yoshi katta ayollarda bir xil uchraydi. Yosh ayollarda bachadon bo'yni raki metaplaziya bilan bog'liq bo'lgan, uzoq muddat davom etgan patologik proliferatsiya fonida rivojlanadi. Bu jarayon atipik zona hosil bo'lishi va shu to'qima tomirlarining atipiyasi bilan kuzatiladi. Buni kolposkopik tekshiruvda aniqlanadi. Yoshi katta ayollarda proliferativ jarayon va metaplaziya kam ifodalanib, rak chin eroziya, har xil shakldagi yaralar ko'rinishida paydo bo'ladi. Rakning boshlang'ich shakllarini (epitelial karsinoma, mikrokarsinoma) aniqlash, rakning oxirgi bosqichlariga qarshi kurashishda katta ahamiyatga ega. Bachadon bo'yni raki boshlang'ich shakllarining klinik manzarasi nospetsifik bo'ladi. Ko'pincha bachadon bo'yni raki tug'uvchi yoshdagi, 40 yoshdan katta ayollarda uchraydi.

Tug'magan va jinsiy hayotda yashamaydigan ayollar kam kasallanadilar. Rakoldi kasalliklari bachadon bo'yni raki rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Dastlab rak belgisiz kechadi. Eng dastlabki erta belgisi kontakt vaqtidagi qonli ajralma va oqchil ajralmasi hisoblanadi. Ajralmalar dastlab suvsimon xarakterda, keyinchalik esa qon aralash keladi. Tashqi ko'rinishi go'sht yuvindisiga o'xshash, chirigan hidli bo'ladi. Jinsiy aloqada, ginekologik ko'zgu va tampon tekkizilganda, defekatsiyada, jismoniy zo'riqishda, yo'talganda, kuchanganda, og'ir yuk ko'targanda qonli ajralmalar kelishi mumkin. O'smaning nekrozlanishi va limfatik tomirlarning yemirilishi natijasida ajralmalar keladi. Rak jarayoni keng tarqalganda og'riq sindromi kuzatiladi. Sababi rak infiltratlari nerv tugunlarining ezilishini vujudga keltiradi. Keyinchalik jarayon rivojlanishi bilan dizurik va defekatsiya buzilishi belgilari kuzatiladi. Siydik nayining ezilishi gidrouretrit va gidronefroz rivojlanishiga

olib keladi. Jarayonga siydik pufagi qo‘shilishi uning shilliq qavatida dastlab shish, keyinchalik nekroz va oqma hosil bo‘lishi bilan kuzatiladi. Eng ko‘p uchraydigan asorati siydik chiqaruv yo‘llari infeksiyasi hisoblanadi. To‘g‘ri ichak zararlanganda esa rektovaginal oqmalar rivojlanishiga olib keladi. Bemorlarning umumiy ahvoli uzoq muddat qoniqarli bo‘ladi. Kasallikning o‘rtacha davomiyligi — davolanmasa 2 yilga yaqin. Bemorlar uremiya, peritonit, sepsis, kaxeksiya va qon ketishidan nobud bo‘ladilar.

Tarqalish bosqichlari:

0 bosqich — preinvaziv rak, bazal membrana epiteliysiga o‘smagan;

I bosqich — rak bachadon bo‘yni bilan chegaralangan;

II bosqich — rak bachadon bo‘ynidan tashqari sohalarni qoplaydi va quyidagi turlari farqlanadi:

a) parametriyning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi, chanoq devorlariga o‘tmagan (parametral rak);

b) infiltratsiya qinning 2/3 qismida (qindagi turi — vaginal turi) joylashgan;

d) o‘smaning bachadon tanasiga o‘tishi (bachadon turi).

III bosqich: a) o‘sma infiltrati bir yoki ikkala parametriyni zararlantirishi, infiltratning kichik chanoq devorlariga ham o‘tishi;

b) o‘sma qinning pastki qismlariga tarqaladi;

d) chanoq va chov limfa tugunlariga chegaralangan metastaz beradi.

IV bosqich — o‘smaning qovuqqa, to‘g‘ri ichakka, boshqa a‘zolariga metastaz berishi.

Dignostikasi. Analiz va tekshirishlarga asoslanib qo‘yiladi. Har bir bemor qin ko‘zgulari bilan tekshirilishi zarur. Dastlabki bosqichlarida bachadon bo‘yni eroziyasiga va qattiqlashishiga e‘tibor beriladi, keyinchalik bachadon bo‘ynining gulkaramga o‘xshab o‘sganligi aniqlanadi (ekzofit shakli). Servikal kanal rakida bachadon bo‘yni bochkasimon shaklda va konsistensiyasi qattiq bo‘ladi (endofit shakli). Qattqlik, tuzilma elastikligining yo‘qolishi, g‘ovaksimon va tekanda qonashi bachadon bo‘yni rakiga xos. Qin ko‘zgulari orqali bachadon bo‘yniga qaralganda endo va ekzofit shaklli rakka xos o‘zgarishlar aniqlanadi. Jarayonning tarqalish darajasini aniqlash uchun parametriy va dumg‘aza-bachadon boylamlarini paypaslab ko‘rish kerak. Tashxisni tasdiqlash uchun Shiller sinamasi, qin surtmasini gistologik tekshirish usullari qo‘llaniladi.

Davolash. 1-bosqichda — operatsiya usuli. 2—3-bosqichda — kompleks nur va kimyoterapiya. 4-bosqichda — belgiatik davolash.

Profilaktikasi. Bachadon bo'yni rakoldi va fon kasalliklarini erta diagnostika qilish va davolash. Mahallada ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tishiga to'g'ri tushuntirish olib borish.

Bachadon tanasining fon va rakoldi kasalliklari. Endometriyning patologik holatlari fon jarayonlari (endometriy poliplari, bezli giperplaziya) va rakoldi kasalliklari (atipik giperplaziya) deb farqlanadi. Endometriy rakoldi kasalligi hujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rakoldi o'zgarishlari quyidagi termin bilan ta'riflanadi: «atipik bezli giperplaziya», «adenomatoz», «adenomatoz giperplaziya», «preinvaziv rak». Rakoldi giperplastik jarayonlari 10% bemorlarda endometriy rakiga o'tishi (turli mualliflar bo'yicha 2% dan 50% gacha), ba'zan uzoq vaqt persistensiyasi yuz berishi, ba'zan esa so'rilib ketishi mumkin. G.M. Savelyeva va V.N. Serov (1980) endometriy rakoldi kasalliklarining klinik-morfologik tasnifini tavsiya etishgan, unga quyidagilar kiradi: har qanday yoshdagi adenomatoz va adenomatoz poliplar, har qanday yoshdagi gipotalamus va neyroendokrin buzilishlari bilan kechadigan endometriyning bezli giperplaziyasi. Asosan, menopauza va undan keyingi davrlardagi takrorlanuvchi endometriyning bezli giperplaziyasi. Endometriyni qirib tozalagandan so'ng takrorlanadigan bezli giperplaziya va gormonoterapiyaga sezgir bo'lgan giperplastik jarayonlar ham endometriyning rakoldi kasalligi bo'lib hisoblanadi. Giperplastik jarayonlar malignizatsiya xavfi bo'lgan metabolik buzilishlar, semirish, uglevod va lipid almashinuvi buzilishlari, gepatobiliar tizim va me'da-ichak yo'li faoliyati buzilishlariga olib boradi.

Rakoldi kasalliklari etiologiyasi: semirish, giperqlikemiya.

Klinikasi. Endometriy rakoldi kasalligi bo'lgan bemorlar ko'p hollarda hech nimadan shikoyat qilmaydilar. Ko'pincha kasallik bachadon bo'yni polipi, mioma va boshqa patologiyalar tufayli diagnostik qirish vaqtida aniqlanadi. Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning belgilari nisbatan bir xil bo'ladi. Bemorlar, asosan, jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qiladilar. Bachadon tanasi rakoldi kasalliklariga tashxis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

Diagnostikasi: anamnez; birlamchi ko'zdan kechirish; aspiratsion biopsiya; gisteroskopiya, gisterografiya va boshqalar.

Davolash. Bemorning yoshini, hayz faoliyatini va endometriy holatini aniqlagan holda davolash uslubini ishlab chiqiladi. Reproktiv yoshdagi bemorlarda endometriyning takrorlanuvchi bezli giperplaziyasi va poliplarida davolash qon ketishini to'xtatish va hayz siklini shakllantirishga qaratilgan. Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy poliplari va bachadonning bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya qo'llash samara berishi mumkin. Bunday bemorlarga androgenlar berish mumkin. Poliaplarni olib tashlash yo'li bilan davolash samaradorligiga erishish mumkin. Gormonal davolash dasturi to'liq tugagandan so'ng aspiratsion biopsiya, gisteroskopiya, bachadon bo'shlig'ini total qirishdan so'ng gistologik tekshirishga ko'rsatma bo'ladi.

Bachadon tanasi raki. Bachadon tanasi raki 50—60 yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi. Ko'pincha organizmdagi gormonal o'zgarishlar natijasida rivojlanadi. Endometriy raki ko'pincha quyidagi kasalliklar bilan birga uchraydi: bachadon fibromiomas, tuxumdonning feminizatsiyalovchi o'smasi, bachadon tanasi shilliq qavati giperplaziyasi, qandli diabet, semizlik, jigar faoliyati buzilishi. Rak endometriyning yuzasi silindrsimon epiteliysi, bachadon shilliq qavati bezlari silindrik epiteliysi yoki embrional geterogen epiteliydan rivojlanishi mumkin. Kamroq hollarda bachadon bur-chaklari va chetlari zararlanadi. Kasallik boshlanayotganda o'sma tugunsimon, papillar yoki polipoz ko'rinishda bo'ladi.

Bachadon tanasi rakiga tashxis qo'yish. Bachadon ichi qirib tozalanganda ko'p miqdorda ushoqsimon qirindi olinadi. Bachadon tanasi rakining gistologik jihatdan farqlanishi quyidagicha: xavfli adenoma; adenokarsinoma; shilliq qavat raki; rakning solid formasi; epidermal rak.

Bachadon tanasi rakining tarqalish bosqichlari. 1-bosqich: o'sma bachadon endometriysi bilan chegaralangan.

2-bosqich:

- a) bachadon tanasi raki miometriy infiltratsiyasi bilan;
- b) bir yoki ikki tomonlama parametriy infiltratsiyasi, kichik chanoq devorlari zararlanmagan;
- d) bachadon tanasi rakining bachadon bo'yniga o'tishi bilan chegaralangan.

3-bosqich:

- a) bachadon tanasi raki parametriy infiltratsiyasi bilan, kichik chanoq devorlari zararlanishi bilan;
- b) bachadon tanasi raki regionar limfa tugunlariga, bachadon ortiqlariga, qinga metastaz berishi bilan;

d) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan chegaralangan.

4-bosqich:

a) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga, qovuqqa, to'g'ri ichakka o'tishi bilan;

b) bachadon tanasi raki uzoqdagi a'zolarga metastaz berishi bilan kechadi.

Klinikasi. Boshqa jinsiy a'zolar rakiga nisbatan bachadon tanasi raki yengilroq kechadi. Uzoq muddat bemor ahvoli qoniqarli bo'ladi. Lekin ayol holsizlanib tez charchaydi. Infeksiya qo'shilishi yoki bachadon bo'shlig'idagi ajralmalar natijasida tana harorati ko'tarilishi, leykotsitoz, ECHT oshadi. Bachadon tanasi rakini va tarqalish jarayonini diagnostika qilish maqsadida qo'shimcha usullar qo'llaniladi. Endometriy aspiratsiyasi, sitologiyasi, qirmasi, gistologik tekshiruv, bachadon UTTi, gisteroskopiya, kompyuter tomogrammasi, yadro-magnit-rezonans (YMR), sistoskopiya, rektomanoskopiya, ekskretor urografiya qilish ham mumkin. Endometriy rakining boshqa asosiy belgilari sifatida qonli ajralmalarni «go'sht yuvindisi» ko'rinishida postmenstrual davrda yoki yoshlikda asiklik qon ketishini ko'rsatib o'tish mumkin. Og'riq kasallikning kechki belgisi hisoblanadi. O'sma jarayonining rivojlanishi bilan og'riq doimiy tus oladi. Og'riq patologik jarayon, bachadon seroz qavatini, qo'shni a'zolari yoki nerv tugunlarini ezishi bilan hamda parametriyning rakli infiltratiga bog'liq.

Davolash kompleksi. Operatsiya, keyinchalik nurlash bilan va nur terapiyasi. Kombinatsiyalangan davo — pangisteroektomiya, rentgenoterapiya yoki telegammaterapiya bilan. Kombinatsiyalangan terapiya, asosan, bachadon 1-bosqichi o'smasi va 2-bosqichning bachadon tanasi rakiga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. 2-bosqich (bachadon turidan tashqari) va 3-bosqichdagi rakda kompleks nur terapiya o'tkaziladi. 4-bosqichda davo, asosan, belgiyatik tus oladi.

Gormonoterapiya kompleks yoki kombinatsiyalangan usul bilan qo'shimcha olib boriladi. Keng qo'llaniladigan dorilardan: metil-testosteron, testosteron propionat, oksiprogesteron, noresterat, depoprovera, sisplastin-TEVA, doksorubitsin-TEVA, vinkristin, geksalen.

Profilaktikasi endometriy yallig'lanishini, har xil gormonal buzilishlarni o'z vaqtida davolash, profilaktika ishlarini o'z vaqtida, nafaqat ayollar, balki erkaklar orasida ham olib borish, ayollar orasida har 6 oyda muntazam ginekologik tekshiruvlarni o'tkazishdan iborat.

Uyda o'g'ir yotgan bemor oqliqlarini almashtirish

Maqsad: yotoq tartibi buyurilgan bemor oqliqlarini almash-tirishni o'rgatish.

Jihozlar: toza oqliq choyshablar.

| Bosqichlari | Asoslash |
|--|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Bemor o'rinning chetiga suriladi. | |
| 2. Kir choyshabni uzunasiga bint kabi o'ralib, uning o'rniga tozasi yoziladi. | Oqliqlar toza yuvilgan, daz-mollangan bo'lishi kerak. |
| 3. Bemorni toza choyshab ustiga yotqizib, boshqa tomondan kir choyshab tortib olinadi. | |
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Kir choyshab bosh va oyoq tomondan qayirib yoki buklab chiqiladi. | Bemorga qat'iy yotoq buyuri-lib, harakat cheklanganda. |
| 2. Bemorni asta ko'tariladi. | |
| 3. Choyshab ehtiyotlik bilan chiqariladi. | |
| 4. Ikki tomondan bint kabi o'ralgan toza choyshabni bemorning dumg'azasi tagiga qo'yiladi, so'ngra boshi va oyoqlari tomon yoziladi. | |

Uyda og'ir yotgan bemorning og'iz bo'shlig'ini, parvarish qilish

Maqsad: bemor og'iz bo'shlig'ini parvarish qilishni o'rgatish.

Jihozlar: antiseptik eritma, pinset, shpatel, doka salfetka va qo'loqpar.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Bemorni qulay qilib o'tkaziladi. | |
| 2. Qo'llar yuvilib, qo'loqpar kiyiladi. | |

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|--------------------------------------|
| 3. Chap qo'lga shpatel olinib yuqori lablar ko'tariladi va tepa milklarning shilliq pardasi artiladi. So'ng pastki lablar tortiladi va milkning shilliq pardasi artiladi. | Og'iz bo'shlig'i parvarish qilinadi. |
| 4. Titni steril doka salfetka bilan o'rab, chap qo'l bilan ohista og'iz bo'shlig'idan chiqariladi. | |
| 5. Antiseptik eritmada ho'llangan doka salfetka bilan tildagi karashlar olinadi va 2—3 marotaba salfetka almashtirilib, til artiladi. | |
| 6. Qo'lqoplar yechiladi, qo'llar yuviladi. | |

Bemor lablari parvarishi

Maqsad: lablar yorilishining oldini olish.

Jihozlar: qo'lqop, shpatel, steril salfetka, vazelin.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|------------------------------------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yuvilib, qo'lqop kiyiladi (zarurat bo'lsa, niqob va himoya ko'zoynagi taqiladi). | Lablar yorilishining oldi olinadi. |
| 2. Shpatel bilan steril salfetkaga vazelin surtiladi. | |
| 3. Yuqorigi va pastki lablar vazelin bilan artiladi. | |
| 4. Qo'lqoplar yechilib, qo'llar yuviladi. | |

Ko'zni parvarish qilish

Maqsad: ko'zda hosil bo'lgan yiringli ajralmalar natijasida bemorning kiprik va milklari yopishib qoladi. Bu holda ko'zni antiseptiklar: 0,02% li furatsillin yoki 1—2% li Na gidrokarbonat eritmasiga ho'llangan steril tampon bilan artiladi.

Jihozlar: qo'lqoplar, 2 ta lotok, steril paxta tampon.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|-----------------------------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Qo'llar yaxshilab yuvilib, qo'lqop kiyiladi. | |
| 2. Steril lotokka 8—10 ta tampon va yuqorida ko'rsatilgan eritmalardan birortasi qo'yiladi. | |
| 3. Eritmada namlangan tamponni asta siqib, kiprik va qovoqning tashqi burchagidan ichki burchagi tomon yoki tepadan pastga qarab artiladi, tampon esa tashlanadi. | Ko'zlar parvarish qilinadi. |
| 4. Ikkinchi tomon ham yuqoridagi tartibda artiladi. | |
| 5. Eritma qoldiqlari quruq tampon bilan artiladi. | |
| 6. Qo'lqoplar yechilib, qo'llar yuviladi. | |

Og'ir yotgan bemorning sochini parvarish qilish

Maqsad: bemorning sochini parvarish qilishni o'rgatish.

Jihozlar: tog'ora, sochiq, sovun.

| Bosqichlari | Asoslash |
|---|---------------------------------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Kerakli jihozlarni tayyorlab, bemor karavotining oldiga keltiriladi. | |
| 2. Bemor boshini ko'tarib, to'shagini bosh tarafidan yelkasigacha keltirib buklab qo'yiladi. | Bemor sochi parvarish qilinadi. |
| 3. Bemor sochini tog'orachaga solib, iliq suv bilan ho'llanadi. | |
| 4. Sochga shampun yoki sovun surtib, ko'pirtirgach, ustidan iliq suv quyib, tagigacha yuviladi. | |
| 5. Sochdan tushayotgan suv toza bo'lguncha yuviladi va taraladi. | |
| 6. Yumshoq sochiqda artib, quritiladi. | |
| 7. Soch qurigandan so'ng ro'mol o'raladi. | |
| 8. Qo'llar yuviladi. | |

Uyda og‘ir yotgan bemorlarda yotoq yaralar profilaktikasi

1. Bosimni bartaraf qilish.

Shu maqsadda og‘ir yotgan bemorning holati o‘zgartirib turiladi, buning uchun tana bilan sath o‘rtasida hosil bo‘lgan bosimni bartaraf qiluvchi turli xildagi moslamalar qo‘llaniladi. Maxsus karavotlar, gidrostatik karavotlar, katta va keng hajmli shishirilgan qoplar va boshqalar.

Bu moslamalarni ishlatishdan maqsad bosim kuchini ko‘proq maydonga yoyishdir, bu esa bemor tanasiga kamroq zarar yetkazadi:

- maxsus to‘shak (gidrostatik) penomaterial;
- yostiqlar yoki qo‘y yungidan qilingan to‘shak;
- havo, suv yoki gel bilan to‘ldirilgan yostiqlar, rezinali chambarlar va h.k.

2. To‘qimalarni tiklovchi, sog‘aytiruvchi ichki sharoitlarni yaxshilash:

- ovqat yeyish va ichak faoliyatini yaxshilash;
- kamqonlikning oldini olish va davolash;
- tana harorati va sog‘ayish jarayoniga ta‘sir ko‘rsatuvchi dorilarni qo‘llash.

3. To‘qimalar holatiga ta‘sir etuvchi tashqi sharoitni muvofiqlashtirish:

- teri butunligini saqlash va shikastlantirmaslik;
- siydik va axlatni tuta olmaslikning oldini olish;
- siydik va axlatni tuta olmaydigan kasallar parvarishini yaxshilash;

— bemor va ularga qarovchilar yotoq yaralar hosil bo‘lishi mumkin bo‘lgan joyni ertalab va kechqurun 10% li kamfora spirti yoki 0,5% li nashatir spirtiga ho‘llangan tampon bilan artib turishi, bosimni bartaraf qiluvchi moslamalardan foydalanish, o‘z-o‘ziga yordam berish.

Yotoq yaralar paydo bo‘ladigan joyda teri qizarib qolgudek bo‘lsa, bu joyga kecha-kunduz mobaynida 1—2 marotaba 5—10% li kaliy permanganat eritmasini surtib turiladi.

Uyda og‘ir yotgan bemorlarni ovqatlantirish

Maqsad: uyda og‘ir yotgan bemorni ovqatlantirishni o‘rgatish.

Jihozlar: oqliq, sochiq.

| Bosqichlari | Asoslash |
|--|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. O'g'ir yotgan bemorlarni ovqatlantirish uchun ma'lum vaziyat hosil qilinadi. | |
| 2. Bemorni yarim o'tkazib, ko'krak va bo'yin qismiga oqliq yoki sochiq yoziladi. | |
| 3. Ovqatlantirish uchun maxsus choynak hamda qoshiq tayyorlanadi. | |
| 4. Hamshira chap qo'li bilan bemorning boshini yostig'i bilan birga ko'taradi, o'ng qo'li bilan uning og'ziga qoshiqdan yoki maxsus choynakdan ovqat tutadi. | Bemor ovqatni yutmasa uning og'ziga zo'rlab quyish mumkin emas. |
| 5. Bemor ovqatni qabul qilib bo'lgach, sochiq olinib asta yotqiziladi. | Ovqat nafas yo'llariga tushib, og'ir jarohat keltirib chiqarishi mumkin. |
| 6. Idishlar olib yuvishga beriladi. | |

Uyda og'ir yotgan bemorni fiziologik bo'shalishlardan so'ng tagini yuvish

Maqsad: qat'iy yotish rejimidagi bemorlarda ichi va siydik qopini bo'shatishlari uchun tuvak va siydikdon qo'llash va fiziologik bo'shalishlardan so'ng bemorning tagini yuvishni o'rgatish.

Jihozlar: tuvak, kleyonka.

| Bosqichlari | Asoslash |
|--|----------|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 1. Hamshira qo'llarini yuvib, qo'lqop kiyadi. | |
| 2. Bemor ichi va siydik qopini bo'shatmog'chi bo'lsa, hamshira to'siq yordamida bemorni to'sadi va tagiga kleyonka soladi. | |
| 3. Tuvakni iliq suv bilan chayib, ichida ozgina suv olib keladi. | |
| 4. Bemorga yoni bilan yotishga yordam berib, tizzalari asta bukiladi. | |
| 5. O'ng qo'l bilan tuvak qo'yilib, bemor chalqancha yotqiziladi. | |
| 6. Qo'lqop yechiladi. | |

| Bosqichlari | Asoslash |
|--|--|
| Muolajani bajarish tartibi | |
| 7. Yostiqlarni to'g'rilab, bemorni yarim o'tirgan holatga keltiriladi. | |
| 8. Bemor bo'shalib bo'lgach, hamshira qo'l-qopplarni kiyib, uni ohista yonboshiga buradi, o'ng qo'li bilan tuvakni ushlab bemor tagidan oladi. Orqa chiqaruv teshigi tozalanib, qo'l-qopplar almashtiriladi. | |
| 9. Bemor tagiga toza tuvak qo'yiladi. | |
| 10. Tashqi jinsiy a'zolar va orqa chiqaruv teshigi iliq suvda oldindan orqaga qarab yuviladi (ichak infeksiyasining tashqi jinsiy a'zolariga tushishining oldi olinadi). | Ishlatilgan tuvaklar xlorli eritmaga 30 daqiqa bo'ktiriladi. |
| 11. Tashqi jinsiy a'zolar artiladi. | |
| 12. Kleyonka va to'siq olinadi. | |
| 13. Tuvak bo'shatilib, iliq suv bilan chayiladi va yuqumsizlantiriladi. | |
| 14. Qo'lqop yechilib, qo'llar yuviladi. | |

Ayollar jinsiy a'zolarining nuqsonlari, farzandsiz nikoh

Ayol jinsiy a'zolari nuqsonlarining kelib chiqish sabablari. Jinsiy a'zolar turli embrional kurtaklardan rivojlanib, masalan, bachadon, uning naylari va qinning talaygina qismi Myuller yo'llaridan, tuxumdon — embrional buyraklar bilan yonma-yon yotadigan jinsiy boylamlardan, tashqi jinsiy boylamlardan, tashqi jinsiy a'zolar — tananing pastki qismidagi teri qoplag'ichi va siydik-tanosil kovagidan taraqqiy etadi. Ona qornidagi homila rivojlanishining turli davrlarida differensiyallanish jarayonlari ro'y beradi, shu jarayonlar tufayli embrion uzil-kesil shakllanadi. Homilaning shakllanishi va rivojlanishida to'qimlarning differensiyallanishi buzilsa, jinsiy a'zolar bir-biridan ajrab qolishi mumkin. Siydik-tanosil tizimida ayrim qismlarning qo'shilib va bitib ketmasligiga to'qimalarning ba'zan o'smay qolishi sabab bo'lishi mumkin. Ona qornidagi hayoti davrida va tug'ilgandan keyin yallig'lanish jarayonlari sababli bo'shliqlar devorlarining yopishib qolishi va bitib ketishi, qator hollarda embrionda modda

almashinuvining buzilishi, jumladan, ichki sekretsiya bezlaridagi o'zgarishlar tufayli rivojlanish to'xtab qoladi. Jinsiy a'zolar ona qornidayoq noto'g'ri rivojlanishi mumkin, endokrin kasalliklar: diabet, giperterioz, gipotireoz, genetik omillar, xromosomalar abberatsiyasining tashqi sharoit ta'sirida buzilishi, toksik moddalar, pestitsidlar va kimyoviy preparatlar bilan zararlanish, chekish, ichkilik ichish, turli yuqumli kasalliklar, brutselloz, parotid, qizilcha toksoplazmoz, gripp, ona va homila o'rtasidagi rezus-faktorning mos kelmasligi ham jiddiy sabab bo'ladi. Onadagi homiladorlikning 8—9-haftasidan boshlab homilaning a'zolari va yo'ldoshi shakllana boshlaydi, shu davrda embrion turli ta'sirlarga darrov beriluvchan bo'ladi va turli a'zo va tizimlarda nuqsonlar vujudga kela boshlaydi.

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

Ayni vaqtda bachadon tanasi kam rivojlangan, bo'yni esa tanasiga nisbatan uzoqroq bo'ladi. Bachadon tanasi odatda keskin antefleksiya holatida, tashqi teshigi bilinar-bilinmas, qin kalta va tor, gumbazlari deyarli bo'lmaydi. Bachadon va qinning chala rivojlanishi ko'pincha umuman infantilizmning juz'iy ko'rinishi hisoblanadi. Bunday ayollarda ko'pincha umumiy infantilizm belgilari kuzatiladi, ya'ni ko'krak qafasi uzun, tor, chanog'i kambar, qo'ltiqlarida jun o'smagan bo'ladi; to'qimalari elastik bo'lmay, tug'uruq vaqtida salga shikastlanadi. Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishiga xos belgilar quyidagilar: vulva kichkina, katta jinsiy lablar yetarlicha rivojlanmagan, kam yog' bosgan, kichik jinsiy lablar kam rivojlangani uchun silliq yoki burishgan, shuning uchun jinsiy lablar ochilib turadi, oraliq ichiga botgan, qin kalta va tor, burmalari yaxshi rivojlanmagan, qin gumbazlari yassi, bachadon bo'ynining qindagi qismi kichkina, tashqi teshigi zondni arang o'tkazadigan nuqta shaklida, bachadon kichkina (normal bachadondan 2—3 sm kalta), bachadon bo'yni uzun. Bachadon ko'pincha giperantefleksiya holatida yotadi (bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasidagi burchak haddan tashqari o'tkir). Bachadon naylari ingichka, ancha buralgan, shilliq pardasi kam buralmagan, fimbriyalari kam taraqqiy etgan, tuxumdon kichkina, Duglas bo'shlig'i juda chuqur, bachadon boylamlari dag'al bo'ladi.

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

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

Qizlik pardasi va qinning bitib ketishi (*atresia hymenis et vagien*). Jinsiy kanal biron qismining bitib ketishi ginatreziya deb ataladi. Bitib ketgan qismining joylashuviga qarab qizlik pardasi, qin va bachadon bo'yni kanalining bitib qolishi tafovut qilinadi.

Jinsiy kanal rivojlanish nuqsonlari yoki ona qornidagi hayot vaqtida ro'y beradigan yallig'lanish tufayli bitib ketadi. Asosan, bolalik davrida turli yuqumli kasalliklar bilan og'rish natijasida ham shunday o'zgarishlar ro'y beradi. Qiz voyaga yetgach, tug'uruq vaqtida va tasodifan shikastlanish tufayli ham jinsiy kanal bitib ketishi mumkin. Bolalik davrida qizlik pardasi va qin bitib qolsa, hech qanday belgi kuzatilmaydi. Qiz hayz ko'ra boshlagan paytda qorning pastida og'riq va tanglik his qiladi. Hayz muddatlari kelganda, qorinning pastki qismi va bel og'riydi. Bunga, ko'pincha, ko'ngil aynishi, bosh og'rish, bosh aylanishi, yurak o'ynashi, harorat ko'tarilishi va shunga o'xshash belgilar ham qo'shiladi. Betoblik belgilari oy sayin kuchayib, ma'lum vaqtdan keyin doimiy bo'lib qoladi. Keyinchalik, qovuq va ichak funksiyasining buzilish belgilari kuzatiladi (tez-tez zahartang qiladi va ich qotadi). Nihoyat, bemor ayol qorni sekin-asta kattalashayotganini sezadi. Bachadon bo'yni kanali va qin ochiq bo'lib, qizlik pardasi bitib ketgan bo'lsa, hayz qoni qinda yig'ilib, qizlik pardasi do'ppayib chiqadi. Qon yana to'plana borib, qinni har tomonga cho'zadi va qonli o'sma — gematokolpos (*hematocolpos*) paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Qin kengayib ketgandan keyin jarayonga bachadon ham qo'shiladi. Bachadonning avval bo'yni, so'ngra bo'shlig'i kengayib, (gematometra) va gematokolpos vujudga keladi. Bachadon bo'ynining kanali bitib qolgan bo'lsa, gematometra birlamchi tartibda hosil bo'lishi ham mumkin. Qin va bachadondagina emas,

Fallopdiy naylarida ham qon to'planib, ayni vaqtda Fallopdiy naylarining ampular qismlari yopishib qoladi. Ichki jinsiy a'zolarining shu tariqa cho'zilishi oqibatida to'plangan qon ba'zan deyarli butun kichik chanoq bo'shlig'ini egallaydi. Bu boshliqda to'plangan qon quyuv yumshoq bo'lib, jigarrang tusga kiradi, qora moydek quyuv bo'lib qoladi. Bu qon tanachalarining parchalanishiga, shaklli elementlarining aynab, cho'kib tushishiga, shilimshiq va ko'chgan elementning qo'shilishiga bog'liq. Yiring paydo qiluvchi bakteriyalar qinga kirganda to'plangan qon yiringlaydi; bachadonda yiring to'planadi, bunga piometra deyiladi. Bu kasallikni aniqlash unchalik qiyin emas. Jinsiy a'zolar tekshirilganda qizlik pardasi, qin yoki bachadon bo'ynining bitib qolganligini barmoqlar yoki zond bilan tekshirish mumkin. Bilqillagan yumshoq o'sma borligi to'g'ri ichak orqali tekshirilganda qo'lga seziladi. Atreziyalar operatsiya yo'li bilan davolanadi. Qizlik pardasi va qinning pastki bo'limi bitib ketganda shu joydan qinning teshigini berkitib turgan to'siqni olib tashlash va uni tikish bilan kifoyalanadi. Servikal kanal bitib ketganda bachadon shu joydan yuqoriroqdan teshiladi. Bunday operatsiyani qilishning iloji bo'lmaganda bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

Bachadon va qin Myuller yo'llarida rivojlanadi, bu jarayon homilaning ona qornidagi hayotining ikkinchi oyi oxiriga to'g'ri keladi. Myuller yo'llarining bir-biriga qoshilmaydigan yuqori qismlarida esa Fallopdiy naylari hosil bo'ladi. Homilaning ona qornidagi hayoti vaqtida Myuller yo'llarining qo'shilishi jarayonida quyidagi sabablarga ko'ra rivojlanish nuqsoni kelib chiqishi mumkin:

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

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

Myuller yo'llari chala rivojlanganda va qo'shilmay qolganida ikkita rudimentar bachadon vujudga keladi. Ona qornidagi hayot vaqtida faqat bitta Myuller yo'li taraqqiy etsa, bir shoxli bachadon

(*uterus unicornis*) vujudga keladi. Bir shoxli bachadon tanasi, odatda, yoy shaklida yonga qiyshayib, yuqoriga tomon sekin-asta torayib boradi va sezilmasdan Fallopiy nayiga o'tadi. Bu nuqsonda qin aksari tor bo'lib qoladi, chunki u juft organing bitta yarmidan taraqqiy etadi. Tuxumdon va Fallopiy nayi, odatda, normal rivojlanadi. To'la rivojlangan bir shoxli bachadon normal ishlaydigan bo'lgani uchun, odatda, hech qanday kasallik belgilarini keltirib chiqarmaydi. Bunday bachadonli ayol ham xuddi bachadoni normal ayoldek bo'yida bo'lishi mumkin, ayni vaqtda homiladorlik va tug'uruq normadan o'zgarmay o'tishi ham mumkin.

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

Boshlang'ich shox sal rivojlangan bo'lsa, muskul to'qimasi qalinroq bo'lib, shox ichida bo'shliq ko'rinadi. Shilliq parda bilan bu bo'shliq bilinar-bilinmas yo'l orqali bachadon bo'shlig'iga tutashadi, ba'zan bachadonga tutashmay qolishi ham mumkin. Shox bachadon tanasiga tutashgan bo'lsa, hayz qoni bachadon bo'shlig'i orqali qinga chiqadi; tutashmagan bo'lsa, qo'shimcha shoxda qon to'planadi, natijada rudimentar shox devori yorilib, ichga qon ketadi. Agar rudimentar shoxda homiladorlik bo'lsa, ona sog'lig'i uchun jiddiy xavf tug'diradi. Bachadon va qo'shimcha shox bir-biri bilan tutashganda ham bunday homiladorlik ro'y berishi mumkin. Bu homila urug'langan tuxum hujayraning sirtidan (qorin bo'shlig'i ichidan) siljib kelishi tufayli rivojlanadi. Rudimentar shoxdagi homiladorlik kechishi va natijalari jihatidan bachadondan tashqaridagi homiladorlikka o'xshaydi, shu sababli bu nuqson operatsiya yo'li bilan bartaraf etiladi. Chala rivojlanishning yuqori darajasida bachadonning ikkala yarmi bir-biridan batamom ajralib qoladi, bu qo'shbachadon (*uterus didelphus*) deb ataladi. Bachadon qo'shaloq bo'lganda aksari siydik-tanosil tizimining tuzilishida boshqa nuqsonlar ham ro'y beradi, ular homilaning yashab ketishiga to'sqinlik qiladi. Voyaga yetgan qizlarda bunday nuqson juda kam uchraydi.

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

ayrim tanasi bitta umumiy bo'yin bilan tutashgan bo'lsa, bunday bachadon *uterus bicornis unicollis* deb ataladi, bu holda bachadon tanasi to'la va qisman ajralgan bo'lishi mumkin. Myuller yo'llarining faqat yuqori qismlari chala qo'shilganda bachadon ba'zan tub sohasida egarga o'xshab botib turadi va u *uterus arcuatus* deyiladi.

Kamdan kam hollarda bachadon bo'shlig'i bitta bo'lganda tashqi teshik ikkita bo'ladi, bachadon bo'ynining kanali to'siq bilan to'la yoki qisman ajralib turadi, bunga qo'sh bo'shliqli bachadon (*uterus septus duplex*) deyiladi. Bachadon bo'shlig'i bitta bo'lgani holda ba'zan tashqi teshik ikkita bo'ladi, lekin bachadon bo'ynining kanali to'siq bilan butunlay yoki qisman ajralib turadi, bunday bachadon *uterus biforis* deyiladi. Bachadon bo'shlig'i nuqsonlari yuqori darajada yetilmagan bo'lsa hech qanday belgi va shikoyatlar kuzatilmaydi. Ikkala bachadon bir xilda rivojlanganda har qaysisida homila bo'lishi mumkin. Ikkita bachadonning birida homila bo'lganda, ikkinchisi yumshaydi, hajmi ozgina kattalashadi va ichida tug'uruq vaqtida yoki tug'uruqdan keyingi davrda haydalib chiqadigan parda bo'ladi, tug'uruq normal o'tadi.

Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsonlari. Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsonlari nisbatan kam uchraydi. Bu nuqsonlar ba'zan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Ba'zan shu nuqson bilan birga, qorin old devorining pastki qismi, qov birlashmasi (simfiz), klitor va qovuq sfinkteri ikkiga ajralgan (kertik) bo'ladi. Siydik chiqarish kanali orqa devorning chala rivojlanishining (*gipospadiya*) belgisi shuki, uretra teshigi qin dahlizida bo'lmay, qinning ichida bo'ladi.

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

Germafroditizm. Chin germafroditizm nuqsonida jinsiy bezlarda erkak va ayol elementlari bo'lishi bilan birga, har bir bez o'z jinsiga ega baravar ishlay beradi. Tashqi yoki ichki jinsiy a'zolarining normal tuzilishi yoki jinsiy a'zolar tuzilishining ikkilamchi jinsiy belgilariga mos kelmasligi sababli xunasalik (germafroditizm) kelib chiqadi. Bunday holatni soxta germafroditizm yoki psevdogermafroditizm deb atash to'g'ri bo'ladi, chunki jinsiy a'zolarining tuzilishi va

ikkilamchi jinsiy belgilar emas, balki faqat jinsiy bez va uning ishlashi belgilab beradi. Soxta germafroditizm erkak va ayol psevdogermafroditizmiga bo'linadi.

Ayol psevdogermafroditizmida klitor ancha kattalashib, cheti yaqqol ko'rinadi, katta va kichik lablar bir-biriga yopishgan bo'ladi; jinsiy belgilar ayolga xos tipda bo'ladi. Erkak psevdogermafroditizmida jinsiy bez erkakka xos tipda bo'ladi. Chala rivojlangan jinsiy olat gipertrofiyalangan klitorga o'xshaydi; uretra teshigi chala taraqqiy etsa, jinsiy olat ustida, pastroqda joylashadi; ikkiga ajralgan yorg'oq (moyak xaltasi) katta jinsiy lablarga o'xshab ketadi; moyaklar qorin bo'shlig'ida yo butunlay tushmaydi, yo chov kanali, yoxud jinsiy lablarda bo'lib, paypaslaganda qo'lga unmaydi. Erkak psevdogermafroditizmi ayolnikiga nisbatan ko'proq uchraydi. Shunga asoslangan holda, bunday shaxslarni, shubhali hollarda erkak tipiga qo'shish kerak.

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

Soxta germafroditizm. Ichki va tashqi jinsiy a'zolar anatomik tuzilishi jihatidan shu jinsga xos bo'lmaydi. Ayollardagi soxta germafroditizm tashqi, ichki, to'la bo'ladi.

Tashqi soxta germafroditizmida klitor odatdagidan katta va kichik jinsiy lablar bir-biriga yopishib ketgan bo'ladi. Jinsiy bezlar ayollar tipida, bachadon, bachadon naylari va qin yetarlicha rivojlangan bo'ladi. Ichki germafroditizm tuxumdon, bachadon naylari, bachadon, qin naylari bo'lgani holda, prostata beziga o'xshab ketadi. To'la soxta germafroditizmida ichki va tashqi germafroditizm bir vaqtda uchraydi.

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

Davosi. Operatsiya yo'li bilan davolanadi.

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

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

Bepushtlik, bepushtlik haqida tushuncha. Bepushtlik deb, erkak va ayol 2 yil davomida kontratsepsiya vositalaridan foydalanmay jinsiy hayot kechirib homilador bo'lmashligiga aytiladi.

Bepushtlik erkaklarda ham, ayollarda ham bo'ladi. Ayoldagi bepushtlik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ayol biror marta ham homilador bo'lmagan va uning kasalligi anamnezidan tekshiruvlar natijasida aniqlansa, bu birlamchi bepushtlik bo'ladi.

Ikkilamchi bepushtlikda avval homilador bo'lgan, tug'gan yoki homilasi tushgan, abort qildirgan, bachadondan tashqari homiladorlik bilan tugagan bo'ladi.

Ayoldagi bepushtlikni modda almashinuvining buzilishi, ovqatlanishdagi kamchiliklar, avitaminoz, asabning doimiy tarangligi, ruhiyatidagi buzilish kabi holatlar keltirib chiqaradi. Ko'p hollarda bachadonning va bachadon ortiqlarining yallig'lanishi kasalligi, jinsiy rivojlanishdan orqada qolish bepushtlikka olib keladi. Yalig'lanish natijasida ayolning bachadon naylari, bachadon nayining ampular qismi bekilib qoladi, oqibatda, urug'langan tuxum bachadon nayidan o'tolmaydi.

Ayollar bepushtligi. Ayollar bepushtligi sababi ovulatsiyaning buzilishi, reproduktiv tizimning anatomik nuqsonlari, bachadon va qinning gipoplaziyasi, infantilizm, tuxumdon yetishmovchiligi, bachadon naylari spermatozoid o'tkazish qobiliyatining susayishi va jinsiy a'zolarining yalig'lanish kasalliklari hisoblanadi. Ayollar bepushtligi ko'p hollarda faqat jinsiy tizimdagi patologik o'zgarishlar emas, balki boshqa a'zoldagi kasalliklar natijasida ham kelib chiqadi. Ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi jarayonidagi belgilarga

og'riq, ajralmalar, bachadondagi miomadan qon ketishi va boshqa holatlar misol bo'ladi. Gormonal bepushtlikda tuxumdon ovulator funksiyasining boshqarilishi va uning buzilishi kuzatiladi. Natijada ovulatsiya sodir bo'lmaydi. Ayollarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va uning asoratlari bepushtlikka (60—70%) sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, bachadon va uning ortiqlarining yallig'lanishi bachadon nayining faoliyatini, o'tkazuvchanligini buzadi. Bu esa, o'z navbatida, tuxumdon faoliyatining funksional buzilishiga olib keladi. Ayollarda bachadon nayining zararlanishi ko'pincha so'zakli salpingit asoratidan so'ng ham kelib chiqadi.

Ayol bepushtligiga sabab bo'luvchi omillar:

- jinsiy maylning buzilishi;
- giperprolaktinemiya;
- gipotalamo-gipofizar qismning organik buzilishi;
- FSG darajasining ko'payishi natijasida amenoreya;
- hayz siklining buzilishi;
- jinsiy a'zolarining tug'ma nuqsonlari;
- bachadon naylari ikki taraflama o'tkazuvchanligining buzilishi;
- endometrioz;
- jinsiy a'zolar sili;
- jinsiy a'zolar o'sma kasalliklari;
- immunologik omillarning ta'siri.

Erkaklar bepushtligi. Erkaklar bepushtligiga ko'p hollarda spermatogenezning buzilishi sabab bo'ladi. Klinik andrologiyaning asosiy muammolaridan biri bepushtlik hisoblanadi. Erkak jinsiy a'zolarining bepushtligiga asosiy sabab quyidagilardan iborat:

1. Erkak urug'i doimiyligining buzilishi:
 - FSG va PG sekretsiasining buzilishi;
 - giperprolaktinemiya.
2. Urug'ning birlamchi buzilishi:
 - idiopotik;
 - varikosele;
 - xromasom;
 - kriptorxizim;
 - orxitlar;
 - kimyoviy agent va dorilarning ta'siri;
 - surunkali kasalliklar;

— immunologik kasalliklar;
— urug' ipchalarining bo'lmashligi oqibatida spermatozoidlar harakatining sustligi.

3. Urug' chiqaruvchi yo'l o'tkazuvchanligining buzilishi:

— tug'ma;
— yallig'lanish oqibatida.

4. Qo'shimcha jinsiy bezlarning buzilishi:

— prostatit;
— vezikulit;
— urug' yo'li va moyakning tug'ma yo'qligi.

5. Jinsiy hayotning buzilishi:

— jinsiy aloqaning kamligi;
— spermitsit va kremlarni qo'llash;
— impotensiya;
— retrograd ejakulatsiya;
— gipospadiya.

6. Ruhiiy omillarning ta'siri.

7. Yuqumli kasalliklar (sil, so'zak, brutselloz) ta'siri.

Nasl qoldirishda erkakning roli yetilgan tuxum hujayrani urug'lantirish hamda erkak spermatozoidining yarim genetik materialini kiritish yo'li bilan erkak individumi irsiy belgilarini uzatishdan iborat. Spermatozoid 72—74 kun davomida rivojlanadi.

Mijoz sustligi. Jinsiy zaiflik, impotensiya — normal jinsiy aloqa qila olmaslik. Bunday holat jinsiy funksiyaning buzilishiga, jinsiy maylni susayishiga yoki yo'qolishi, jinsiy olatning to'lishib, tarang tortmasligi (ereksiya) va shahvat kelmasligi (ejakulatsiya)ga aloqador bo'lishi mumkin. Mijoz sustligining sabablari jinsiy a'zolar, endokrin tizim, periferik nervlar va bosh miya oily bo'limlari funksiyasining buzilishiga bog'liq. Mijoz sustligi mustaqil kasallik bo'lmay, odatda, azaldan mavjud kasallik yo'ldoshi bo'lib boradi. Mijoz sustligi bosh miya yoki ayrim ichki sekretiya bezlaridagi o'zgarishlar tufayli ro'y bergan ba'zi endokrin kasalliklarda, olatga boradigan nerv tolalari, orqa miya shikastlanganda uchraydi. Mijoz sustligining ejakulatsiya buzilishidan, ya'ni bemavrid shahvat kelishidan iborat ko'rinishi, odatda, boshqa alomatlariga qaraganda ertaroq boshlanib, bu turli urologik kasalliklarga, qovuq ishi va jinsiy funksiyalarni idora etadigan, bosh miyada joylashgan nerv markazlari faoliyatining buzilishiga bog'liq bo'lishi mumkin. Mijoz sustligi og'ir kechinmalarga va er-xotin o'rtasiga sovuqlik tushib qolishiga sabab

bo'ladi. Bunday holat odamning o'zidagi ba'zi fiziologik o'zgarishlar tufayli jinsiy hayotning qovushmasligini noto'g'ri talqin qilishidan, o'z juftining sovuqroq munosabatda bo'lishi va boshqalardan kelib chiqadi. Erkaklar pushtsizligining sekretor turi spermatogenez buzilishi bilan xarakterlansa ekskretor turi sperma ajralishining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Normal spermogramma parametrlari:

1. Eyakulat miqdori — 2—5 ml.
2. Eyakulatda spermatozoidlarning umumiy miqdori 50 mln. dan ko'p.
3. Aktiv harakatchanlik 50% dan yuqori.
4. Agglutinatsiya yo'q.
5. pH — 7,2—7,8.
6. Leykotsitlar 1,0 gacha.

Bepushtlikni tekshirish usullari. Bunda anamnez (hayz va ovulatsiya anamnezi), sistem kasalliklari, o'tkazilgan jarrohlik muolajalari, yallig'lanish kasalliklari so'rab-surishtiriladi. Gormonal tekshirish (LG, FSG, prolaktin, testosteron) o'tkaziladi. Hayz siklining 6—8-kunida gisterosalpingografiya, ovulatsiya kunlarida — gidrotubatsiya o'tkaziladi. Follikulalar o'sishining ultratovush biometriyasi o'tkaziladi. Hayz siklining 12—14-kunlarida postkoital test (PKT) o'tkazish, laparoskopiya, hayz boshlanishidan 2—3 kun oldin endometriy biopsiyasi o'tkazish ham yaxshi natija beradi. Erkak spermasi tahlil qilinadi.

Tekshirish tartibi:

1. Birlamchi so'rab-surishtirish.
2. Umumiy tibbiy tekshiruv.
3. Urogenital tekshiruv.
4. Terapevt, genetik va seksopatolog tekshiruv.

Laborator tekshiruv.

1. Spermogramma.
2. Prostata suyuqligi sitologik tekshiruv.
3. Xlamidiaz, ureaplazmoz, mikoplazmoz, sitomegalovirus, oddiy virusli herpes infeksiyasini aniqlash.
4. Spermani bakteriologik tekshirish.
5. Antispermial antitanani aniqlash.
6. Kichik chanoq a'zolarini UTT qilish.
7. Qalqonsimon bezni UT qilish.
8. Moyak a'zolari termografiyasi.
9. Gormonli skrining.

10. Tibbiy-genetik tekshiruv.

11. Rentgenologik usul (bosh suyakni tekshirish va buyraklar flebografiyasi).

12. Testikular biopsiya.

Ikkilamchi bepushtlik holatida diagnostik tekshirishlar to'g'ridan to'g'ri bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tekshirishdan boshlanadi. Eng qulay usul pertubatsiya (bachadon naylariga puflash)dir. Bu usul hayz siklining 17-kunidan 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 (qovirg'a ostida og'riq) paydo bo'ladi. Bu usulning kamchiligi — 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 pertubatsiya usulidagidek. Tashqi jinsiy a'zolar tekshirishga tayyorlangandan keyin shpris yordamida bachadon boshlig'iga ilitilgan kontrast modda yuboriladi. Kontrast modda uchun moyli yoki suvli eritmadan foydalaniladi. Kontrast vosita yuborilgandan keyin bachadon 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.

Bepushtlik davosi. Bepushtlik sababi aniqlangandan so'ng davolash boshlanadi.

Bachadon naylari yopiq bo'lganda gidrotubatsiya bilan bachadon boshlig'iga bosim ostida lidaza, gidrokortizon, fiziologik eritma bilan antibiotiklar yuboriladi, fizioterapevtik muolaja bilan o'tkaziladi. Davolash kursi kunora 5—6 marta bo'lib, hayz ko'rish davri orasida o'tkaziladi. Gormonal bepushtlik esa umumiy quvvatlovchi preparatlar, gormonlar bilan bog'liq holda davolanadi.

Ovulatsiya siklini tiklashda klomifen, klostelbegit, pregnil, parlodel va boshqa dorilar ishlatiladi. Agar davo terapiyasi natija bermasa, sun'iy urug'lantirish muolajasi o'tkaziladi. Buning uchun ayolga hayz siklining o'rtasida 14—15-kuni 5 kun ichida kunora bachadonga spermatozoid yuboriladi (ko'pgina hollarda yaxshi natija beradi).

Ekstrakorporal urug'lantirish va embrion transplantatsiyasi nisbatan yangi, ancha murakkab va qimmat davolash usullaridan biri bo'lib, bu odam tuxum hujayrasini in vitro sharoitda urug'lantirish, uni urchitish va embrionni bachadonga joylashtirishdan iboratdir. In vitro usuli bilan urug'lantirish muvaffaqiyati dastavval yetilgan oositlar olishning optimal muddatlarini aniqlashga va barcha muolajalarni bajarish texnikasining aniqligiga bog'liq. Yetilgan tuxum hujayrani xirurgik yo'l bilan (follikulalar punksiyasi) ajratib olinadi. Keyin bu tuxum hujayra erkak spermatozoidi bilan mikroskop ostida urug'lantiriladi. So'ng maxsus inkubatorida ma'lum muddatgacha embrion holatigacha o'stiriladi. Bu embrion bachadon bo'shlig'iga kirgiziladi va implantatsiya bo'lishi va homila rivojlanishi kuzatiladi.

Sun'iy inseminatsiya (sun'iy urug'lantirish) hayz siklining o'rtasida ovulatsiya davrida o'tkaziladi. Bunda erkak yoki donor spermasi hayz siklining 13—15—17-kunlari qinga quyiladi. Normada ayolda urug'lanish kuzatiladi. Agar urug'lanish bo'lmay, homiladorlik kuzatilmasa, bu muolaja 3 oy davomida har oyda takrorlanadi.

Bepushtlik profilaktikasi bepushtlikka qarshi kurash choratadbirlaridan iborat. 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 asoratlar qoldirishi, bachadon va bachadon ortiqlarida xavfli yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zolar kasalliklari vujudga kelishi mumkin. Bularning hammasi bepushtlikka 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 bepushtlik bilan azob chekayotgan er va xotinning har ikkoviغا alohida tushuntirish ishlari olib borishni bilishi, ya'ni tibbiy tekshiruvlarga (sperma yig'ish va topshirish, bachadon naylarining o'tkazuvchanligini aniqlash funksional test-tashxisi va boshqalarga) tayyorlashni tushuntirishi kerak. Bepushtlikning barcha diagnostik muolajalarida (bachadon bo'shlig'ini qirish, rentgen muolajalari va boshqalar) yordamchi sifatida ishtirok etish tibbiyot hamshirasining vazifasiga kiradi. Nikoh gigiyenasi qoidalariga rioya qilish bepushtlikning oldini oladigan vositalardan biridir. Barvaqt boshlangan jinsiy hayot ayol butun organizmi funksiyalarining buzilishiga olib keladi. 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 etishi shart. Shuni aytib o'tish kerakki, reabilitatsion davolash qancha tez boshlansa, ijobiy natija darajasi shuncha yuqori bo'ladi.

5.7. Klimakterik va keksalik davrida tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatish

Klimakterik davr (yunoncha klimakter) pog'ona, o'tish davri degani. Bu davrda tuxumdonning funksiyasi asta-sekin so'na boshlaydi va to'liq to'xtaydi. Bu davr boshidan oxirigacha 10 yil davom etadi. Ba'zi bir ayollarda klimakterik davr 45—47 yoshdan, ba'zilarida esa 50, hatto 55 yoshdan boshlanishi mumkin.

Klimakteriya ko'pincha hayz siklining buzilishi bilan boshlanadi. Dastlab hayz ko'rish kamayadi, ya'ni 2—3 oy to'xtab, so'ngra davom qiladi, keyinchalik hayz ko'rishda yo'qotiladigan qon miqdori kamayadi yoki ko'payadi yoxud hayz ko'rish kechikadi va ayni vaqtda bunda yo'qotiladigan qon miqdori kamayadi.

Bir necha yil davomida hayz siklining buzilishidan keyin (kechikishi, yo'qotiladigan qon miqdorining kamayishi yoki ko'payishi) hayz asta-sekin to'xtashi (menopauza) mumkin. Klimakteriyaning menopauzaga bu shaklda o'tishi, odatda, litik shakl deyiladi; kritik shaklda esa normal hayz ko'rish to'satdan to'xtaydi.

Menopauza — oxirgi menstruatsiyadan keyin bir yil davomida hayz ko'rmalik. O'zbekiston tug'ish bo'yicha yuqori ko'rsatkichli region hisoblanadi. Ko'p tug'ish gipofizar — tuxumdon sistemasini toliqtiradi, klimakterik davrning patologik o'tishiga olib keladi. Klimakterik sindromda ayolning jamiyatda va oilada aktivligi susayadi. O'zbekistonda aholining 51,2% ini ayollar tashkil etadi, shundan o'rtacha 37% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi.

Hayz siklining buzilishi. 60% hollarda gipomenstrual tipda, 32% gipermenstrual tipda, 8% hollarda bir vaqtda to'xtaydi.

Klimakteriya protsessining taraqqiyoti uch fazaga bo'linadi. Birinchisi giperfollikulin faza bo'lib, estrogenning (follikulin) ko'p miqdorda ajralib, organizmda ko'payishi va natijada amenoreya yoki qon ketishiga va boshqa buzilishlarga sabab bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Ikkinchi faza — oligofollikulin fazasida follikulin nihoyatda kam ajraladi va ayolda klimakteriya alomatlari yuzaga chiqqan boshlaydi.

Uchinchi — poliprolan fazada esa gipofiz oldingi bo'lagining funksiyasi oshadi va ayol organizmida ko'p miqdorda gormonlar yig'iladi. Tuxumdon funksiyasi so'nadi, estrogenlar ajralmaydi, klimakteriya alomatlari, odatda, tugaydi.

Hayz butunlay to'xtagandan va turg'un menopauza boshlangandan keyin tuxumdon asta-sekin kichiklasha boradi, burishib qattiqlashadi, qon tomirlarida skleroz alomatlari ko'rinadi; bachadon naychalari ham atrofiyaga uchraydi. Ularning to'qimasi burishib, yupqalashadi, bo'shlig'i torayadi. Bachadon bo'ynining qin qismi atrofiyalanadi. Tashqi jinsiy organlar burishib, qov va jinsiy lablar ustidagi junlar asta-sekin kamaya boradi. Klimakteriya davrida ayol organizmida yuqorida ko'rsatib o'tilgan anatomik o'zgarishlardan tashqari, klimakteriyaning ikkinchi fazasida yana qator funksional buzilishlar yuzaga keladi. Bularga ko'p uchraydigan va vazomotor xarakterga ega bo'lgan buzilishlar kirib, ular yuz, bo'yin, bosh va ko'krakda, ba'zan esa tananing hamma joyida qon dimlanishi bilan yuzaga chiqadi. Odatda, bunday qon dimlanishidan keyin ayol ko'p terlaydi. Ayollarda vazomotor xarakterdagi bunday buzilishlar klimakterik davrda sutkaning turli soatlarida, ayniqsa, tunda yaqqol yuzaga chiqadi. Bunda yurak faoliyati buziladi, ba'zan yurak sohasida og'riq, shuningdek, tashvishlanish vujudga keladi, qon bosimi turg'un bo'lmaydi, ko'pincha qabziyat ko'riladi; ishtaha yo'qoladi, jig'ildon qaynaydi, uyqu notinch bo'lib qoladi.

Ayollarda qon dimlanishidan ba'zan klimakterik davrda artrit, gipertoniya, diabet va boshqa xil murakkablanishlar sodir bo'ladi. Bu xildagi kasalliklar ayolda klimakteriya davridan ilgari boshlanishi va bu davrda yanada kuchayishi mumkin. Bunday hollarda charchash, lanjilik, bosh aylanish, quloqda g'uvullagan tovush paydo bo'ladi. Kompleks davolash tadbirlaridan spetsifik davolash va estrogenlar qo'llash tavsiya etiladi.

Ko'p ayollarda klimakteriya davrida biror o'zgarish yuz bersada, bu ularning umumiy holatiga ta'sir etmaydi. Bunday hollarda bu o'zgarishlar biroz vaqtdan so'ng yo'qoladi va klimakteriyaning oxirgi fazasi — turg'un menopauza vujudga keladi. Agar klimakteriya davridagi buzilishlar intensiv xarakterga ega bo'lsa, bunday ayollarni davolashga to'g'ri keladi.

Nimaga klimakterik davr boshlanadi?

- Follikulalar atreziyaga uchraydi.
- Ayollarda ayollar jinsiy gormoni estrogenning kamayishi kuzatiladi.
- Gonadotrop gormonning ko'p sekretsiyasiga qarshi reaktivlik susayadi yoki tugaydi, menopauza boshlanadi.

Estrogen gormonining butun organizmga ta'siri:

1. Jinsiy organlarga ta'siri:

a) follikulalar yetilishiga, bachadonning rivojlanishiga ta'sir qiladi, homiladorlik va tug'uruqqa tayyorlaydi, hayz siklini regulatsiya qiladi;

b) bachadon bo'ynidan shilimshiq chiqishini regulatsiya qiladi, shilimshiq jinsiy aloqani yengillashtiradi;

d) ko'krak bezlarini rivojlantiradi.

2. **Suyakka ta'siri:** suyakni mustahkamlaydi, suyakdagi almashinuvga ta'sir qiladi.

3. **Qon aylanish sistemasiga ta'siri:** yurak va qon tomirlar funksiyasini nazorat qiladi.

4. **Teriga ta'siri:** teri tonusini saqlab turadi.

5. **Psixikaga ta'siri:** miya hujayralarini quvvatlab turadi.

Estrogen gormoni yetishmagandan hayz siklining buzilishi, vegetotomirlar distoniyasi (vazomotor buzilish) issiqlikning buzilishi, terlash, bosh aylanishi kuzatiladi.

Psixonevrologik o'zgarishlar — bosh og'rig'i, uyqusizlik, depressiya, xotiraning sustligi, siydik-tanosil organlar atrofiyasi,

qarilikdagi kolpit, qindagi diskomfort, jinsiy aloqaning buzilishi, siydikni ushlab tura olmaslik holatlari ko'p uchraydi.

Yurak-qon tomir kasalliklari: ateroskleroz, koronar kasalliklari, insult, osteoporoz umurtqa pog'onasi, son va boshqa suyaklarning sinishi kabi asoratlarga olib keladi.

Klimakterik sindrom belgilari:

- vazomotor buzilishlar;
- endokrin almashinuvning buzilishlari.

Psixoebotsional buzilishlar:

- kayfiyatning buzilishi;
- ruhiy tushkunlik;
- hayotdan zavqlanishning susayishi;
- hech kimga kerak emasman, degan fikrning paydo bo'lishi.

Endokrin almashinuvining buzilishi:

- qinning quruqligi;
- siydikning ko'payishi;
- tirnoqlarning mo'rt, sinuvchan bo'lishi;
- sochlarning to'kilishi;
- osteoporoz kabi belgilar ko'zga tashlanadi.

Klimakterik sindromda qo'llaniladigan chora-tadbirdar. Issiqlik ko'tarilishi (yuzning isib ketishi va terlash), jinsiy hissiyotning susayishi va jinsiy aloqada og'riq sezish, osteoporoz va suyaklar sinishining oldini olish, siydikni ushlab tura olmaslik hollari, mijozga yashash tarzini o'zgartirish tavsiya etiladi, sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi.

Issiqlik kamayishi va suyak massasining kamayish mexanizmi:

- ayol jinsiy gormonlari sust ishlab chiqariladi;
- nerv sistemasi fiziologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi;
- suyaklar rezorbsiyasi tezlashadi;
- siydik bilan kalsiy chiqariladi;
- suyak massasi kamayadi;
- qon tomirlar distoniyasi kuzatiladi;
- issiqlik quyilishi susayadi.

Siydikni ushlab tura olmaslik. Oraliq mushaklarining, siydik pufagi pardalarining atrofiyaga uchrashi sababli, siydikni ushlab turish qiyinlashadi.

Tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi:

1. Mijozga tushuntirish kerak.
2. Ruhiy qo'llab-quvvatlash kerak.

3. Chanoq mushaklarini gimnastika muolajalari yordamida mustahkamlash.

4. Kundalik hayotida yordam berish.

Osteoporoz sabablari: mineral almashinuvi buziladi, siydik bilan kalsiy chiqishi kuchayadi. Ichaklarda kalsiy surilishi buziladi, natijada suyak miqdori kamayadi. Suyakning qattiqligi kamayib, osteoporoz rivojlanadi.

Hamshiralik parvarishi:

— osteoporozni aniqlash;

— diyetoterapiya;

— davolovchi gimnastika mashqlarini o'rgatish.

Klimakterik sindromni gormonlar bilan davolash maqsadga muvofiq usullardan hisoblanadi. Ammo ayoldagi gormonal balansni, ya'ni tuxumdonning funksional holatini alohida hisobga olish kerak. Tabiiyki, klimakteriya davrining polifollikulin fazasida estrogenlar bilan davolash yaxshi natija bermaydi, chunki organizmda bu davrda estrogenlar ko'p bo'ladi. Organizmga estrogenlarni qo'shimcha ravishda kiritish ayolning umumiy ahvolini og'irlashtirishi va hatto zararli ta'sir ko'rsatishi ham mumkin.

Ikkinchi — oligofollikulin fazasida organizmda follikulin juda oz miqdorda ajraladi, klimakteriya davrining og'ir hollarida follikulin inyeksiyasi qilish, estrogen yuborish mumkin. Bundan ravshanki, bu estrogen va follikulin bilan davolash tuxumdon funksiyasining yaxshilanishiga yordam berar ekan. Ko'p qon ketganda uni to'xtatish va anemiyaga qarshi kurashish maqsadida bachadon ichini qirishga to'g'ri keladi. Rak bor-yo'qligini aniqlash uchun qirib olingan massani gistologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuborish kerak. Ayolda klimakterik davrda kuzatiladigan turli holatlarni davolashda va ularni profilaktika qilishda ovqatlanish rejimini to'g'ri uyushtirish va gigiyena qoidalariga rioya qilish katta ahamiyatga ega. Klimakteriya davrida ayol ovqatida nerv sistemasini qitiqlaydigan ovqatlar — kofe, achchiq choy, ziravorlar va spirtli ichimliklar bo'lmasligi, shuningdek, u sigaret chekmasligi kerak. Ovqat ratsionida sergo'sht taomlar va qaynatma sho'rva bo'lmasligi, buning o'rniga ko'proq sut-o'simlik mahsulotlari, vitamanga boy ovqatlar kiritilishi kerak. Ba'zi ayollar semirishga moyil bo'ladilar. Shunga ko'ra, ularga yog' va yog'li go'sht, pirojniy, shirin nonlarni kamroq iste'mol qilish tavsiya etiladi. Klimakteriya davrining og'ir hollarida toza havoda bo'lish,

fizkulturaning yengil turlari bilan shug'ullanish, badanni har kuni xona haroratidagi suvga ho'llangan sochiq bilan ishqalash, 35—36° haroratdagi sosna ekstrakti, tuzli vannalar yaxshi ta'sir qiladi. Bunday vannani qabul qilish muddati 15 daqiqadan oshmasligi kerak. Davolayotgan shifokor ayolga klimakteriya davridagi alomatlarining kasallik emasligini, ular parhez va gigiyenik rejimga rioya qilinganda ma'lum vaqtdan so'ng o'tishini va protsessning bartaraf bo'lishini tushuntirishi kerak. Ayolda qon dimlanishi natijasida vujudga kelgan holatlarni yengillashtirish maqsadida, agar ayolda arterial bosim oshgan bo'lsa, ichaklar faoliyatini yaxshilashga yordam beradigan surgi dorilar berish lozim.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Ginekologiya fani nimani o'rganadi?
2. Ginekologik kasali bor ayollarni so'rab-surishtirish.
3. Ayollarni qo'shimcha tekshirish usullari.
4. Hayz faoliyati buzilishi sabablari.
5. Amenoreya sabablari.
6. Birlamchi amenoreya nima?
7. Ikkilamchi amenoreya nima?
8. Hayzoldi sindromi deganda nimani tushunasiz?
9. Klimakterik sindrom nima?
10. Postkastratsion sindrom qachon yuz beradi?
11. Funktsional diagnostik testlar.
12. Disfunktsional qon ketishi nima?
11. Yuvenil qon ketishi nima?
12. Amenoreya qanday davolanadi?
13. Yuvenil qon ketish profilaktikasi.
14. Gipermenoreya, gipomenoreya, polimenoreya, oligomenoreya, opsomenoreya, aligodismenoreya nima?
15. Yallig'lanish kasalliklarining klinik belgilari.
16. Kasalliklarning yuqish yo'llari.
17. Yallig'lanish kasalliklarini tasniflang.
18. Yallig'lanish kasalliklarining diagnostikasi.
19. Pioovarium nima?
20. Piosalpinks nima?
21. Yallig'lanish kasalliklarining asoratlari.
22. Yallig'lanish kasalliklari qanday davolanadi.
23. JYYK ning klinik belgilari.
24. JYYK qaysi yo'llar bilan yuqadi.
25. JYYK ning turlari.

26. Yallig'lanish kasalliklarining diagnostikasi.
27. Yallig'lanish kasalliklarining asoratlari.
28. Yallig'lanish kasalliklari qanday davolanadi?
29. Provokatsiya turlarini ayting.
30. Jinsiy a'zolar silining klinik belgilari.
31. OITS ning oldini olishda qanday choralar ko'riladi?
32. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar profilaktikasi.
33. Bepushtlik nima?
34. Bepushtlikni davolash turlari.
35. Sun'iy urug'lantirish nima?
36. Bepushtlik profilaktikasi.
37. Ayol jinsiy a'zolari rivojlanish nuqsonlarining kelib chiqish sabablari.
38. Bachadonning rivojlanish nuqsonlari.
39. Soxta germafroditizm nima?

NAZORAT UCHUN TEST SAVOLLARI

1. Ichki jinsiy a'zolarga kirmaydi:

- a) qov;
- b) qin;
- d) bachadon;
- e) tuxumdon;
- f) bachadon naylari.

2. Bachadonning lotincha nomlanishi:

- a) xumen;
- b) vagina;
- d) serviks;
- e) uterus;
- f) klitor.

3. Hayz siklida bachadon sikli:

- a) deskvamatsiya;
- b) regeneratsiya;
- d) proliferatsiya;
- e) ovulatsiya;
- f) sekretsia.

4. Ovulatsiya nima?

- a) tuxum hujayraning yetilishi;
- b) yetilgan follikulaning yorilishi, tuxum hujayraning ajralib chiqishi;
- d) follikula yetilishi;
- e) deskvamatsiya;
- f) regeneratsiya.

5. Urug'lanish qayerda yuz beradi?

- a) bachadonda;
- b) tuxumdonida;
- d) bachadon nayining ampular qismida;
- e) qinda;
- f) bachadon naylarida.

6. Homiladorlikning gumonli belgilari:

- a) qon bosimining ko'tarilishi;
- b) hid va ta'm bilishning buzilishi;
- d) tez-tez siyish;
- e) terlash;
- f) pulsning tezlashuvi.

7. Homiladorlik necha kun davom etadi?

- a) 280 kun;
- b) 200 kun;
- d) 365 kun;
- e) 180 kun;
- f) 240 kun.

8. Homilani yo'ldosh bilan bog'lab turadigan tuzilma:

- a) urug' yo'li;
- b) lakuna;
- d) kindik tizimchasi;
- e) bachadon nayi;
- f) buyrak yo'li.

9. Taxminiy tug'uruq muddati qanday aniqlanadi?

- a) oxirgi hayzning birinchi kunidan 3 oy orqaga sanab 7 kun qo'shiladi;
- b) oxirgi hayzning birinchi kuniga 10 oy qo'shiladi;
- d) oxirgi hayzdan 4 oy olib tashlanadi;
- e) oxirgi hayzga 9 oy qo'shiladi;
- f) sanab o'tilganlarning hammasi to'g'ri.

10. Tug'uruq bu:

- a) muddatiga yetgan homilaning tug'ilishi;
- b) homila va yo'ldoshning bachadon bo'shlig'idan tug'uruq yo'llari orqali haydab chiqarilishi;
- d) 38 haftali homilaning tug'uruq yo'li orqali tug'ilishi;
- e) homilaning jarrohlik yo'li bilan tug'ilishi;
- f) hamma javoblar to'g'ri.

11. Tug'uruq biomexanizmi momentlari noto'g'ri ko'rsatilgan qator:

- a) boshning bukilishi;
- b) homila tug'ilishi;

- d) boshning ichki aylanishi;
- e) boshning yozilishi;
- f) boshning tashqi va yelkalarining ichki aylanishi.

12. Yo‘ldoshning tarkibiga kirmaydi:

- a) yo‘ldosh;
- b) qog‘onoq parda;
- d) kindik tizimchasi;
- e) kindikdagi arteriya va venalar;
- f) homila.

13. Chilla davri davomiyligi:

- a) 1 hafta;
- b) 1 oy;
- d) 2 hafta;
- e) 6—8 hafta;
- f) 7—8 hafta.

14. Bachadonning qayta tiklanishi:

- a) implantatsiya;
- b) epitelizatsiya;
- d) involutsiya;
- e) roleferatsiya;
- f) sekretsia.

15. Tug‘uruqdan keyin keladigan ajralma:

- a) plazma;
- b) loxiya;
- d) qog‘onoq suvi;
- e) sut qoldiqlari;
- f) qon.

16. Kam uchraydigan homiladorlik bilan bog‘liq bo‘lgan kasalliklarga kirmaydi:

- a) tetaniya;
- b) osteomalatsiya;
- d) homiladorlik dermatozlari;
- e) homiladorlik bronxial astmasi;
- f) homiladorlik qusishi.

17. Kechki homiladorlik bilan bog‘liq kasallikka taalluqli emas:

- a) qusish;
- b) shish;
- d) nefropatiya;
- e) preeklampsiya;
- f) eklampsiya.

18. Ekstragenital kasalliklar — bu:

- a) jinsiy a‘zolar kasalliklari;
- b) jinsiy a‘zoldan tashqari bo‘lgan kasalliklar;
- d) buyrak kasalliklari;
- e) oshqozon-ichak kasalliklari;
- f) nafas yo‘llari kasalliklari.

19. Nefropatiyaning asosiy 3 ta simptomi:

- a) shish, gipertoniya, proteinuriya;
- b) qusish, so‘lak oqishi, ko‘ngil aynishi;
- d) shish, qusish, tetaniya;
- e) qayt qilish, qusish, proteinuriya;
- f) preeklampsiya, shish, qusish.

20. Bachadon gipotoniyasiga olib keluvchi sabablarga taalluqli emas:

- a) siydik pufagi va to‘g‘ri ichakning to‘lib ketganligi;
- b) haddan tashqari kuchli dard;
- d) qog‘onoq suvining ko‘pligi;
- e) bachadon noto‘g‘ri rivojlanganligi;
- f) muddatiga yetmagan homiladorlik.

21. Bachadon gipotoniyasi — bu:

- a) bachadon muskullari qisqarishining susayishi;
- b) bachadonning kuchli qisqarishi;
- d) bachadon muskullari qisqarishining yo‘qolishi;
- e) dardning kuchliligi;
- f) dardning sustligi.

22. Epiziotomiya — bu:

- a) oraliqni ko‘zdan kechirish;
- b) oraliqning yirtilish xavfi bo‘lganda oraliqni o‘rtasidan qirqish;
- d) oraliqning yirtilish xavfi bo‘lganda oraliqni yon tomoniga qirqish;

- e) oraliqni butunligini tiklash maqsadida tikish;
- f) oraliqni, tug'uruq yo'llarini ko'zdan kechirish.

23. Gemorragik shok yuzaga kelishida xarakterli:

- a) gipotoniya;
- b) bradikardiya;
- d) poliuriya;
- e) proteinuriya;
- f) aritmiya.

24. Gemorragik shokda qanday taktika qo'llaniladi?

- a) arterial bosim pasaytiriladi;
- b) qonning sirkular hajmi to'ldiriladi;
- d) gemoglobin miqdori aniqlanadi;
- e) buyraklar faoliyati tekshiriladi;
- f) jigar faoliyati tekshiriladi.

25. Mastit profilaktikasini qachon boshlash kerak?

- a) homiladorlik davrida;
- b) tug'uruq davrida;
- d) chilla davrida;
- e) bolani emizishdan oldin;
- f) bolani emizishdan keyin.

26. Sertitsemiya — bu:

- a) qonga kirgan mikroblar ko'payib, qon bilan butun organizmga tarqalishi;
- b) qonga mikroblar tushishi;
- d) a'zo va to'qimalarda septik infeksiya yangi o'choqlarining paydo bo'lishi;
- e) organizm himoya funksiyasining yo'qolishi;
- f) bachadon yallig'lanishi.

27. Septik shokning og'ir asorati:

- a) ayol o'limi;
- b) anuriya;
- d) o'tkir buyrak yetishmovchiligi;
- e) oligouriya;
- f) roliuriya.

28. FunkSIONAL diagnostik tekshirish usullariga kirmaydi:

- a) qorachiq simptomi;
- b) bazal haroratni o'lchash;
- d) bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanligi;
- e) bachadon bo'yni shillig'ining kristallga aylanishi;
- f) qinni ko'zgu yordamida tekshirish.

29. Bazal harorat qayerdan o'lchanadi?

- a) to'g'ri ichakdan;
- b) qo'ltiq ostidan;
- d) og'izdan;
- e) quloqdan;
- f) kaftdan.

30. Qin ko'zgular yordamida tekshirilganda aniqlanadi:

- a) qin shilliq qavati holati, uzunligi, ajralma bor-yo'qligi;
- b) tashqi jinsiy a'zolar holati;
- d) bachadon holati;
- e) ichki jinsiy a'zolar holati;
- f) tuxumdonlar holati.

31. Laparoskopiya — bu...

- a) qorin old devori orqali vizual tekshirish;
- b) bachadon bo'ynini tekshirish;
- d) ayol biror marta ham hayz ko'rmasligi;
- e) ichki jinsiy a'zolari aniqlash;
- f) tashqi jinsiy a'zolari tekshirish.

32. Gipermenoreya — bu ...

- a) hayz qoni miqdorining ko'payishi;
- b) 6 oy va undan ortiq vaqt davomida hayz ko'rmaslik;
- d) ayol biror marta ham hayz ko'rmasligi;
- e) tez-tez hayz ko'rish;
- f) kam hayz ko'rish.

33. Gipomenoreya — bu ...

- a) hayzda ajralayotgan qon miqdorining kam bo'lishi;
- b) 6 oy va undan ortiq vaqt davomida hayz ko'rmaslik;
- d) hayz ko'rmaslik;
- e) tez-tez hayz ko'rish;
- f) kam hayz ko'rish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *N.E. Kretova, L.M. Smirnova.* Akusherlik va ginekologiya. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1991.
2. *A.I. Serebrov.* Ginekologiya. Toshkent, 1991.
3. *R. Xo'jayeva, X. Saburov.* Homilador ayol va emizikli onaning hayot tarzi. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1991.
4. *Y. Shodiyeva.* Sog'lom turmush tarzi: ijtimoiy gigiyenik va ekologik muammolar. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1991.
5. *B.A. Zagrebina, A.M. Torchinov.* Гинекология. Медицина, Москва, 1987.
6. *T.Y. Пшеничникова.* Бесплодие в браке. Медицина, Москва, 1991.
7. *A.A. Qodirova, Y.K. Jabborova.* Akusherlik. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1993.
8. *A. B. Pogorelova.* Ayollarni homiladorlik, tug'uruq va chilla davrlarida kuzatish usullari (uslubiy qo'llanma). Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1993.
9. *A.A. Qodirova, V.E. Ashurova.* Akusherlikdagi jarrohlik amaliyoti. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent, 1999.
10. *B.И. Бодяжина.* Акушерство. Медицина. Москва, 2000.
11. O'zbekiston Respublikasining Davlat dasturlari: «Sog'lom avlod uchun», «Ona va bola».
12. Internet ma'lumotlari.

MUNDARIJA

| | |
|---|-----|
| Kirish | 3 |
| <i>1-bob. «AYOLLARDA PARVARISH XUSUSIYATLARI» FANINING UMUMIY ASOSLARI</i> | |
| 1.1. Ayollarda parvarish xususiyatlari va ularga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni | 4 |
| 1.2. Ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi. Jinsiy hayot haqida tushuncha | 5 |
| <i>2-bob. AYOL HAYOTINING DAVRLARI</i> | |
| 2.1. Reproduktiv davr va unda tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi xususiyatlari | 23 |
| 2.2. Urug'lanish va homiladorlik. Homiladorlik davrida uchraydigan muammolarda tibbiy-ijtimoiy xodimning o'rni | 25 |
| 2.3. Tug'uruq haqida tushuncha, tug'uruqqa tayyorgarlik ko'rishda tibbiy-ijtimoiy xodimning roli | 46 |
| 2.4. Chilla davri fiziologiyasi haqida tushuncha va tug'gan ayolni parvarishlash | 63 |
| 2.5. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash xususiyatlari | 74 |
| <i>3-bob. HOMILADORLIK DAVRIDAGI PATOLOGIK HOLATLAR</i> | |
| Patologik homiladorlikda ayollarga tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi xususiyatlari | 85 |
| <i>4-bob. KONTRATSEPSIYA TURLARI VA ULARNI QO'LLASH USULLARI</i> | |
| Kontratseptiv vositalar haqida tushuncha va ularni qo'llashda tibbiy-ijtimoiy xodimning vazifalari | 95 |
| <i>5-bob. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR</i> | |
| 5.1. Ginekologiya fani haqida tushuncha, ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari, ularga yordam ko'rsatishda tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi | 104 |

| | |
|---|-----|
| 5.2. Hayz faoliyatining buzilishi haqida tushuncha. Jinsiy yetilish, jinsiy yetuklik va klimakterik davrning o'ziga xos xususiyatlari | 123 |
| 5.3. Jinsiy yetilish, jinsiy yetuklik va klimakterik davrlarda hayz siklidagi o'zgarishlar | 136 |
| 5.4. Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklarida uyda tibbiy-ijtimoiy parvarish xususiyatlari | 137 |
| 5.5. Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar | 146 |
| 5.6. Ayollar jinsiy a'zolarining o'smaoldi va o'sma kasalliklarida tibbiy-ijtimoiy xodim parvarishi | 158 |
| 5.7. Klimakterik va keksalik davrida tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatish | 195 |
| Nazorat uchun test savollari | 202 |
| Foydalanilgan adabiyotlar | 208 |

LUTFIYA NE'MATOVNA YARASHOVA,
FERUZA TOIROVNA ASQAROVA

AYOLLARDA PARVARISH XUSUSIYATI

Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2012

Muharrir *B. Xudoyorova*
Badiiy muharrir *Sh. Oditov*
Texnik muharrir *F. Samadov*
Musahhib *M. Ibrohimova*

Nashriylik litsenziyasi AI № 166, 23.12.2009-y.
2012-yil 17-sentabrda chop etishga ruxsat berildi. Bichimi 60×90¹/₁₆.
«Tayms» harfida terilib, ofset usulida chop etildi. Bosma tabog'i 13,25.
Nashr tabog'i 12,0. 686 nusxa. Buyurtma 67.
Bahosi shartnoma asosida.

«ILM ZIYO» nashriyot uyi, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30-uy.
Shartnoma № 33—2012.

«PAPER MAX» bosmaxonasida chop etildi.
Navoiy ko'chasi, 30-uy.

Y-26 L.N. Yarashova, F.T. Asqarova. Ayollarda parvarish xususiyati. Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma. T.: «ILM ZIYO», 2012-yil, 212 b.

УДК: 613.99 (075)

КБК 57.15ya722

ISBN 978-9943-16-076-7