

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY
VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA’LIM MARKAZI

YA.N. ALLAYOROV, D.Q. TOSHEVA, D.O‘. YUSUPOVA

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

Ikkinchi nashri

TOSHKENT
2013

UO‘K: 618(075)

KBK 51.1(2)4

A 15

***O‘rta maxsus, kasb-hunar ta’limi markazi ilmiy-metodik
kengashi tomonidan nashrga tavsiya etilgan***

Taqrizchilar:

B. B. Negmadjanov – Samarqand davlat tibbiyot instituti pediatriya fakulteti
akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., professor;

N. X. Xudoyberdiyeva – Kattaqo‘rg‘on tibbiyot kollejining «Onalikda hamshiralik
parvarishi» fani bosh o‘qituvchisi.

Allayorov Ya.N., Tosheva D.Q., Yusupova D.O‘.

Onalikda hamshiralik parvarishi. Kasb-hunar kollejlari uchun
o‘quv qo‘llanma. – T.: «VORIS-NASHRIYOT», 2013. – 336 b.

Ushbu o‘quv qo‘llanma hamshiralik amaliyotida asosiy o‘rinlardan birini
egallaydigan homiladorlik, tug‘ruq, chilla va chaqaloqlik davrlarida hamshiralik
parvarishi hamda ginekologik bemorlar parvarishining o‘ziga xos xususiyatlarini
o‘z ichiga olgan. O‘quv adabiyotiga ifodali rasmlar, tayanch so‘z va iboralar,
nazorat va test savollari, vaziyatli masalalar kiritilgan.

O‘quv qo‘llanma tibbiyot kollejlari «Hamshiralik ishi» yo‘nalishi o‘quvchilari
hamda «Onalikda hamshiralik parvarishi» fanidan dars beruvchi o‘qituvchilar
uchun mo‘ljallangan.

UO‘K: 618(075)

KBK 51.1(2)4

ISBN 978-9943-375-81-9

© «VORIS-NASHRIYOT», 2012

© «VNESHINVESTPROM», 2013

KIRISH

O'zbekiston Respublikasi «Ta'lim to'g'risida»gi va «Kadrlar tayyorlash milliy dasturi to'g'risida»gi qonunlarining, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi «Onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida»gi PQ-1096 sonli hamda 2009-yil 1-iyuldagi «2009–2013-yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida»gi PQ-1144-sonli qarorlarining e'lon qilinishi, Sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inida faoliyat ko'rsatayotgan mutaxassislarni yuqori darajadagi kasb malakalariga ega bo'lishi, sog'lom avlodni dunyoga keltirish, ma'naviy va jismonan barkamol avlodni tarbiyalash borasidagi ishlarni amalga oshirishda ularning avangard bo'lishlariga chorlaydi. Yuqoridagilarni inobatga olib, hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari uchun mo'ljallangan, Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti talablari asosida dunyoning rivojlangan mamlakatlari tajribalaridan foydalanib (Yaponiyaning JICA taraqqiyot agentligi), bo'lajak umumiy amaliyot hamshiralari onalikda hamshiralik parvarishi fanidan o'zlashtirishi lozim bo'lgan mavzularni o'z ichiga olgan o'quv adabiyotiga ehtiyoj tug'ildi.

Ushbu o'quv qo'llanma onalik haqida tushunchadan boshlab, qiz bolalar, o'smir qizlar, jinsiy yetilish va yetuklik, klimakterik va qarilik davrlarida ayollarda hamshiralik parvarishining o'rni va ahamiyati, o'ziga xos xususiyatlarini, shuningdek homiladorlik, tug'ruq va chilla davrida hamshiralik parvarishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash usullari, ularni jonlantirishning zamonaviy tamoyillari, ginekologik bemorlarni tekshirish va davolashda hamshiraning o'rni kabi mavzular o'quvchilar ongiga sodda va ravon tilda singdirilishi hisobga olib yozilgan.

Ushbu o'quv adabiyoti tibbiyot kollejlarida tahsil olayotgan hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari va shu fandan dars beradigan o'qituvchilar uchun foydali manba bo'ladi degan umiddamiz.

I BOB. ONALIK HAQIDA TUSHUNCHA

Onalikda hamshiralik parvarishining asosiy tamoyillari: onalikda hamshiralik parvarishini tahlil qilishdan oldin onalik tushunchasiga ta'rif berishga to'g'ri keladi. Onalikning turli xil ta'riflari mavjud, Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) tomonidan berilgan ta'rif quyidagicha.

Onalik tushunchasi faqat ayni paytda bolani tug'ish va tarbiyalash emas, balki kelajakda ham bolani tug'ish va tarbiyalash imkoniyati, hamda o'tmishda shu vazifalar qanday bajarilganligi haqidagi ma'lumotlar to'plamidir. Shunday qilib, ta'rifda ayolning butun hayoti qamrab olingan, bundan tashqari onalik ikki xil ma'noda izohlanishi mumkin: a) ona bolani tug'ib, uni tarbiyalash jarayoni; b) ayolning hayoti davomidagi faoliyati.

Nima bo'lganda ham onalik deganda ayolning bolani tug'ish va tarbiyalash xususiyatlarini tushunish mumkin (tug'ish va sut bilan boqish qobiliyati). Umumiy qilib aytganda, ayollar erkaklardan: hayz (ovulyatsiya borligi) funktsiyasi, homiladorlik, tug'ish, sut bilan boqish kabi xususiyatlari bilan farq qiladi.

Onalikning ma'nosi. JSSTning ta'rif

Onalik bu:

1. Ayni paytda bolaning tug'ilishi, uning tarbiyasi va ulg'ayishiga mas'ullik;

2. Kelajakda bolaning tug'ilishi va tarbiyasi;

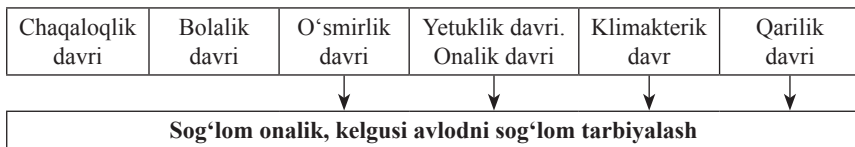
3. Shu vazifalarni o'tmishda bajarilganligi.

Onalikni 2 xil nuqtai nazardan tushuntirish mumkin:

1. Onalik (tor ma'noda) – qachonki ona bolani tug'ib tarbiyalaydi;

2. Onalik (keng ma'noda) – ayol hayotining bir qismi sifatida ifodalanadi.

Onalik obyektlarini tushunish



Onalikda hamshiralik parvarishini o'qitish jarayoni nimaga qaratiladi?

Agar onalikning bu ta'rifini ko'rib chiqadigan bo'lsak, tabiiy savol tug'ilishi mumkin, onalikdagi parvarishda va bu fanning tarkibiga kiradigan har bir bo'limda nimani o'qitish kerak?

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHINING OBYEKTлари

Onalikni his etish. Ona bo'lish bu ayolning tug'ma tabiiy fazilatidir. Ayol organizmida homila rivojlanadi, tug'iladi va onaning vazifasi sog'lom insonni tarbiyalash, shuning uchun u ma'naviy, fiziologik, jismoniy va instinktiv xususiyatlarga ega. Ona mehri bu onani himoyasiz go'dakka bo'lgan mehridir. Reproduktiv faoliyatidan tashqari, ayolda g'amxo'rlik qilish hissi mavjud, bu uning ruhiy-psixologik holati bilan bog'liq.

Onalikni his etish bu onaning bolaga nisbatan g'amxo'rligi. Farzandning ruhiyatini tushunish. Onalikni his etishning mohiyati – bolani chuqur tushunish hissiyoti mavjudligidir. Onalikni his etishning eng ko'p tarqalgan va ko'ringan omili – ko'krak suti bilan bolani boqishdir. Onalikni his etishni rivojlanishi go'daklik davridanoq boshlanadi. Asosiy ishonchli munosabatlar, ota-onaning o'zlarini tutishlari, tarbiyasi, bolani emizish – buning barchasi onalikni his etishga katta ta'sir ko'rsatadi. Onalik avloddan avlodga o'tadi, deyishadi. Agar ona go'daklik davrida yetarli muhabbat va

g'amxo'rlikda voyaga yetgan bo'lsa, kelajakda u ham g'amxo'r bo'lishi va farzandlaridan ham buni kutishi mumkin.

Ota-ona bo'lish. Insonda ikkita aspekt mavjud: biri naslni saqlash (reproduksiya) bo'lsa, ikkinchisi – shaxsiyatni saqlash. Onalikda hamshiralik parvarishi asosan naslni (jins va reproduksiya) saqlab qolishga qaratilgan.

Insoniyat paydo bo'lganidan boshlab, naslni saqlab qolish reproduksiyaga yo'naltirilgan. Tabiiy sharoitda homila ona qornida rivojlanadi, tug'iladi va ona – bolani sut bilan boqadi. Biologik nuqtai nazarida ota-ona bo'lish, bu naslni saqlab qolish, chunki erkak va ayol genlari kelajak avlodga reproduksiya orqali, homiladorlik, tug'ilish va emizish orqali o'tadi. Naslni saqlab qolish jarayonida erkak va ayol ishtirok etadi, ammo bunda, onaning ahamiyati beqiyos, chunki u farzandini homiladorlik davrida ko'tarib yuradi, tug'adi, ona suti bilan boqadi, bundan tashqari, o'z zimmasiga jismoniy zo'riqish xavfini oladi. Shu tariqa, erkak va ayolning ota-ona bo'lishning biologik faoliyati farqlanadi. Ayolda onalik hissi paydo bo'lishi osonroq kechadi, chunki u homiladorlik davridanoq buni his etadi. Otada esa otalik hissi, farzandini ko'zi bilan ko'rganda, ovozi eshitganda va ushlab ko'rganda paydo bo'ladi. Biologik tomondan jinslar orasidagi farq boshidanoq yaqqol ko'zga tashlanadi bu psixik va ijtimoiy tarafdin ota-ona bo'lishga ta'sir ko'rsatadi.

Rivojlanayotgan psixologiya nuqtai nazarida ota-ona bo'lishning ahamiyatini Erikson materiallarini qo'llagan holda quyidagicha talqin etish mumkin. Rivojlangan psixologiya nuqtai nazarida ota-ona bo'lishning ahamiyatini tushunish uchun Erikson bo'yicha inson hayotining 8 ta bosqichiga asosanib ko'rib chiqish kerak. Inson hayotining ruhiy-ijtimoiy masalalarini Erikson birinchi to'rtta bosqichlarga bo'ladi: birinchi bosqich (ishonch-ishonchsizlik), ikkinchi bosqich (mustaqillik-jur'atsizlik), uchinchi bosqich (tashabbuskorlik-aybdorlik hissi), to'rtinchi bosqich (layoqatli-layoqatsiz). O'smirlik davridan boshlab qolgan to'rtta bosqich davom etadi: beshinchi bosqich (shaxsni identifikatsiyasi-rollarni chalkashtirish), oltinchi bosqich (yaqinlik-yolg'izlik), yettinchi

(insonparvarlik-o'z-o'zini tortadigan), sakkizinchi (maqsadga erishish-tushkunlikka tushish). Inson yuqorida aytib o'tilgan bosqichlardan o'tib o'zini rivojlanishiga (o'zini anglab yetishga) erishadi. Ota-ona bo'lishda har xil muammoli vaziyatlar uchraydi, ayniqsa ayollar bu holatlarga (krizis vaziyatlarga) erkaklarga nisbatan ko'proq uchraydi, agar ayol rivojlanish bosqichlaridan qoniqarli o'tsa, insonlar bilan tez topishadi, sevadi, homilador bo'lib, bolaga mehri ortadi va butun jamiyat uchun shaxs sifatida ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Rivojlangan psixologiya nuqtai nazarida ota-ona bo'lish: bola rivojlanishi bilan birgalikda ota-onaning shaxs sifatida rivojlanishidir.

Ota-onaning ijtimoiy-madaniy ahamiyatining mohiyati farzandni dunyoga keltirish va keyingi avlodga nasl qoldirish. Xalqaro standartda reproduktiv salomatlik va huquq konsepsiyasida ayollar yoki juftliklar o'z xohishlariga ko'ra qachon va qancha farzand ko'rish kerakligini o'zlari hal etadilar. O'zbekistonda o'ziga xos urf-odatlar mavjud bo'lib, oilaviy qarashlar va jinsiy ro'llar farq qiladi.

Onalik va otalik tushunchalarining rivojlanishi. O'zbekistonda ko'p bolali oilalar ko'pchilikni tashkil qiladi. Hamma oilada yoshlikdan bolalarga onaga va ayolga hurmat qilishni tushuntiriladi. O'zbek oilalarda uchta oila avlodi yashaydi. Bola tug'ilgandan keyin hamma oila a'zolari bolaning sog'lig'iga va tarbiyasiga javobgar. Qiz tug'ilganda esa, tarbiyalash vazifasi ona va buviga yuklanadi, ular uni sog'lom onalikka tayyorlaydilar. Qizni tarbiyalashda katta e'tibor onalik hissini rivojlanishiga qaratiladi: yoshlikdan kichiklarga g'amxo'r bo'lish, mehr va javobgarlik hissi rivojlantiriladi. Oilalarda onalarga katta hurmat bilan qaraydilar. Onalik hissi instinktiv shakllanishida otalar va atrofdagi odamlarning yordami kerak bo'ladi. Bu tushuncha hozirgi kunda asosiy tendentsiya deb hisoblanadi. Onalik hissi tug'ma-instinktiv bo'lmasdan, tug'ilgandan so'ng, berilgan tarbiya, o'qish va atrof-muhit ta'sirida shakllanadi.

Oilada otalikka qarashlar. Ota – ma'naviy tayanch, oila boshlig'i. Oddiy kunlarda va hayotning og'ir daqiqalarida ota oila oldida javobgar. Ota – axloqiy, yuridik, jismoniy jihatdan oila posboni, oilaning ma'naviy va ruhiy-axloqiy holatiga javobgardir. O'zbekistonda otalik tarixi: qadimdan o'zbek oilasida otalar eng

hurmatga sazovor oila a'zosi hisoblangan. Oilada otaning o'z joyi va so'zi bo'lgan. Otalarning o'g'il bolalar tarbiyasiga javobgarligi katta. Otalar mehnati doim oila a'zolari e'tiborida bo'lgan va oilada o'z obro'sini oshirgan.

Ota oila boshlig'i bo'lib, u muhim qarorlar qabul qilgan, maslahat bergan, oilada rahbarlik qilgan, chunki u oilada hammadan ko'ra aqlli, tajribali va bilimdon bo'lgan. Avvallari, otalar o'z mehrini bolaga ko'rsata olmagan, ota o'g'lini qo'lini ushlab aylanib yurganini ko'rmas edik, ko'pincha ular yonma-yon yurardi, hattoki so'zlashmasdi ham, xuddi ota bolani kuzatib borayotgandek. Bugungi kunda otalik mehri o'zgargan, ota yashirmasdan muhabbat tuyg'usini bolaga namoyish etadi va ayolga bola tarbiyasida yordam beradi.

Bola tarbiyasida otaning ro'li. Oilada va bola tarbiyasida otaning ro'li – otalar ko'pincha chaqaloq parvarishida qatnashmagan, faol munosabat 1,5–2 yoshdan boshlangan. Ammo ilmiy tajribalar shuni ko'rsatadiki, ruhiy tayyorlangan otalar bajonidil, zavq bilan chaqaloqlarga qaraydilar, ular bolalarni ko'targanda rohatlanadilar va bola parvarishida ayollardan qolishmaydilar. Bu o'z yo'lida, otaning bolaga nisbatan emotsional yaqinlashuviga imkoniyat beradi. Ota, bola parvarishiga qanchalik vaqtli kirishsa, shunchalik ota mehri unda kuchliroq rivojlanadi.

Jamiyatda otaning o'rni. Otaning jamiyatdagi o'rni – bu eng zarur burch bo'lib, bolalar farovonligini ta'minlaydi va jamiyatning kelajagini mustahkamlaydi. Birinchidan, u jismoniy jihatdan bolani himoyalaydi, ikkinchidan – u bolaga moliyaviy va moddiy manbalarni beradi, uchinchidan – u bolaga madaniy qadriyatlarni yetkazib beradi.

Ota bolalariga o'rnak bo'ladi – otaning shaxsiy xususiyatlari, ayniqsa bolalarga mehri, bolaning to'g'ri rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi. Ota bilan birgalikda berilgan ijobiy emotsional-ruhiy holat, yolg'iz ona tarbiyasidan samaraliroqdir. Ota mehri farzandlariga erkak kishining bolalarga, ayoliga va atrofdagilarga muhabbat ko'rsatishini o'rgatadi.

Ayol hayoti va onalik. Ayol hayoti davrlari va onalikka tegishli vazifalarning rivojlanishi. Erkaklardan farqli o'laroq, ayollarda o'tish davri bo'ladi. Ayol hayoti mobaynida o'qiydi, turmushga

chiqadi, homilador bo'ladi, tug'adi va ushbu holatlarga bog'liq holda turmush tarzini tanlab oladi. Bugungi kunda Yaponiya ayollari o'z maqsadlariga erishish yo'lida o'qib, ishlab bola tarbiyasi bilan shug'ullanishga vaqt ajrata olmayaptilar, buning oqibatida har xil kritik va konflikt muammolar yuzaga kelmoqda. Hayotiy o'zgarishlar kulminatsion burilishlarga olib keladi, bunda ayollar ayollik jinsini, shaxsni shakllanishi, onalikni qabul qilishni rivojlantirishlari kerak. Demak, ayol hayoti davrlari nuqtai nazarida shaxsni shakllanishi, onalikni qabul qilishi uchun va krizis holatlardan chiqib ketishi uchun yordam ko'rsatishi kerak.

ONALIKNING JISMONIY XUSUSIYATLARI

Onalikni jismoniy xususiyatlari bu ayolning tug'ishi va bola tarbiyalashi uchun organizmning o'ziga xos tuzilishi va faoliyati. Ayollikka xos jismoniy xususiyatlar va faoliyat birlamchi jinsiy belgilar bilan namoyon bo'ladi, bu irsiyat orqali o'tadi.

Jinsiy yetilish davri. Ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi bilan birga organizm o'sib, rivojlanib ona bo'lishga tayyorgarlik ko'radi, gavda tuzilishi shakllanib hayz sikli doimiy bo'ladi. Bu davrda jismoniy va ruhiy rivojlanishga qiz bolaning hayot tarzi kuchli ta'sir qiladi.

Jinsiy yetuklik davri. Jinsiy yetilgan qiz ma'lum xususiyatlarga ega bo'ladi; homilador bo'la oladi va tug'ishi mumkin – bu uning jismoniy xususiyatlaridir, bundan tashqari, erkaklardan farqli o'laroq, hayz sikli, ayollarga xos gavda tuzilishi va ayollar reproduksiyasiga ega.

Onalikning jismoniy xususiyatlari: urug'lanish, homiladorlik, tug'ruq va chilla davridagi ruhiy va jismoniy salomatligiga bog'liq. Bundan tashqari bu holatlar onani va bolaning salomatligiga ta'sir qiladi. Demak, onaning jismoniy va ruhiy sog'lig'ini muhofaza qilish – kelajakda sog'lom avlod tug'ilishi garovidir.

Onalikning ruhiy-ijtimoiy xususiyatlari. Onalikning ruhiy ijtimoiy xususiyatlari – bu bir ayolning hayoti bo'lib, uning rivojlanish

bosqichlarida fe'l-atvorining rivojlanishi, tarbiyaning xususiyatlari va keyingi avlodni shakllanishida namoyon bo'ladi.

Ona muhabbati – bu onaning himoyasiz go'dakka bo'lgan muhabbati, u bolaga g'amxo'rlik qilishida, qayg'urishida, biologik va ruhiy ehtiyojlarini qondirishda namoyon bo'ladi. Yaponiyada umumiy onalik bilan ona muhabbati tushunchalari chalkashtiriladi. Dalillarga asoslangan holda, ayolga onalik tabiatdan berilgan bo'lib, bola tug'ilgandan so'ng, shu zahoti uni sevib, tarbiyalay oladi. Lekin doim yig'laydigan bolani sevimli deb bo'lmaydi, bolani parvarishlash qobiliyati yetarli bo'lmagani uchun, bunday holatda nima qilishini bilmay ba'zilar bolani uradilar, ba'zilar bolalar taqdiri bilan umuman qiziqmaydilar, ba'zilar esa, hattoki bolalarini tashlab ketadilar. Bundan kelib chiqadiki, onalik muhabbati tabiatdan berilgan bo'lmay, balki hayot davomida tarbiyalanib paydo bo'ladi.

Ayolda hayz boshlanishi bilan homilador bo'lishi, tug'ishi, o'zida hamma reproduksiya bilan bog'liq bo'lgan sinovlarni o'tkazadi. Bundan keyin u yana rivojlanadi va ayol bo'lib yetiladi. Sog'lom avlodni tarbiyalash uchun onalikni qanday bo'lishi kerakligini ko'rsatish kerak.

Ona bilan bolaning bog'liqligi va oilaning shakllanishi. Onalik bola bilan oilaning o'zaro munosabatlarida rivojlanadi. Boshqa tarafdin esa, onalik rivojlanishi bilan birga ona va bola o'rtasidagi munosabat shakllanadi va bola ulg'ayishi bilan oilaviy munosabatlar chuqurlashadi. Ona va bola o'zaro bog'liqligi shuningdek ona va bola o'rtasidagi munosabatni shakllanishi. Bog'liqlik nazariyasi. **J. Bowlby bog'liqlik nazariyasi** bo'yicha, yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ilishi bilan onasi bilan bog'liqlik instinktiv tarzda ro'y beradi. Bu bog'liqlik quyidagi ko'rinishda namoyon bo'ladi: jilmayish, so'rish, ko'zlariga boqish, quchoqlash, yig'lash. Bir misolni o'zida bu bog'liqlikni ko'rish mumkin: bola yig'lab bezovta bo'lganida onasi yoniga kelishi bilan ovunadi. M.N. Klaus va J. N. Kennel (1981) «Ona va bolaning rishtalari nazariyasi» da bola tug'ilgandan boshlab onasi bilan birgalikda bo'lsa, ularning o'zaro bog'liqligi shunchalik tez rivojlanadi. Ona bilan bolaning ruhiy bog'liqligi bir-biriga o'zaro

bog‘lanishning garovidir. Ona bolani parvarishida asosiy vaqtni belgilovchi inson hisoblanadi, bolani qachon uxlatish, emizish, cho‘mltirish vaqtlarini belgilaydi. Bolani ko‘zlariga boqib, uni sevishi va muhofaza qilishini bildiradi. Onaning barcha harakatlarida bolaga nisbatan bo‘lgan munosabati: jilmayishi, emizishi, qarashi, yig‘isi va quchoqlashida namoyon bo‘ladi.

Ona va bola o‘rtasidagi rishtalar yuqoridagi harakatlar bilan o‘zaro bog‘liqlik tufayli shakllanadi va mustahkamlanadi.

OILA FAOLIYATI VA OILA RIVOJLANISHI MASALALARI

«Oila» so‘zini ma’nosini ko‘pgina olimlar har xil talqin etganlar. Oila – bir necha insonlarning birligi bo‘lib, ular emotsional ravishda bir-biriga bog‘langanlar (er-xotin, farzandlar, aka-ukalar, opa-singillar). Oilada nafaqat iqtisodiy holat, balki ruhiy hamjihatlik va salomatlik katta o‘ringa ega. Bundan tashqari, oilada reproduktiv faoliyat va bolalarni tarbiyalash vazifalari ham muhim ahamiyatga ega. Onalikda hamshiralik parvarishini amalga oshirish uchun oila konsepsiyasini tushunmoq zarur.

Hayotning barcha bosqichlarida uchraydigan har bir masalani yechimini oilaning hayot siklida er va xotin amalga oshirishi lozim. Masalan, farzand kutayotgan oila ona va ota rolini egallashi uchun kerak bo‘lgan barcha vazifalarni bajarishi kerak. Bu rolni egallash jarayonida otalarning roli onalarnikidan farq qiladi, chunki ona homiladorlik davridanoq onalikni his qilib ona roliga tez kirishadi. Erkak kishi uchun esa otalik rolini qabul qilish qiyinroq kechadi, chunki bo‘lajak farzand hali ona qornida. Bundan kelib chiqadiki, bola tug‘ilgach otada otalikni shakllanishi va bolaga bog‘lanish kechroq rivojlanadi – bu tabiiy jarayondir. Shunday bo‘lsa ham, otanada onalik ro‘lini egallashi uchun yordam beradi, shuning uchun ushbu bosqichda er bilan xotin bir-birlariga ko‘maklashishlari kerak.

II BOB.

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHINING O‘RNI VA AHAMIYATI

Onalikda hamshiralik parvarishi deganda nima tushuniladi? Bu savolni hal qilishdan avval, bugungi kunda onalikda hamshiralik parvarishiga jamiyatning talablari va ushbu parvarishga muhtojligini chuqur o‘rganish kerak. Onalikda hamshiralik parvarishining asosiy obyekti bu – ayol hayotining turli davrlaridagi ayollardir: farzand tug‘ib, uni tarbiyalayotgan ayol, homilador ayol, kelajakda tug‘ishni rejalashtirayotgan ayol, tug‘ib, bola tarbiyalab bo‘lgan ayollar va boshqalar. Bu ayollarning asosiy vazifasi sog‘lom avlodni yangi avlodga yetkazib berish va ularning oldida insoniyatni rivojlantirish vazifalari turadi. Onalikni ayollar ruhan va jismonan anglashlari kerak. Onalikda hamshiralik parvarishi boshqa bloklar kabi insonning har qanday salomatlik holatida parvarishni ta’minlaydi, ammo, onalik obyekti bo‘lib, har xil davridagi ayollar hisoblanadi. Bu ayollar o‘z salomatligini va o‘z-o‘zini parvarish qilish darajasini oshirishi kerak hamda o‘z mavqeini egallash huquqiga egalar. Onalikda hamshiralik parvarishining xususiyatlari shundan iboratki, unda ayolning bir o‘zi emas, balki oilasi, bolasi bilan birgalikdagi parvarishi ko‘rib chiqiladi. Ayol va uning oilasining jamiyatdagi o‘rni, oilasining o‘sishi va rivojlanishi katta ahamiyatga ega, chunki ular ayol salomatligiga ta’sir etadi. Onalikda hamshiralik parvarishi obyekti ayol va uning oilasi bo‘lganligi sababli, ayol salomatligini saqlash va yaxshilash hamda salomatligidagi buzilishlarini oldini olishda, hayot sharoitlarini yaratish jarayonida unga yordam ko‘rsatish va uning qobiliyatlarini aniqlash kerak.

Onalikda hamshiralik parvarishini boshqa bloklardan farqi quyidagilarda aks etadi: Obyekti ayol bo‘lib, u insoniyatning kuchsiz yarmini tashkil qilib, uning insoniy huquqlari ijtimoiy-madaniy tomondan qiyinchilik bilan tan olinadi. Keyingi obyekt – uning bolasi bo‘lib, unga ham hamshiralik parvarishini to‘liq ko‘rsatish lozim. Ayolning butun hayoti davomida reproduktiv salomatligini saqlash va yaxshilash, ota-ona bo‘lish ro‘lini egallashda unga yordam ko‘rsatish va salomatlik bilan bog‘liq buzilishlarni oldini olish hamda sog‘lom turmush tarzini kechirish va o‘z-o‘zini parvarishlashga yo‘naltirilgan yordamni ko‘rsatish. Hamshiralik parvarishi oilaning barcha a‘zolariga qaratilgan bo‘lib, bunda ona va bola orasidagi, ota-ona va farzandlar orasidagi hamda oilaviy munosabatlarning ahamiyati katta.

BJSST ta’rifi bo‘yicha onalikda hamshiralik parvarishining o‘rni faqat ayol hayotining homiladorlik, tug‘ruq, chilla davridagina emas, balki uning butun hayoti davomini qamrab oladi. Hamshiralik parvarishi ayol hayotining homiladorlikdan oldingi davrida ham amalga oshirilishi kerak, zero bu ish amalga oshirilmasa kutilgan natijaga erisha olmaslik mumkin. Buning uchun kelajakda ota-ona bo‘luvchi yosh avlodni sog‘lom turmush tarzi aqidalariga rioya qilib tarbiyalash, oilani jamiyatdagi o‘rnini ahamiyatini idrok etishlariga erishish maqsadida onalar maktabi, ota-onalar maktabi singari ta’lim maskanlarini tashkil etib, oilani rejalashtirish, klimakterik va klimakterik davrdan keyingi parvarish mavzularidagi sanitar-oqartuv ishlarni olib borilishi kerak. Onalikda hamshiralik parvarishining obyektlari onalikni chaqaloqlik, bolalik, o‘smirlik, yetuklik, menopauza va qarilik davrlariga bo‘lib o‘rganadi, demak, har bir bosqichdagi onalik hamshiralik ishining obyekti bo‘lib xizmat qiladi.

Ayniqsa onalikdagi hamshiralik parvarishida yetuklik davriga, ya’ni homiladorlik, tug‘ruq va bolalarni tarbiyalash davriga katta e’tibor qaratiladi. Onalikdagi hamshiralik parvarishi faqatgina homiladorlik davrini, kechayotgan tug‘ruq paytidagi yoki chilla davridagi ayollar va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga o‘z e’tiborini qaratish bilan chegaralanmaydi. Bunday parvarishning obyektlari deb onaning

butun hayoti davomida barcha hayot davrlaridan o'tadigan vaqtdagi o'zgarishlarni ularning o'ziga xos xususiyatlarini qamrab oladi. Bundan kelib chiqqan holda aytilish mumkinki onalikdagi parvarish obyektlarning ma'lum bir qismiga e'tiborni qaratadi. Bu – onalikning keng ma'nosiga (ayollik hayoti) asoslanadigan bo'lsa, butun e'tibor tor ma'nodagi onalikka qaratiladi, ya'ni homiladorlik, tug'ruq, chilla davriga. Masalan: agar onalikdagi parvarishning tuzilishni onalikdagi parvarish nazariyasi, onalar salomatligini asrash nazariyasi, kasalxonadagi onalikning parvarishi nazariyasi sifatida baholaydigan bo'lsak ham e'tibor asosan homiladorlik, tug'ruq va chilla davriga qaratiladi. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, agar o'qitish jarayonida ayollarning o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida keng ma'noda gapirsak ham, ayolning homiladorlik, tug'ruq va chilla davri bilan bog'liq butun hayot jarayoni (barcha hayot davrlari) asosida parvarishni olib borish kerak bo'ladi.

Onalikdagi parvarishning ayolning o'sishi va rivojlanishi (jinsiy garmonlar ta'sirida) nuqtai nazaridan hamshiralik ishining boshqa sohaları bilan bo'lgan aloqasi quyidagicha yoritiladi: a) Onalikdagi parvarish doirasida inson funktsiyalaridan faqat onalik funktsiyasi keng yoritiladi. b) Shuning bilan birga bolalar parvarishi, kattalar parvarishi, jamoadagi parvarish va ruhiy parvarish bilan bo'lgan o'zaro aloqasi ham nazarda tutiladi.

Onalikda hamshiralik parvarishining vazifalari va tendentsiyalari. O'zbekistonda onalikda hamshiralik ishining hozirgi kundagi muammolari. Boshqa davlatlarda bo'lgani kabi O'zbekistonda ham hozirgi vaqtda oilada, ona va bola salomatligidagi o'ziga xos muammolar mavjud. Statistik ko'rsatgichlar va tekshiruv natijalariga asoslangan holda hamshiralik parvarishi o'rnini aniqlab, muammolar yechimini aniqlash kerak, bunda ona oiladagi markaziy shaxs hisoblanadi.

Tibbiy texnik vazifalari va rivojlanishi. Bugungi kunda reproduktiv tibbiyotning rivojlanishi tushkunlikka tushgan er-xotinlarga umid bag'ishlamoqda. Bepushtlikni davolash fertil yoshning oxirigacha olib boriladi, biroq davolashning samarasiz natijalari, er-xotinlarning ruhiy va jismoniy holatlariga ziyon yetkazadi.

Bepushtlik, surrogat onalik, insonni klonlashtirish va boshqalar tibbiy texnologiyani rivojlanishiga ta'sir ko'rsatib, bioetik muammolar kelib chiqishiga sabab bo'ldi.

Kelajakda tibbiyotning rivojlanishi tufayli, ayollar va oilalar tibbiy texnologiya sohalaridan foydalanish imkoniyatiga ega bo'ladilar. Biroq bu sohadagi yuksalishlar insonga foyda keltirish bilan birga, har xil ruhiy zo'rqlashlarga, og'riq va boshqa asoratlarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun reproduktiv salomatlik va inson huquqlari bilan bog'liq hamshiralik parvarishi ko'rsatilganda davlat miqyosidagi etikani inobatga olish masalalari turmoqda. Ular quyidagilardan iborat: a) onalik va otalik vazifalarini qamrab olib, sog'lom turmush tarzini olib borishlarini ta'minlash, b) homiladorlik tug'ruq va chilla davrida onaning sog'lig'ini asrashga yordam berish, chaqaloqlik davrida yuzaga keladigan muammolarni bartaraf qilish, d) hamshiralikning ona va bola sog'lig'ini saqlashdagi rolini anglash, e) reproduktiv yoshdagi ayollarni sog'lig'ini saqlashda profilaktik tadbirlar va hamshiralik parvarishining ahamiyatini tushuntirish.

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHINING MAQSADI

Maqsadi: a) naslni saqlashda inson faoliyatini anglash va jinsiy a'zolar funksiyasini sog'lig'ini saqlash uchun hamshiralik parvarish usullarini o'rgatish, b) onalikni va otalikni rivojlantirish vazifalarini qamrab olib, sog'lom jinsiy funksiyalar bajarilishiga qaratilgan sog'liqni saqlash faoliyatining muhimligini tushunish, d) onalikning homiladorlik, tug'ruq, chilla davri bosqichlarida, hamda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda vujudga keladigan sog'liq muammolarini yechishga yo'naltirilgan yordam usullarini tushunish.

ONALIKDAGI SIKL

Homilador, tug'uvchi, tuqqan ayol, homila, chaqaloq va oila a'zolari. Onalikda hamshiralik parvarishida obyekt kasal odam emas

balki ona va bolani bir butun deb qaraydi. Ona va bola o‘zaro juda o‘xshash, jismonan bir xil, hissiyotlarni sezadilar. «Sog‘liq» bu shunday holatki bunda to‘liq kasalliklar yo‘q, hech joyda patologiya kuzatilmaydi, jismonan, ruhiy va ijtimoiy jihatdan sog‘lom, undan tashqari hayot energiyasiga to‘la.

Homiladorlik va chilla davri hamda yangi tug‘ilgan chaqaloqni o‘stirish va tarbiyalash payti ayol uchun eng murakkab bo‘lib tabiatining ta‘siriga tushadi. Kelajakdagi jamiyatning poydevori bo‘ladigan bolalarni tug‘ish va tarbiyalash uchun sog‘lom onalik funktsiyalari va naslni davom ettirish funktsiyasining rivojlanishi muhim o‘rin tutadi. Shuning uchun homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrlarining fiziologiyasi va kechishi to‘g‘risida chuqur tushunchaga ega bo‘lish normal holatni o‘rganish asosida buzilishlar va o‘zgarishlarni tushunish va onalikdagi parvarish metodologiyasi bilan bo‘lgan aloqasini chuqur o‘rganish zarur.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning parvarishini o‘rganishda sog‘lom chaqaloq parvarishini o‘rganish, ona va chaqaloqning ijobiy o‘zaro munosabatlariga diqqatni yo‘naltirish kerak.

Oxirida bor bilim va ko‘nikmalar orqali chilla davridagi hamshiralik parvarishi jarayoni sog‘liq muammolarini yechish qobiliyatini rivojlantirish usullarini o‘rganish kerak. Bundan tashqari homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrlarining sog‘lom kechishiga nafaqat birgina ayolning muammolari, balki atrof-muhitning, aholining ta‘siri katta bo‘ladi. Shuningdek o‘g‘il va qizlarning jinsiy yetilish davridagi o‘zgarishlar, eri va oilaning boshqa a‘zolarining munosabatlari ham parvarish obyekti hisoblanadi. Bu esa onalikda hamshiralik parvarishi konsepsiyasi, onalikda parvarish obyektlari va faoliyat doirasi, onalikning barcha etaplarida hamshiralik parvarishi, sog‘lom onalikning muhofaza qilish chora-tadbirlari va onalikda hamshiralik parvarishining asosiy nazariyalarini o‘z ichiga oladi.

III BOB.

ONALIK VA BOLALIKNI HIMOYA QILISH TUZILMASIDA (STRUKTURASI) PARVARISH FAOLIYATI

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimi O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan keyin respublika hukumatining diqqat markazida turgan eng dolzarb masalalardan biri hisoblanadi.

Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish masalalari bo'yicha bir qancha qonunlarni qabul qilingan va maxsus qonun hujjatlari to'plami chop etilgan.

O'zbekiston Respublikasining «Oila kodeksi», «Fuqarolar sog'lig'ini saqlash to'g'risida» gi 1993-yil 3-sentabrdagi 938-XII-son Qonuni, 1995-yil 21-dekabrdagi 161-1-son Qonuni bilan tasdiqlangan «Mehnat kodeksi», «Xotin-qizlarga qo'shimcha imtiyozlar to'g'risida» gi 1999-yil 14-apreldagi 700-1-son Qonuni, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1996-yil 10-dekabrdagi «Bolali oilalarni davlat tomonidan qo'llab-quvvatlashni yanada kuchaytirish to'g'risida» gi PF-1657-son Farmoni, «Xotin-qizlarning ijtimoiy muhofazasini kuchaytirishga oid qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida» gi 1999-yil 17-martdagi PF-2246-son Farmoni, O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining «Yosh avlodni sog'lomlashtirish muammolarini kompleks hal etish to'g'risida» gi 1993-yil 3-dekabrdagi 589-son qarori, «Bolali onalarni ijtimoiy qo'llab-quvvatlashni kuchaytirish chora-tadbirlari to'g'risida» gi 1996-yil 10-dekabrdagi 437-son Qarori, «Bolalikdan nogiron tug'ilishning oldini olish uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarni hamda homilador ayollarda tug'ma va boshqa patologiyani barvaqt aniqlash bo'yicha «Ona va bola skriningi davlat tizimini tashkil etish to'g'risida» gi 1998-yil 1-apreldagi 140-son qarori, «Sog'lom avlod»

davlat dasturi to'g'risida»gi 2000-yil 15-fevraldagi 46-son qarori, «Ona va bola» davlat dasturi to'g'risida»gi 2001-yil 5-fevraldagi 68-son qarori, «Ayollar va o'sib kelayotgan avlod sog'lig'ini mustahkamlashga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida»gi 2002-yil 25-yanvardagi 32-son qarori, «Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollarning sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalashning ustuvor yo'nalishlarini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi 2002-yil 242-son Qarori va boshqa me'yoriy hujjatlarda Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish, onalar sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi uchun shart-sharoitlar yaratish borasida salmoqli ishlar amalga oshirilishi belgilab qo'yilgan.

Ayniqsa O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi «Ona va bola salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida»gi PQ-1096-sonli Qarorida mamlakatimizdagi tug'ish yoshidagi ayollarni chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rikdan o'tkazish, ular orasidagi homiladorlik va tug'ruq uchun nisbiy va mutloq moneliklari bo'lgan ayollarni dispanser nazoratiga olish, kasalliklarning xususiyatlaridan kelib chiqib, ularni ambulatoriya, statsionar, viloyat yoki markaziy ixtisoslashgan shifoxonalarda davlat sog'lomlashtirish, kontratsepsiyaga muhtoj bo'lgan ayollarga kontratsepsiyaning turli vositalarini qo'llash masalalari ko'zda tutilgan. Shuningdek 0–14 yoshdagi bolalarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish, kasallik aniqlangan bemorlarni sog'lomlashtirish masalasi ham qarorning eng muhim jihatlaridan hisoblanadi.

Ushbu qaror ijrosini ta'minlash bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2009-yil 16-apreldagi 115-sonli hamda 2009-yil 30-apreldagi 130-sonli, 2010-yil 4-yanvardagi 1-sonli buyruqlari e'lon qilinib, shahar va tuman tibbiyot birlashmalari qoshidagi markaziy ko'p tarmoqli poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlarida, ya'ni sog'liqni saqlash tizimi birlamchi bo'g'inlaridan boshlab to ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlariga qadar tug'ish yoshidagi ayollarning reproduktiv salomatligini mustahkamlash sog'-

lom avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada takomillash- tirish vazifalari belgilab berilgan.

Xotin-qizlarning mehnat faoliyat hamda ona va bola salomatligini himoya qilish bilan bog'liq bo'lgan qonunlar tegishli moddalarida belgilangan ayrim me'yorlar haqida qisqacha ma'lumot keltiriladi.

O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi II bo'lim 37- va 46-moddalarida inson va fuqaroning asosiy huquqlari, majburiyatlari va erkinliklari, har bir kishi mehnat qilishga, ishni erkin tanlashga, qoniqarli mehnat sharoitiga va qonunda ko'rsatilgandek ishsizlikdan himoyalaniish huquqiga ega, ayol va erkak teng huquqli ekanliklari o'z aksini topgan.

Homilador ayollarning mehnat muhofazasi, ayrim toifadagi homiladorlarga beriladigan qo'shimcha kafolatlar va imtiyozlar O'zbekiston Respublikasi «Mehnat kodeksi» da belgilab qo'yilgan. Kodeksning:

224-moddasida. «Homilador ayollarni va bolasi bor ayollarni ishga qabul qilishni rad etish va uning ish haqini kamaytirish taqiqlanadi. Homilador ayolni yoki 3 yoshga to'lmagan bolasi bor ayolni ishga qabul qilish rad etilgan taqdirda ish beruvchi rad etilishining sabablarni ularga yozma ravishda ma'lum qilishi shart. Mazkur shaxslarni ishga qabul qilishni rad etganlik ustidan sudga shikoyat qilinishi mumkin».

225-moddasida. Ayollar mehnatini qo'llanish taqiqlanadigan ish- lar. Mehnat sharoiti noqulay ishlarda, shuningdek yer osti ishlarida ayollar mehnatini qo'llash taqiqlanadi, yer ostidagi ba'zi ishlar bundan mustasnodir. Ayollarning salomatligi uchun normadan ortiq mumkin bo'lmagan yuk ko'tarish va tashishlari ma'n etiladi.

226-moddasida. Homilador ayollarni yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarning ta'siridan holi bo'lgan ishga o'tkazish. Tibbiy xulosaga muvofiq homilador ayollarning ishlab chiqarish normalari, xizmat ko'rsatish normalari kamaytiriladi yoki ular avvalgi ishdagi o'rtacha oyligi saqlangan holda yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarining ta'siridan holi bo'lgan ishga o'tkaziladi.

233-moddasida. Homiladorlik va tug'ish ta'tili. Ayollarga tuq- qunga qadar 70 kalendar kuni va tuqqanidan keyin 56 kalendar kun

(tug‘ish qiyin kechgan yoki 2 va undan ortiq bola tug‘ilgan hollarda 70 kalendar kuni) muddati bilan homiladorlik va tug‘ish ta’tillari berilib, davlat ijtimoiy sug‘urtasi bo‘yicha nafaqa to‘lanadi.

234-moddasida. Bola 2 va 3 yoshga to‘lgunga qadar parvarishlash uchun beriladigan ta’tillar. Homiladorlik va tug‘ish ta’tili tugagandan keyin ayolning xohishiga ko‘ra unga bolasi 2 yoshga to‘lgunga qadar bolani parvarishlash uchun ish haqi saqlanmaydigan qo‘shimcha ta’til ham beriladi.

236-moddasida. Bolani ovqatlantirish uchun beriladigan tanaffuslar. 2 yoshga to‘lmagan bolasi bor ayollarga dam olish va tushlik uchun beriladigan tanaffusdan tashqari, bolani ovqatlantirish uchun qo‘shimcha tanaffuslar beriladi. Bolani ovqatlantirish uchun beriladigan tanaffuslar ish vaqtiga kiritiladi va o‘rtacha oylik ish haqi hisobi bo‘yicha ham to‘lanadi.

237-moddasida. Homilador va bolasi bor ayollar bilan tuzilgan mehnat shartnomasini bekor qilishdagi kafolatlar. Homilador ayollar va 3 yoshga to‘lmagan bolasi bor ayollar bilan tuzilgan mehnat shartnomasini ish beruvchining tashabbusi bilan bekor qilishga yo‘l qo‘yilmaydi. Korxonaning butunlay tugatilish hollari bundan mustasno, bunday hollarda mehnat shartnomasi ularni albatta ishga joylashtirish sharti bilan bekor qilinadi.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish. Onalar va bolalar salomatligini himoya qilish – butun mamlakat aholisining salomatligini saqlash va mustahkamlash garovidir. Salomatlikni tiklash va muhofaza qilish bolalikdan boshlanadi. Bolalar sog‘lig‘ini saqlash va mustahkamlash uchun sog‘liqni saqlash tizimida maxsus tashkil etilgan onalik va bolalikni himoya qilish tizimi katta rol o‘ynaydi. Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimining asosiy vazifalaridan biri ona va bolalarga ko‘rsatiladigan tibbiy yordam masalasi. Tibbiy yordam maxsus ambulatoriya – poliklinika va kasalxonalar sharoitida ayollar salomatligini muhofaza qilish, turli kasalliklarning oldini olish, ayniqsa, homiladorlik va tug‘ruq davri asoratlari sonining kamayishiga, bolaning sog‘lom rivojlanishi va tug‘ilishiga yo‘naltirilgan bo‘lishi kerak. Bu xizmatlar poliklinika, QVP, akusher-ginekologik majmualarda, ayollar maslahatxonalarida amalga oshiriladi.

SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMINING BIRLAMCHI BO'G'INI

Aholiga birlamchi tibbiy – sanitariya yordamini tashkil qilish dasturini amalga oshirishda oilaviy meditsina hamshirasining roli

Butun Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining (BJSST) konsepsiyasiga binoan aholiga tibbiy yordam ko'rsatishning ikki asosiy turi ajratiladi: birlamchi tibbiy-sanitariya yordami, maxsus yordam. **Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami** maxsus bo'limga ega bo'lmagan oilaviy poliklinikalar, QVPlar, rayon, shahar shifoxonalari, ambulatoriyalar ko'rsatadi.

Patsientlarga **maxsus tibbiy** yordam turlari neyroxirurgik, endokrinologik travmatologik, shoshilinch yordam va boshqa markazlar, institut qoshidagi klinikalar, maxsus dispanserlar (psixiatrik, silga qarshi, kardiologik va boshqalar) da ko'rsatiladi. BJSST ekspertlar komitetining aniqlashicha (1975-yil) birlamchi tibbiy-sanitariya yordam bu – uzluksiz jarayon bo'lib, sog'liqni saqlash tizimining birlamchi tibbiy xizmati tomonidan ma'lum bir aholi guruhi sog'ligiga ularning ehtiyojlaridan kelib chiqqan holda ta'sir ko'rsatishdir, bu aholi orasida paydo bo'ladigan muammolarni oila shifokori va hamshirasi yordamida uzluksiz va doimiy hal qilish jarayonidir.

BJSST ekspertlari tomonidan birlamchi tibbiy-sanitariya tizimining 7 ta asosiy tamoyillari ishlab chiqilgan:

1. Birlamchi Tibbiy-Sanitariya Yordami (BTSYo) aholining hayot tarzi, e'tiqodiga mos kelib, ularning tibbiy yordamga bo'lgan ehtiyojini qondirish kerak.

2. BTSYo milliy sog'liqni saqlash tizimining ajralmas qismi bo'lishi kerak va uning boshqa sferalari shunday tashkil etilishi lozimki, u mahalliy zvenolar ishini texnik yordam jihatdan qo'llab-quvvatlab, tor mutaxassislar bo'yicha maslahatlar olishga imkoniyat yaratsin.

3. BTSYo faoliyati boshqa tarmoqlar faoliyati bilan birlashib, aholi ehtiyojini qondirish ishlariga qaratilgan bo'lishi lozim.

4. BTSYo jarayonini shakllantirishga va joriy etishga mahalliy aholini jalb qilish. Mahalliy aholining ehtiyojlarini aniqlash, ular bilan doimiy muloqot o'rnatish.

5. Aholiga ko'rsatiladigan tibbiy yordamni ularning moddiy imkoniyati va davlat tomonidan ajratilgan mablag'ni hisobga olingan holda amalga oshirish.

6. BTSYo o'zining profilaktik davolash va reabilitatsion yordam usulini har bir patsientga alohida, shu bilan bir vaqtda butun oilaga, butun aholi guruhiga kompleks qo'llashi.

7. Har qanday tibbiy yordam kasallikning boshlang'ich bosqichida ko'rsatilishi va bu yordamni maxsus tayyorgarlikdan o'tgan tibbiy xodimlar amalga oshirishi (bemor qiynalmasligi uchun) lozim.

Aholini tashxislash ma'lum guruhdagi aholining ehtiyoj va imkoniyatlarini belgilaydi. Vrach bemorga tashxis qo'yganidek, birlamchi tibbiy sanitariya guruhi bir butun aholi guruhiga tashxis qo'yadi. Tashxis qo'yilgandan so'ng eng katta muammo aniqlanadi. Bunda quyidagi me'zonlarga asoslanadi: kasallanish, o'lim ko'rsatkichi, tibbiy yordamning effektivligi, bajarilishi, aholining bandligi, qiymati, moliya manbalari va boshqalar. Bosh muammo aniqlangandan so'ng to'liq baholanadi, ya'ni aholi yoshiga, jinsiga qarab guruhlarga ajratiladi, xavfli omillar, ma'lumot yig'ish usullari va axborotlar ro'yxatga olinadi.

Tibbiy yordamni rejalashtirish. Uni muvaffaqiyatli o'tkazish uchun maqsadni ifodalash, tibbiy aralashuv sferasini tanlash, aralashuv me'zonlarini aniqlash, komanda a'zolari orasida vazifalarini aniqlab olish, xususiy kuzatish va axborotni yozib borish sistemasini ishlab chiqish muhim hisoblanadi. O'zbekistonning sog'liqni saqlash tizimida birlamchi bo'g'in shahar va tumanlarda oilaviy poliklinikalar, ko'p tarmoqli tuman markaziy poliklinikalari, ayniqsa aholining asosiy qismini tashkil etadigan qishloq joylarda esa qishloq vrachlik punktlarida (QVP) xotin-qizlar va 0-14 yoshgacha bo'lgan bolalarga tibbiy xizmat ko'rsatish ishlari amalga oshiriladi.

O'zbekiston QVP lar zamonaviy loyihalar asosida qurilgan, Jahon banki, Salomatlik-I, Salomatlik-II dasturlariga binoan tegishli

diagnostik, davolash va profilaktika maqsadlari uchun foydalaniladigan asbob-uskunalar bilan jihozlangan. Aholi salomatligini muhofaza qilish uchun tegishli shart-sharoitlarga ega. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi PQ-1096-sonli Qaroriga ko‘ra namunali QVPlari modelini yaratish bo‘yicha samarali ishlar olib borilmoqda. Ya‘ni QVPlarning moddiy texnik bazalarini yanada yaxshilash, ularni suv va elektr ta‘minoti, asbob-uskunalarining uzluksiz ishlashi, xodimlar malakasini oshirishga katta e‘tibor qaratilmoqda.

Birlamchi bo‘g‘inning profilaktik va davolash ishi: ona va bolaning salomatligini himoya qilish, homiladorlikdan oldin, homiladorlik va tug‘ruqdan keyingi davrda malakali ambulator akusher-ginekologik yordam ko‘rsatishga yo‘naltirilgan.

AYOL HAYOTINING TURLI DAVRLARIDA AKUSHERLIK YORDAMI KO‘RSATISH

Ayollarga homiladorlik davrida, tug‘ruqdan keyingi davrda yordam ko‘rsatish, ayollarni homiladorlikka va tug‘ruqqa tayyorlash, ko‘krak suti bilan emizishga tayyorlash, ginekologik kasalliklari bor ayollarga ambulator yordam ko‘rsatish, oilani rejalashtirish bo‘yicha maslahatlar va yordam berish: abortning oldini olish, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish, zamonaviy kontratsepsiya usullarini qo‘llashni tadbiq etish, kunduzgi statsionar sharoitida akusher-ginekologik yordam ko‘rsatish, qonunga mos ravishda ijtimoiy-huquqiy yordam ko‘rsatish, davolash – diagnostik jarayonning sifatini oshirish uchun izlanish, infeksiyani tarqalishini oldini olish, tibbiy xodimlar va bemorlarning xavfsizligini ta‘minlash uchun sanitar-gigiyenik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o‘tkazish, aholi orasida reproduktiv salomatlikni himoya qilishga qaratilgan bilimlarni oshirish uchun sanitar-oqartuv chora-tadbirlarini o‘tkazish, ginekologik kasalliklari bo‘lgan ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish.

HOMILADOR AYOLLARDA DISPANSER KUZATUVINI OLIB BORISH

Homilador ayollarni erta o'z vaqtida nazoratga olish, homilador ayollarning sog'lig'ini doimiy ravishda nazorat qilish, homilador ayollarni har tomonlama tekshiruvdan o'tkazish va somatik kasallik aniqlanganda kasalliklarni davolash, homilador ayol hujjatlarini to'ldirish, perinatal tekshiruvni o'tkazish, homilador ayolni «xavfi yuqori guruhga» aloqadorligini aniqlash, homilador ayollarga tug'ruqdan oldingi patronaj ishlarini tashkil etish, homilador ayollarni mehnat sharoitini o'rganish, homilador ayollarga o'z vaqtida tug'ruq muddatini va tug'ruqdan oldingi ta'til vaqtini aniqlash, o'z vaqtida malakaviy davolashni ta'minlash, homilador ayollarni tug'ruqqa ruhan va jismonan tayyorlash, «Onalar maktabi»da mashg'ulotlar o'tkazishni tashkil qilish va mashg'ulotlar olib borish, tug'ruqdan keyin ayollar salomatligini tiklashda yordam berish va nazorat qilish.

FERTIL YOSHIDAGI AYOLLARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGINI HIMOYA QILISH VA ABORTNING OLDINI OLISH

Istalmagan homiladorlikni oldini olish, abortga qarshi kurash, OITS va jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish, kontratsepsiya usullarni targ'ib etish, o'smirlarning jinsiy tarbiya bilan shug'ullanish, sog'lom turmush tarzini targ'ib etish.

Akusher-ginekologik yordam ko'rsatuvchi muassalarning vazifalari: Ayollarga homiladorlik davrida, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda, ginekologik kasalliklarda malakaviy tibbiy yordam ko'rsatish, shuningdek, akusherlik statsionarida yordam ko'rsatish va parvarishlash perinatal markazlar, akusher-ginekologik majmualar, umumiy profildagi kasalxonalarda amalga oshiriladi.

Zamonaviy tug'ruq kompleksi quyidagilarni o'z ichiga oladi: Ko'p tarmoqli yordam ko'rsatuvchi ambulator poliklinika bazasi, akusherlik statsionarni, xotin-qizlar maslahatxonasi, reanimatsiya va intensiv terapiya xizmati, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birinchi

etapda parvarishlash bo‘limi, ginekologik bo‘lim va maxsus yordam ko‘rsatish uchun tibbiy brigadani.

Akusherlik statsionar quyidagilardan tashkil topgan: qabul bo‘limi, tug‘ruq va tug‘ruqdan keyingi bo‘limlar, chaqaloqlar bo‘limi, shuningdek homilador ayollar patologiyasi bo‘limi. Ginekologik bo‘lim, tug‘ruq kompleksi yoki ko‘p tarmoqli shifoxonalar tarkibida bo‘lib, ginekologik kasalliklari bo‘lgan ayollarni konservativ va jarrohlik yo‘li bilan davolashga yo‘naltirilgan.

Ginekologiya bo‘limi 3 yo‘nalishda ish olib boradi.

1. Operatsiya yo‘li bilan davolashga muhtoj bo‘lgan bemorlarni gospitalizatsiya qilish – operativ ginekologiya bo‘limi.

2. Bemorlarni konservativ yo‘l bilan davolash – konservativ ginekologiya bo‘limi.

3. Homiladorlikni to‘xtatish (abort) palatasi yoki bo‘limi (abortariy).

Ona va bola salomatligi markazlari – barcha ayollar va erkaklar hamda o‘smirlarning jinsiy yetilish davrida yordam ko‘rsatish uchun mo‘ljallangan.

Uning asosiy ish uslublari: akusher-ginekologik yordam ko‘rsatish, maxsus qabul sharoitida maslahatlar berish, sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iborat.

Markazda: akusher-ginekologlar, seksolog, seksopatologlar, androloglar va psixologlar ish olib boradilar. Markaz oilaviy muammolarni yechishga ham yordam beradi, bu yerga faqat ayol emas, balki er-xotin, o‘smir va erkak murojat qilishi mumkin. Markaz mutaxassislari juda katta sanitariya-oqartuv ishlarini ham olib borishadi: o‘rta tibbiy xodimlar maktablarda, o‘rta-maxsus o‘quv muassalarida, oliy o‘quv yurtlarida, ishlab chiqarish korxonalarida turli mavzularda ma‘ruzalar o‘qiydilar, suhbat, davra suhbatlari o‘tkazadilar.

Tibbiyot xodimlari bolalar va o‘smirlarning jinsiy yetilishi va tarbiyasida yordam beradilar, bu esa ularning kelajakda oilaviy hayotga tayyorlanishida, ota-ona bo‘lishida javobgarlik hissini uyg‘onishida yordam beradi.

Perinatal markazlar respublika va viloyat markazlarida tashkil etilib, aholiga akusherlik va ginekologiya xizmatini ko‘rsatish tizimlaridan biri hisoblanadi. Ular tarkibida skrining markazi,

reproduktiv salomatlik markazlari bo'lishi mumkin. O'zbekiston Respublikasida hozirgi kunda respublika poytaxtida va viloyatlar markazlarida alohida faoliyat ko'rsatuvchi reproduktiv salomatlik, perinatal, skrining markazlari mavjud.

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHINING FAOLIYATI

Homilador, tug'ayotgan va tuqqan ayollarga yo'naltirilgan asosiy faoliyat. O'zbekistonda akusher-ginekologik xizmat ko'rsatishning asosiy prinsiplari:

Respublikada tug'ruq xizmati ko'rsatish bepul, barchani 100% qamrab oladi, ilm-fanda zamonaviy o'zgarishlarga asoslangan holda tibbiy yordam ko'rsatish sifatini muntazam ravishda oshirib boradi.

Akusher-ginekologik xizmatning asosiy maqsadi – aholi orasida reproduktiv salomatlikni muhofaza qilish, abortning oldini olish va sog'lom bola tug'ilishini ta'minlash.

Akusher-ginekologik xizmatning vazifalari – ayollarning barcha hayotiy davrlaridagi salomatligini saqlash va himoya qilishdan iborat.

ONALIK VA BOLALIKNI HIMOYA QILISHDA HAMSHIRANING ROLI

Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning faoliyati quyidagilarga yo'naltirilgan: sog'lom oilani shakllantirish, ayolning reproduktiv salomatligini saqlash va himoya qilish, hamshiralik faoliyatining obyekti bo'lib, ayol uning oilasi va jamiyati hisoblanadi.

Hamshira akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonini olib borishda ayol va uning oilasiga turli davrlarda davolash-profilaktik yordam ko'rsatadi, nazorat va kuzatuvni olib boradi, ginekologik patologiya holatlarida kerakli yordamni ko'rsatadi. Tibbiyot hamshirasi – ayolga va uning oilasiga maslahatchi, yordamchi vazifasini bajaradi. U hamshiralik jarayoning barcha bosqichlari: birlamchi tekshiruvni o'tkazish, bemor muammolarini aniqlash, hamshiralik parvarishini rejalashtirish, parvarishni amalga

oshirish, parvarishning natijalarini kundalik va yakuniy baholashi shart. Hamshira xavfli omillar, klinik belgilar, asoratlar haqida bilishi shart. Ginekologik kasalliklarni oldini olish, bemorlar va tibbiy xodimlarni infeksiyaga xavfsizlikni ta'minlashi shart. Hamshira akusherlik va ginekologiyada shoshilinch holatlarda birinchi yordam ko'rsata olishi, tug'ruqni qabul qila olishi kerak.

SOG'LIQNI TARG'IBOT QILISH KONSEPTSIYASI

Onalikda hamshiralik parvarishi obyekti – bu o'z sog'liqlarini mustaqil nazorat qila oladigan va o'z sog'liqlarini yaxshilay oladigan, yuqori darajadagi sog'liqqa ega bo'lgan aholi qismidir. Hamshiralik parvarishida «sog'liqni targ'ibot qilish» konsepsiyasini bilish muhimdir.

1. Sog'liqni targ'ibot qilish deganda nima tushuniladi?

1986-yil Ottava xartiyasida «sog'liqni targ'ib qilish» quyidagicha berilgan: bu jarayon kishilar o'z sog'liqlarini mustaqil nazorat qilishlari va sog'liqlarini yaxshilashlari, sanitar-oqartuv ishlarini olib borishlari va bunga kerakli shart-sharoitlarni yaratishlari kerak. Shunday qilib, salomatlik – bu yashash maqsadi emas, balki kundalik hayotga kerakli zahiradir. Bu konsepsiya bo'yicha salomatlik jismoniy holat bo'lib qolmay, balki ijtimoiy va individual zahira bo'lib hisoblanadi. Sog'lom hayot tarzi targ'iboti faqatgina majburiyat emas, balki keng ijtimoiy harakatdir. Bu konsepsiya bo'yicha har bir inson o'z sog'lig'i uchun javobgardir, shifokorlar va hamshiralalar esa salomatlikni yaxshilash uchun ma'suldirlar.

2. Ayollar hayoti davomida olib boriladigan sanitar-oqartuv ishlar.

1992-yildan boshlab bolalar ginekologi kabinetlarini ochilishi. Bolalar sog'lig'ini muhofaza qilishda asosiy tadbirlar, reproduktiv faoliyatning buzilishi va ginekologik kasalliklarni oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Bu tadbirlarga – bolalar va o'smirlarda uchraydigan jinsiy sistemasining funksional buzilishlari va kasalliklarini davolash, o'z vaqtida tashxislash va oldini olish kiradi. Bolalar va o's-

mirilar ginekologiyasi muammolari o'rganib chiqilganda, hamda ushbu sohada qilingan ilmiy tadqiqotlarni tadbiq qilish natijasida, ushbu soha bo'yicha mutaxassis – shifokorlar tayyorlash ehtiyoji tug'ildi. Bu mutaxassislar bolalarning jinsiy a'zolarida uchraydigan kasalliklar va buzilishlarni davolash va oldini olish uchun yordam ko'rsatadilar. Bunday mutaxassislarni tayyorlash O'zbekistonda 1992-yildan boshlangan.

Bolalar va o'smirlar ginekologik kasalliklarini davolash va oldini olish uchun 3 bosqichli tizim faoliyat ko'rsatib kelmoqda.

1 bosqich – maktabgacha bo'lgan muassasalarda, maktablarda va bolalar dam olish maskanlarida tibbiy yordam ko'rsatish. Bunda asosiy masala o'qituvchilar, ota-onalar va qizlar orasida sanitar-oqartuv ishlarini olib borish, qizlar orasidan kasalliklarni aniqlab, mutaxassislarga yuborish.

2 bosqich – davolash va oldini olish ishlari oilaviy poliklinikalarning maxsus xonalarida olib boriladi. Bu bosqichning vazifasi – shifoxona sharoitida davolanishni talab qilmaydigan jinsiy a'zodagi kasalliklarni tashxislash va davolashdan iborat.

3 bosqich – shifoxona sharoitida bemorlarni tashxislash va davolash. Shifokorning muntazam nazoratiga, murakkab tekshirish usullariga va davolashga muhtoj bemorlar shifoxonaga davolanish uchun yuboriladi. JSS Tashkiloti ekspertlari aytishicha, o'smirlik davri nisbatan muammolardan holi bo'lishiga qaramay, kritik davr hisoblanadi, chunki bu davrdagi noto'g'ri ovqatlanish va turli xil kasalliklar keyinchalik reproduktiv davrida katta asoratlarga sabab bo'lishi mumkin.

Sanitar-oqartuv ishlar oilaviy poliklinikalar, akusher-ginekologik muassasalar va perinatal markazlarning asosiy ish faoliyatining bir qismi hisoblanadi. Sanitariya-oqartuv ishlarining vazifalari: ginekologik kasalliklarni oldini olish, ayolning hayoti davrlarida salomatligini mustahkamlash, ona va bola uchun homiladorlikni va tug'ruqni ijobiy kechishini ta'minlash, abortga qarshi kurash va kontratsepsiya targ'ibotini faol olib borish. Sanitar-oqartuv ishlari quyidagi rejaga asosan o'tkaziladi: shifoxonada va konsultativ markazlarda, uchastkalarda, korxona, o'quv muassasalarida, fermer xo'jaliklarida.

Sanitar-oqartuv ishlari turli-xil shakllarda o'tkazilishi mumkin: suhbat va ma'ruzalar o'tkazish, ko'rgazmalar tashkil etish, sanitar-

oqartuv kitobchalar va sanbyulleten tayyorlash. Sanitar-oqartuv ishlarining mavzusini va turlarini akusher-ginekologlar aniqlaydilar va unda davo maskanlarining hozirgi vaqtdagi asosiy masalalarni inobatga olgan holda tashkil qiladilar.

Sogʻlom turmush tarzini oʻrgatishdan maqsad – inson salomatligini yaxshilash va saqlash, shuning uchun bir kishi kasal boʻlgan taqdirda ham hamshira mutaxassislarni jalb qilishi kerak. Shundan keyingina har bir mutaxassis oʻz vazifasini va davolash rejasini tuzib, sogʻlom turmush tarzini amalga oshirishi kerak. Sogʻlom turmush tarzini amalga oshirish uchun barcha aholini qamrab olinishi kerak. Ijtimoiy-iqtisodiy yordamni yaxshilanishi, sogʻlom turmush tarzini yaxshilanishiga olib keladi, bunda hamshiraning ham roli katta ahamiyatga ega.

REPRODUKTIV SALOMATLIK KONSEPTSIYASI

Oxirgi yillarda «Reproduktiv salomatlik va huquq» konsepsiya-siga katta eʼtibor berilmoqda. Bu konsepsiya onalikda hamshiralik parvarishida katta ahamiyatga ega, chunki bu konsepsiya onalik va bolalikni muhofaza qilishga katta eʼtibor beradi. Onalikda hamshiralik parvarishi mohiyati jadal ravishda rivojlanib kelmoqda. Shuning uchun reproduktiv salomatlik va huquqni tushungan holda onalikda hamshiralik parvarishida parvarish masalalarini qayta koʻrib chiqish kerak.

Reproduktiv salomatlik konsepsiyasini rivojlanishi:

1. 1990-yil – Fathalla tushunchasi (inson reproduksiyasi taraqqiyoti tekshirish maxsus dasturining rahbari). Reproduktiv salomatlik nafaqat reproduktiv davrida kasallik va patologiyalarni boʻlmasligi, balki jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatni toʻliqligidir.

2. 1992-yil – Oilani rejalashtirish Xalqaro federatsiyasi faoliyati reproduktiv salomatlikni yaxshilashga qaratilgan.

3. 1993-yil – Akusher-ginekologlarning Xalqaro kongressi reproduktiv salomatlikning 4 ta asosiy elementini belgiladi:

1. Homiladorlikdan saqlanishni nazorat qilish. Nafaqat homiladorlikdan saqlanish, balki bepushtlikni davolash ham zarur.

2. Har bir ayol bexatar homiladorlik va tug‘ish huquqiga ega.
3. Barcha yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sog‘lom va baquvvat bo‘lishlari kerak.

4. Jinsiy infektsiyalardan xalos bo‘lish kerak.

4. 1994-yil – BMTning uchinchi Xalqaro konferentsiyasida (Qohira, 1994-yil) aholishunoslik va taraqqiyot masalalari bo‘yicha quyidagi ish rejasi tasdiqlandi: «Reproduktiv salomatlikni saqlab qolish maqsadida zamonaviy oilani rejalashtirish usullarini ommalashtirish».

5. 1995-yil – To‘rtinchi ayollar Xalqaro konferentsiyasida quyidagi qonuniy projekt qayta tasdiqlangan «Ayol va salomatlik», bunda reproduktiv salomatlik konsepsiyasi, huquq hamda jinsiy salomatlik masalalari kiritildi. Deklaratsiyada asosan, har bir ayol o‘zining jinsiy salomatligini saqlashi kerak va bunga o‘zi javobgarligini bilishi kerak, chunki bu ayolning insoniy huquqidir.

REPRODUKTIV SALOMATLIK VA HUQUQ TUSHUNCHASI

Reproduktiv salomatlik nafaqat reproduktiv davrida kasallik va patologiyalarni bo‘lmasligi, balki jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatni to‘liqligidir. Reproductiv salomatlikka asosan, inson o‘zi uchun xavfsiz va qoniqarli bo‘lgan jinsiy aloqada bo‘lishi va qachon, qancha bola tug‘ishini o‘zi hal qilishi kerak. Ayol kontraseptiv usullarning samaradorligi haqida to‘liq axborotga ega bo‘lishi kerak va homiladorlikdan saqlanish usulini o‘zi tanlash huquqiga ega. Shu bilan bir qatorda, ayol bexatar homiladorlik va tug‘ruq huquqiga, sog‘lom farzandlar ko‘rishga va barcha xizmatlar bilan ta‘minlanish huquqiga ega.

AYOL REPRODUKTIV SALOMATLIGI VA HUQUQ MASALALARI

Ayollarning reproduktiv salomatligi erkaklarnikiga nisbatan xavf ostida turadi, chunki homiladorlik va tug‘ruq ayol organizmida ro‘y beradi. Masalan, istalmagan homiladorlik tufayli qilinadigan abort yoki

istalgan homiladorlikdan keyingi tug‘ruqda kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asoratlar ayolning reproduktiv salomatligiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Yaponiyadan kelgan ma’lumotlarga ko‘ra fertil yoshdagi ayollarning umumiy kasalliklari ichida 30% – jinsiy a’zo kasalliklarini tashkil qiladi; erkaklarda esa – 12% (bu ayollarga nisbatan 1/3 to‘g‘ri keladi). Jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar: ayollarda – 8,9%, erkaklarda esa – 1,5%. Ushbu ma’lumotlarga ko‘ra ayollar erkaklarga nisbatan jinsiy xavfga 3 baravar ko‘p uchraydilar. Reproductiv jarayonni kechishi hamda jinsiy a’zolari tuzilishi va faoliyati orqali jinsiy farq namoyon bo‘ladi. Ayollarning jinsiy a’zolaridagi kasallik belgilari kamdan-kam holatlarda namoyon bo‘ladi, ayollar o‘z xohishlariga ko‘ra profilaktik tekshiruvlardan o‘tmaydilar, shu sababli kasallikni tashxislash qiyin kechadi.

Har bir insonning individualligi reproduktiv salomatlik va seksuallik tushunchalariga ta’sir qiladi (onalik mohiyati integrasiyasi). Onalik salomatligini saqlash va yaxshilash ayolning reproduktiv salomatligiga bog‘liq. Ayollar sog‘lig‘ini muhofaza qilishning bugungi masalalari: reproduktiv salomatlik va huquqni himoyalash va bunga bog‘liq muammolarni aniqlash.

Nazorat uchun savollar:

1. Akusherlik va ginekologik yordam ko‘rsatish muassasalari ishini tashkil qilishi;
2. Tibbiyot hamshirasining vazifalari, o‘rni va ma’naviy qiyofasi.
3. Epidemiyaga qarshi sanitar-gigiyenik tadbirlar;
4. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash vazirligining 2003-yil 13-noyabrda 500-sonli buyrug‘ining mohiyati.

Tayanch so‘z va iboralar:

Tibbiy hamshira, oilaviy poliklinika, patronaj, gigiyena, akusherlik-ginekologiya majmuyi, qabul bo‘limi, fiziologik bo‘lim, observasiya bo‘limi, homiladorlar patologiyasi bo‘limi, chaqaloqlar bo‘limi, ginekologiya bo‘limi, sanitar-gigiyenik tadbirlar, epidemiyaga qarshi kurash.

IV BOB.
HOZIRDA VA KELAJAKDA
ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHINING
TAKOMILLASHUVI
SOG‘LIQNI SAQLASH STATISTIKASI HAQIDA
TUSHUNCHA

Statistika haqida tushuncha. Sog‘liqni saqlash tizimi statistikasi sog‘liqni saqlash tizimi ishlarini sifat va son ko‘rsatkichlari xususiyatlarini, butun aholining va ayrim kontingentlarning sog‘ligini, aholi orasida kasalliklarni tarqalganligi va kasallanish sur‘atini, sog‘liqni saqlash tizimidagi profilaktik va davolash ishlarini samaradorligini o‘rganish, hisobga olish monitoringini yuritish xizmatidir.

ONALIK VA BOLALIKNI MUHOFAZA QILISH
STATISTIKASINING TENDENTSIYASI
VA VAZIFALARI

Onalik va bolalikdagi statistik ma’lumotlar, Fuqarolik holatini daftarga yozish (FHDYo) muassasalari beradigan dalolatnomalar tug‘ilish, o‘lim, nikohdan o‘tganlar va ajralganlar haqidagi ma’lumotlarni yillik statistik hisoboti asosida olinadi. Tug‘ilganlar soniga faqat tirik tug‘ilganlar soni olinadi. Umumiy tug‘ilish – bu bir yilda o‘rtacha yillik aholining 1000 ta odamga nisbatan tirik tug‘ilgan bolalarning umumiy koeffisienti.

Tug‘ilishning umumiy koeffisienti fertil yoshdagi ayollarning soni ko‘payishiga bog‘liq. Yig‘ma koeffisient shuni ko‘rsatadiki, 49 yoshgacha bo‘lgan bitta ayolda o‘rtacha nechta bola tug‘ilishiga qarab hisoblanadi.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash vazirligi qoshida salomatlik va tibbiy statistika instituti va viloyatlarda uning filiallari

faoliyat ko‘rsatadi. Ularning asosiy vazifasi aholining salomatlik ko‘rsatkichlari, tug‘ilish va o‘lim, kasallanish ko‘rsatkichlari monitoringini yuritib, bu ko‘rsatkichlarni yaxshilash bo‘yicha tavsiyanomalar ishlab chiqish, aholi o‘rtasida sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish, sog‘lom avlodni, oilani shakllantirish bo‘yicha targ‘ibot-tashviqot ishlarini tashkillashtirishdan iborat.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha asosiy statistik ko‘rsatkichlar quyidagicha aniqlanadi.

1. Tug‘ilishning umumiy ko‘rsatkichi	$\frac{1 \text{ yilda tirik tug‘ilganlarni umumiy soni} \cdot 1000}{\text{aholini o‘rtacha yillik soni}}$
2. Chaqaloqlarni o‘limi ko‘rsatkichi	$\frac{\text{O‘lgan chaqaloqlar soni} \cdot 1000}{\text{bir yilda tirik va o‘lik tugilgan chaqaloqlar soni}}$
3. Perinatal o‘lim ko‘rsatkichi	$\frac{\text{O‘lik tug‘ilgan chaqaloqlar} + 168 \text{ soat ichida o‘lgan chaqaloqlar soni} \cdot 1000}{\text{bir yilda tirik va o‘lik tugilgan chaqaloqlar soni}}$
4. Onalar o‘limi ko‘rsatkichi	$\frac{\text{Onalar o‘limi holatlari soni} \cdot 1000}{\text{tugilgan chaqaloq soni}}$
5. Go‘daklar o‘limi ko‘rsatkichi	$\frac{\text{Bir yil davomida hayotining birinchi yilida o‘lgan bolalar} \cdot 1000}{\text{bir yilda tirik tugilgan chaqaloqlar soni}}$

Onalik va bolalikni himoya qilish masalalari davlat miqyosidagi ustuvor yo‘nalish hisoblanadi. O‘zbekistonda onalik va bolalikni muhofaza qilish borasida Prezident va Vazirlar Mahkamasining Qarorlari ishlab chiqilgan va amaliyotga tadbiq etilgan. Bunda fertil yoshdagi ayollar sog‘ligini mustahkamlash va bolalardagi kasalliklarni oldini olish masalalariga jiddiy e‘tibor qaratilgan. Bu borada sog‘liqni saqlash tizimining birlamchi bo‘g‘ini sifatini yaxshilash hamda ayollar va bolalarga asosiy tibbiy xizmat ko‘rsatish va kerakli dorilarni yetkazib berishni o‘z ichiga olgan rejalar tuzilgan.

ONALIK VA BOLALIKNI MUHOFAZA QILISH TIZIMI ISLOHOTLARI

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimiga oid islohotlar quyidagi dasturlar asosida amalga oshirilmoqda: «Sogʻlom avlod», «Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollar sogʻligini mustahkamlash, sogʻlom avlodni tugʻilishi va tarbiyasi», «Turmush qurayotgan shaxslarni tibbiy koʻrikdan oʻtkazish», «Ona va bola skriningi», «Ayollar sogʻligini mustaxkamlash, sogʻlom avlodni tugʻilishi va tarbiyasi», «Sihat salomatlik yili».

Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 1998-yil 10-noyabrdagi «Sogʻliqni saqlash tizimini isloh qilishning davlat Dasturi toʻgʻrisida»gi PF-2107-sonli Farmoniga binoan sogʻliqni saqlash tizimining barcha jabhalar, xususan onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimining islohotlari keng koʻlamda amalga oshirilib kelinmoqda. Farmonga binoan sogʻliqni saqlash tizimini isloh qilishdan maqsad – aholi sogʻligini saqlash va yaxshilash tizimini takomillashtirish hamda sogʻlom avlodni tarbiyalash, maʼnaviy va jismoniy barkamol avlodni shakllantirishdan iborat. Ushbu farmonni amalga oshirish uchun quyidagi tamoyillarga asoslanadi: fuqarolarning konstitutsiyaviy huquqini saqlab qolgan holda yuqori malakali tibbiy xizmat va ijtimoiy himoyalash ishlarini taʼminlash, tibbiy xizmat koʻrsatishning barcha turlari bilan qamrab olishda aholining hamma qatlamlariga teng sharoitlarni yaratish, aholi sogʻligʻi holati va yashash muhitini davlat tomonidan nazorat qilinishi, bozor iqtisodi tamoyillari va mexanizmlarini sogʻliqni saqlash tizimiga qoʻllash va isloh qilish, ona va bola sogʻligʻini himoya qilishning samarador tizimini yaratish, sogʻliqni saqlash tizimida kasallikning oldini olishni rivojlantirish hamda sogʻlom turmush tarzini, ratsional ovqatlanishni, jismoniy madaniyat va sportni ommalashtirish, bepul shoshilinch tibbiy yordam koʻrsatish bilan birga bosqichma-bosqich pullik xizmat turlariga umumiy va maxsus davolash muassalarini oʻtkazish hamda tibbiy sugʻurta tizimini rivojlantirish, xususiy tibbiy yordam koʻrsatish xizmati rivojlanishini tezlashtirish, aholi sogʻligini saqlashga qaratilgan budjet mablagʻlari samaradorligini oshirish.

Sogʻliqni saqlash tizimini isloh qilishning asosiy masalalari, aholini davlat tomonidan kafolatlangan sifatli birlamchi tibbiy yordam

bilan ta'minlash, aholiga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tizimini mustahkamlash, davolash-profilaktika muassasalari tizimini tashkil etish va tarmoqlarini joylashtirishni takomillashtirish hamda umumiy amaliyot shifokori tizimiga bosqichma-bosqich o'tishni ta'minlash, pullik tibbiy yordam ko'rsatish bozorini va tibbiy sug'urtani tashkil etish, farmonda ko'zda tutilgan vazifalarni amalga oshirish uchun Vazirlar Mahkamasining soha rivojiga bag'ishlangan Qarorlari va davlat dasturlari qabul qilindi. Shu dasturlardan biri 2000-yil 15-fevralda qabul qilingan «Sog'lom avlod» Davlat dasturida ma'naviy boy, yuqori malakali, jismonan baquvvat, barkamol va umuminsoniy qadriyatlarga asoslangan har tomonlama shakllangan shaxsni tarbiyalash maqsadida, O'zbekistonda 2000-yil – «Sog'lom avlod yili» deb e'lon qilinishi, hamda sog'lom avlodni o'stirish va tarbiyalashga yo'naltirilgan kompleks chora-tadbirlar ishlab chiqildi va uni amalga oshirish tadbirlari belgilandi. «Sog'lom avlod» dasturi quyidagi maqsadlarga yo'naltirilgan: Sog'lom avlod tug'ilishi uchun davlat, jamiyat va oila g'amxo'rliги va e'tiborini kuchaytirish, oilada ma'naviy-axloqiy muhitni rivojlantirish va sog'lom oilani shakllantirish uchun sharoitlarni takomillashtirish, bolalarga ta'lim va tarbiya berish bilan birga sog'ligini mustahkamlash uchun sharoitlarni yaxshilash, jamiyatning ruhiy ongida har tomonlama barkamol va sog'lom avlodni tug'ilishi va tarbiyasiga ma'suliyatni shakllantirish, sog'lom avlodni tug'ilishi va tarbiyasi bo'yicha aholini ommaviy tarzda o'qitish tizimini yaratish.

Bundan tashqari 2002-yil 25-yanvarda qabul qilingan «Ayollar sog'ligi va o'sib kelayotgan avlod sog'ligini mustahkamlashning qo'shimcha chora-tadbirlari» haqidagi, 2002-yil 5-iyulda qabul qilingan «Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollarning sog'ligini mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalashning ustuvor yo'nalishlarini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi Vazirlar Mahkamasining Qarorlari aholining ijtimoiy himoyasini kuchaytirish, oila manfaatlarini himoyalash, ayollarga ahamiyatni kuchaytirish hamda sog'lom avlodni shakllantirish – respublikada ijtimoiy-demografik holatni yaxshilanishga qaratilgan. Qarorlar ijrosini ta'minlash oqibatida, oila institutlari mustahkamlanmoqda,

go‘daklar o‘limi kamaymoqda, yoshga qarab tug‘ruq tizimi yaxshilanoqda hamda aholining o‘rtacha yashash umri uzaymoqda. Shu bilan bir qatorda respublika regionlarida aholining reproduktiv salomatligi chuqur tahlil etilgandagi ko‘rsatkichlarga qarab, bu borada o‘tkazilgan chora-tadbirlar hali yetarli emasligi aniqlandi.

Shu sababli davlat tomonidan doimiy faoliyat ko‘rsatadigan ishchi guruhlar tuzilib, ularga quyidagi vazifalar yuklatildi:

- regionlar miqyosida demografik holat o‘rganilishi va tahlil qilinishi;
- reproduktiv salomatlikni mustahkamlash chora-tadbirlari samaradorligini oshirish va ushbu jarayonga salbiy ta‘sir ko‘rsatayotgan muammolarni yechish;
- reproduktiv salomatlikni yaxshilash, oilada yoshlar o‘rtasida tibbiy madaniyatni o‘stirish, sog‘lom avlodni dunyoga keltirish va tarbiyalash uchun aniq chora-tadbirlar va yo‘nalishlarni ishlab chiqish;
- har bir shahar va qishloq hududlarida sog‘lom avlod tug‘ilishi va tarbiyalanishi bo‘yicha qilingan yillik kompleks chora-tadbirlar monitoringi hamda onalar va bolalarga g‘amxo‘rlikni kuchaytirish va oilani mustahkamlash borasida amalga oshirilgan ishlarni nazorat qilinishi.
- sog‘lom oilani shakllantirish muammolari va «sog‘lom ona – sog‘lom bola» masalalarini maqsadli ravishda amalga oshirish bo‘yicha turmush qurayotgan yoshlar, ayollar va aholi o‘rtasida tushuntirish ishlarini xotin-qizlar qo‘mitasi, mahalla fuqarolar yig‘ini, poliklinika va QVP mutaxassislari tomonidan televidenie, radio va ommaviy axborot vositalari yordamida tushuntirish ishlarini olib borish.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimini takomillashtirish maqsadida tug‘ruqqa yordam ko‘rsatish muassasalarining moddiy-texnika bazasini mustahkamlash. Bu loyiha bo‘yicha onalikni va bolalikni muhofaza qilish xizmatini takomillashtirish mamlakatning aholi zich joylashgan regionlarida yuqori darajaga ko‘tarish.

Vazirlar Mahkamasining 2003-yil 25-avgustdagi «Oila qurayotgan yoshlarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish bo‘yicha nizomni tasdiqlash haqi-

da»gi 365-sonli qaroriga binoan FHDYo bo‘limlarida yoshlardan turmush qurish haqidagi ariza qabul qilinganda, tibbiy ko‘rikdan o‘tish uchun poliklinikaga yo‘llanma beriladi. Nikohdan o‘tuvchi yoshlarni sifatli tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishni ta‘minlash va tekshiruv natijalari bilan turmush qurayotganlarni tanishtirish shahar va tumanlardagi ko‘p tarmoqli poliklinikalar zimmasiga yuklatiladi. Tibbiy ko‘rikdan o‘tganligi haqida ma‘lumotnomasi bo‘lmagan shaxslar nikohdan o‘tkazilishi qayd qilinmaydi

Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollar sog‘ligini mustaxkamlash, sog‘lom avlodni dunyoga keltirish va tarbiyalash bo‘yicha maqsadli dasturni amalga oshirish uchun «Ona va bola skrining markazlari» tashkil etildi. Bu markazlarning asosiy vazifasi homilador ayollar va chaqaloqlardagi tug‘ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash va oldini olishdan iborat.

Ayollar va voyaga etayotgan avlodni sog‘ligini mustaxkamlash, aholining tibbiy madaniyatini oshirish, ayollar sog‘ligini mustaxkamlash uchun sharoitlar yaratish, sog‘lom bola tug‘ish va tarbiyalash uchun sog‘lom muhitni shakllantirish va oilaviy xotirjamlikni ta‘minlash maqsadida qo‘shimcha chora-tadbirlar ishlab chiqildi. Bu maqsadli dasturda ayollar va bolalar sog‘lig‘ini himoya qilishni kuchaytirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar quyidagilarga asoslanadi:

- ekstragenital kasalliklari bo‘lgan o‘smir qizlar va fertil yoshdagi ayollar orasida kasalliklarni erta aniqlash va davolash, tibbiy mone‘liklari bo‘lgan ayollarda istalmagan homiladorlikni oldini olish, anemiyasi bo‘lgan barcha homilador ayollarga statsionarlarda tarkibida temir moddasi bo‘lgan preparatlar bilan davolashni ta‘minlash.
- reproduktiv salomatlik bo‘yicha yoshlarning tibbiy madaniyati va bilimlarini oshirish, aholining keng qatlamlariga qarindosh-urug‘lar o‘rtasidagi nikohni va barvaqt turmush qurishni oldini olish dolzarbligni hamda tug‘ruqlar orasidagi ma‘lum oraliqni saqlash kerakligini yetkazish. Kadrlarni qayta tayyorlashni takomillashtirish maqsadida akusher-ginekologlar, bolalar ginekologi, pediatrlar, anesteziologlar va umumiy amaliyot

shifokorlari respublikadagi yetakchi klinikalarda malakalarini oshirishlari lozim. Bunda akusherlik, ginekologiya, pediatriya sohasidagi dolzarb masalalarni ko‘rib chiqish hamda tug‘ruqda yordam ko‘rsatish va bolalar davolash muassasalari ishchilarini yetakchi xorijiy tibbiy muassasalarda yillik malaka oshirishlari ko‘zda tutilgan.

2005-yil 25-yanvarda «Sihat salomatlik yili» Davlat dasturi qabul qilindi. Dasturda jamiyatda sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga, aholining salomatligini mustahkamlashga, jismonan baquvvat va ruhan boy bo‘lgan yosh avlodni tarbiyalashga yo‘naltirilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish ko‘zda tutilgan, «Sihat salomatlik yili» Davlat dasturining asosiy yo‘nalishlari, maqsad va vazifalari:

Insonlarda o‘zining sog‘lig‘ini saqlashda ma’suliyatli munosabatda bo‘lish, sog‘liqni bebaho boylik ekanligini anglash, sog‘lom turmush tarzini kechirish, hayot faoliyatini ongli ravishda boshqarish, zararli odatlardan voz kechish, salomatlikka intilish, jismoniy va ruhiy rivojlanishning uyg‘unligiga yo‘naltirilgan hayotiy falsafani shakllantirish.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha tadbirlar va loyihalarni amalga oshirish, ona va bola sog‘lig‘ini mustahkamlash, reproduktiv salomatlikni yaxshilash, tibbiy madaniyatni oshirish va oilada turmush tarzini sog‘lomlashtirish hamda jismonan sog‘lom va barkamol rivojlangan bolalar tug‘ilishini va tarbiyasini ta’minlash.

ONALIK VA BOLALIKNI MUHOFAZA QILISHNING RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI

- Bolalar va tug‘ruqda yordam ko‘rsatish muassasalari integratsiyasi.
- Bexatar onalikni ta’minlash ishlarini takomillashtirish, tug‘ish yoshidagi ayollar sog‘lig‘ini mustahkamlash va saqlash.
- Ayollar va bolalarga birlamchi tibbiy sanitariya yordamini yaxshilash.
- Chaqaloqlarda tug‘ma va irsiy nuqsonlarni barvaqt aniqlash, bolalikdan nogiron bo‘lib tug‘ilishni oldini olish maqsadida «Ona va bola skrining» markazlarini tashkil etish.

- Ayollar va bolalar sog‘lig‘ini tekshirish uchun maxsus tibbiy genetik markazlarni rivojlantirish.
- Pediatriya xizmati sifatini oshirish va tizimini yaxshilash.
- Respublikada gematologik yordam ko‘rsatish xizmatini rivojlantirish.

Hamshira shunday shaxski, u kompetent litsenziyasiga ega bo‘lib, hamshiralik parvarishini amalga oshiradi. Hamshiralik parvarishi ko‘rsatayotganda tibbiyot hamshirasi etikaga rioya qilishi kerak. Tibbiyot hamshirasi jamiyatda o‘rnatilgan axloqiy-etik normalarga amal qilib faoliyat ko‘rsatishi kerak.

Hamshiralik ishi etikasi hamshiralik ishi asoslari fanida o‘rganiladi, onalikdagi hamshiralik parvarishi inson hayoti bilan bog‘liq bo‘lgani uchun, hamshiralik parvarishi etikasi bioetika nuqtai nazaridan ko‘rib chiqiladi.

Bioetik muammolar (reproduktiv tibbiyotning rivojlanishi va etika). Keyingi vaqtlarda tibbiyot rivojlanishi bilan «bioetika» tushunchasiga ko‘p ahamiyat berilmoqda. Bioetika – bu insoniy qadriyatlar va tibbiy amaliyot kesishganda yuzaga keladigan bilim va muammolardir. Inson hayoti shunday muammo tug‘diradiki, uni demokratik ravishda yechib bo‘lmaydi. Bioetika insoniyatni omon qolishi muammolarini ko‘rib o‘rganadi. Bioetikaning asosiy tamoyili – butun insoniyatning hayotini saqlab qolishga qaratilgan. Insoniyat hayotini saqlab qolish uchun tibbiyotda bioetika fani paydo bo‘ldi. Onalikda hamshiralik parvarishi bioetikaning quyidagi masalalari o‘rganiladi: homiladorlikni sun‘iy to‘xtatish, ekstrakorporal urug‘lantirish, surrogat onalik (Yaponiyada ta‘qiqlangan), homiladorlik diagnostikasi va homilaning holatini o‘rganish, sun‘iy urug‘lantirish, tug‘ruqda meditsina yordamini ko‘rsatish. Inson hayotining boshlanish chegarasi (insonning paydo bo‘lishi): BJSST bo‘yicha homila 12 haftaligidan boshlab inson hisoblanadi, o‘lik tug‘ilish homilaning 12 haftaligidan belgilanadi. Islomda: urug‘lanishdan keyingi 40-chi kundan boshlab, homila inson hayotiga kiritiladi. O‘zbekiston Respublikasi jinoyat kodeksida tug‘ruq vaqtida bolaning biron bir qismi ko‘rinishidan inson hayotining boshlanishi hisoblanadi. Yaponiya fuqarolik kodeksi bo‘yicha urug‘lanishi bilan bosh-

lanadi, Yaponiya jinoyat kodeksi bo'yicha tug'ruqda homila boshi ko'ringach.

Inson hayotini boshlanishi har bir davlatda har xil baholanadi, shuning uchun hayot boshlanishining aniq chegarasi aniqlanmagan.

Bioetikaning kelib chiqish sabablari: Tibbiyot va texnologiya sohasining jadal sur'atlarda rivojlanib ketishi, masalan: komada yotgan bemor hayotini saqlab qolish, homilani diagnostikasi (nuqsonli homilani abort qildirishdagi ikkilanish), inson qo'llari bilan naslni davom ettirishi (ekstrakorporal urug'lantirish) kabi masalalar asosiy sabablar hisoblanadi.

Inson istaklarini qoniqtirishda tibbiyot chegaralarini aniqlash maqsadida biotibbiy etika kirib keldi. Har bir inson absolyut ravishda qadr-qimmatga va yashash huquqiga egaligi hayot qoidasi hisoblanadi.

Bioetika va g'amxo'rlik. Bioetika va g'amxo'rlik aniq va samarali bilim va ko'nikmalarni qo'llashni, har bir insonga individual yondoshuvni va quyidagilarga amal qilishni talab qiladi.

- Aniqlik – mijoz o'zining kasalligi va davolash usullari haqida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi;
- Erkinlik – mustaqil ravishda (davolanayotgan obyekt) yashash yoki o'limni tanlash huquqiga ega;
- Haqgo'ylik – shifokorlar mijozlarga to'g'ri ma'lumot berishlari kerak va yolg'on gapirmasligi shart;
- Mehribonlik – har qanday sharoitda ham bemorga g'amxo'rlik qilish xushmuomala bo'lish.

Parvarish qilinganda yuqoridagi 4 ta tushunchaga amal qilinmasa, to'liq parvarishga erishib bo'lmaydi. Hamshiralik parvarishida mijoz roziligi muhim ahamiyat kasb etadi.

Homilador parvarishda bioetika va etika sohasi butun insoniyat uchun tegishlidir, har bir inson o'zi mustaqil qaror qabul qilishi kerak. Demak bioetika sohasi va hamshiralik etikasi har bir insonga tegishli. Shifokor bemorga davolash haqidagi to'g'ri va tushunarli ma'lumotni beradi. Hamshira parvarishining roli esa mijozga to'g'ri qaror qabul qilish uchun yordam berishdan iborat. Qarorni mijoz o'zi qabul qilishi kerak, inson hayoti qadriyatlar tizimiga bog'liq, o'zini anglash huquqi tamoyillariga asoslanib qaror qabul qiladi.

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BIOETIK QARORLAR MODELI

Bunda Tompsonning bioetik qaror qabul qilish modeli asos bo'lib hisoblanadi. Bu model bo'yicha, har bir shaxsning qaror qabul qilishi, uning kasbiy qarashlari va qadriyatlarini hisobga olgan holda ko'rib chiqiladi. Bu model bir butun jarayon bo'lib, qiyin vaziyatlarda, to'g'ri qaror qabul qilish uchun katta yordam beradi. **1-bosqich:** Qaror qabul qilish uchun kerak bo'lganda, insonning asosiy huquqlarini hurmat qilgan tarzda muammoni ko'rib chiqish; **2-bosqich:** etikaning qonunlar bilan bog'liqligi asosida qo'shimcha ma'lumotlarni yig'ish; **3-bosqich:** etik muammolarni muvofiqlashtirish va xavotirlanish; **4-bosqich:** alohida inson va mutaxassis sifatida aniq axloqiy vaziyatni belgilash; **5-bosqich:** muhim ahamiyatga ega – insonlarning axloqiy vaziyatini ya'ni tafovut va tushunmovchiliklarni aniqlash; **6-bosqich:** qadriyatlarga qarashlarning qarama-qarshiliklarini aniqlash; **7-bosqich:** qaror qabul qiluvchi shaxsni aniqlash; **8-bosqich:** harakat sohasi va natijani aniqlash; **9-bosqich:** harakat yo'nalishini aniqlash va ularni amalga oshirish; **10-bosqich:** qabul qilingan qaror natijalarini baholash va muhokama qilish Qaror qabul qilish jarayoni yuqoridagi 10 ta bosqichdan iborat. Ammo etik masalalarni hal etishda absolyut to'g'ri qaror qabul qilish mumkin emas. Shuning uchun aniq bir muammoning qarorini qabul qilish uchun ko'p xildagi to'g'ri javoblardan foydalanish lozim.

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA QO'LLANILADIGAN NAZARIYALAR

Har bir sohada, mutaxassisni tarbiyalash uchun maxsus bilim va ko'nikmalar kerak, hamshiralik kasbi mutaxassisini tarbiyalash ham bundan mustasno emas. Hamshiralik ishi nazariyasida ikkita nuqtai nazar mavjud. **Birinchi:** «Hamshiralik ishi nima?» nazariyasi ko'rib chiqiladi, unda hamshiralikning jamiyatdagi o'rni, hamshiraning vazifalari, hamshira faoliyatining yo'nalishi tahlil qilinadi. **Ikkinchidan:** amaliyotda hamshiralik parvarishi ko'rib chiqiladi, bunda

hamshira ish joyidagi asosiy talablar, hamshiralik tekshiruvlari, hamshiralik kasbiga qarashlar bilan birga o'z bilim darajasini va ish sifatini oshirishi tahlil qilinadi.

Onalikda hamshiralik parvarishi, hamshiralik parvarishining bir yo'nalishi bo'lib, uning parvarish nazariyasi katta ahamiyatga ega. Bu nazariyalarni qo'llaganda onalikda hamshiralik parvarishining o'ziga hos xususiyatlarini e'tiborga olish lozim.

- Inson uchun har tomonlama tushunarli va sodda bo'lgan hamshiralik parvarishi nazariyasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.
- Hamshiralik ishi mafkurasida insonga nisbatan eng yaqin bo'lgan nazariyalar qo'llaniladi. Masalan: Xenderson nazariyasini (Ehtiyojlar nazariyasi) jins va reproduksiya tushunchalarini qo'shgan holda qo'llash mumkin.
- Onalikda hamshiralik parvarishida Wellness (sog'liq) bo'yicha hamshiralik tashxisini, sog'liqni yaxshilash uchun qo'llash mumkin.
- Onalikda hamshiralik parvarishi jins va reproduksiya kabi, fiziologik holatlarni o'z ichiga olganligi sababli, hamshiralik tashxisini qo'yishda ikki tomonlama tashxis aniqlanadi: muammolarni aniqlash (kasallik holatiga ko'ra) va Wellness hamshiralik tashxisi (sog'liq holatini yaxshilash).

Hamshiralik parvarishi amaliyoti va nazariyasi: Sevgi nazariyasi (bog'liqlik) hamda ona va bolaning bir-biriga bog'liqligi nazariyasi eng ko'p qo'llaniladigan nazariyalardir. Chunki bu nazariyalar inson tug'ilishi bilan ishonchli munosabatlar shakllanishiga ta'sir ko'rsatadi.

A. Sevgi nazariyasi (bog'liqlik). Bog'liqlik – bu ma'lum bir obyektlar o'rtasida sevgi rishtalarini shakllanishidir. Bu rishtalar qisqa yoki uzoq vaqt davomida bog'lanadi. Bolaning tug'ilishi bilan paydo bo'lgan tug'ma reflekslari: ko'krak so'rishi, atrofidagi odamlarni tanishi, ularga bog'lanishi, kulgisi, qarashlari bolani ijtimoiy muhitga moslashuvi uchun asosiy kuch hisoblanadi. Tug'ilgandan so'nggi 1 soat ichida ona va bola o'rtasida bog'lanish shakllana boshlaydi. Bu bog'lanish nazariyasi hisoblanadi. Ona bilan bola bog'lanishini

shakllanishi masalalarini ko'rib chiqishda «bog'liqlik nazariyasini» inobatga olish katta ahamiyat kasb etadi.

B. Ona va bolaning o'zaro bog'lanishi nazariyasi M.N. Klaus va J.H. Kennelning «Ona va bola rishtalari» nazariyasida ona qanchalik barvaqt bolasi bilan yaqinlashsa, shunchalik ularning o'zaro bog'liqligi tezroq rivojlanadi. Ona bilan bolaning ruhiy bog'liqligi bir-biriga bo'lgan bog'lanishning rivojlanishini kafolatlaydi. Ona va bolani o'zaro bog'liqligi jadal sur'atlarda rivojlanishi emotsional, endokrin, fiziologik va immunologik harakatlar mexanizmi kuchayishiga olib keladi.

C. Jins va reproduksiyaning o'z ichiga olgan Xenderson nuqtai nazaridagi nazariya.

D. Onalarda hamshiralik parvarishi Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisining qo'llanishi.

Obyektni tushunish. Mijozning umumiy holatini tushunish: mijozni har tomonlama tushunish uchun Xenderson nazariyasini qo'llash, jins va reproduksiya punktlari (perinatal davr), perinatal davrda bo'ladigan o'zgarishlarni tushunish (homiladorlik, tug'ruq va chilla davrlari), rivojlanish bosqichlarini tushunish (rivojlanish jarayoni va yangi rolni qabul etish jarayoni), jamiyatga bo'lgan munosabatini tushunish va turmush tarzi, jins va reproduksiya punktlarini qo'shish, munosabat va rol, onalardagi harakatlar, oiladagi munosabatlarni boshqarish, sevgini shakllanishi, yordamlashish tizimi, ernaing va oila a'zolarining bog'liqligi, anglash va baholash, homiladorlik va tug'ruqni qabul qilish, ota-onaga bo'lishni anglash, tanadagi o'zgarishlarni to'g'ri qabul qilish, bolani tarbiyalashda tegishli bilim va turmush tarzini boshqarish, stress holatlarda choratadbirlar ko'rish kabi omillar obyektni tushunishga yordam beradi.

Salomatlik muammolari. Asosiy talablarga muvofiq keluvchi asoslangan qaror qabul qilish: kasallikning normal kechishi uchun to'siqlar mavjudligi, kelib chiqishi mumkin bo'lgan muammolarning rivojlanishi, hozirgi vaqtda mavjud bo'lgan talablarni yaxshilash va qo'llab-quvvatlash shartligi, qoniqtirilmagan talablar muammolarini topish va qaror qabul qilishning tartibi muhimligini o'ylab ko'rish,

jismoniy tomondan ko'krak va bachadonda kuzatiladigan progressiv va regressiv o'zgarishlar, ruhiy ijtimoiy tomondan o'zgarishlar, mustaqil parvarish bo'yicha harakatlar, salomatlik muammolari va salomatlik holati tashxisini o'tkazish, perinatal davrning qaysi vaqtida qanday o'zgarishlar kuzatilishi, kuzatilayotgan o'zgarishlar turmush tarzi bilan bog'liqligi, insonning tayyorlanish imkoniyati, insonning imkoniyati, insonni qo'llab quvvatlovchi tizim mavjudligiga, avvalgi salomatlikning buzilishida hozirgi sabablariga, salomatlik yaxshilanishi uchun turmush tarzini qanday usulda boshqarishiga qarab salomatlik holati tashxisi qo'yiladi.

Hamshiralik parvarishi rejasi. Hamshiralik parvarishi yo'nalishi qarori, qarorga bog'liq hamshiralik parvarishi masalalari, kutilayotgan natijalar, aniq tadbirlar, kuzatish, chilla davridagi involyutsiya va regressiv o'zgarishlar, ona va bola bog'liqligining shakllanishi, ota-onaga bo'lish rolini egallash, yangi tug'ilgan chaqaloqning ona qornidan tashqarida tashqi muhitga moslashuvi, me'yordan chetga chiqishlar, g'amxo'rlik, jinsiy a'zolar va butun tanadagi involyutsiyaning kuchayishi, sekretiya faoliyatining kuchayishi (ko'krak suti kelishi), infektsiyaning oldini olish, yoqimsiz holatlarni bartaraf etish, ona va bola o'rtasidagi bog'lanishning shakllanishiga yordam ko'rsatish, me'yordan cheklanishlarda yordam ko'rsatish, boshqaruv, salomatlikni muhofaza qilish bo'yicha tavsiyalar, tana va bachadondagi involyutsiyani tezlashtirish (chilla davri gimnastikasi), ona suti bilan boqishni shakllantirish bo'yicha tavsiyalar, me'yordan cheklanishlarni oldini olish.

Baholash. Baholash nuqtai nafari: mijoz tushunchasining mos kelishi, maqsadga erishganligi, ko'rsatiladigan yordamning xavfsiz va qulayligi.

V BOB.

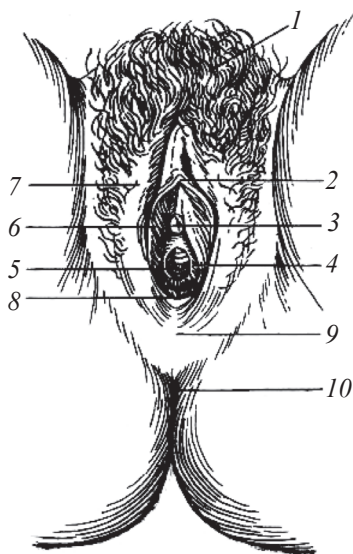
AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy a'zolarini tashqi va ichki jinsiy a'zolarga ajratiladi. Tashqi jinsiy a'zolar asosan jinsiy his a'zolari hisoblanadi; ichki jinsiy a'zolar homilani yetiltirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.

TASHQI JINSIY A'ZOLAR (*Genitalia externa*)

Tashqi jinsiy a'zolarga qov, katta va kichik (uyatli) jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uning katta bezlari – Bartolin bezlari kiradi (1-rasm), tashqi va ichki jinsiy a'zolar o'rtasidagi chegara qizlik pardasi (hymen) hisoblanadi.

Qov (*mons pubis*) simfizning oldingi va yuqori tomonida joylashgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i) dan iborat. Qov jun bilan qoplangan bo'ladi. Bolalik davrida qov junsiz bo'ladi, keksalik davrida esa qovdagi jun siyraklashib qoladi. Qov junining o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq.



1-rasm. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari

1 – qov; 2 – klitor; 3 – siydik chiqarish kanali (uretra) ning tashqi teshigi; 4 – qizlik pardasi; 5 – qin kirish qismi; 6 – kichik jinsiy lab; 7 – katta jinsiy lab; 8 – orqa bitishma; 9 – oraliq; 10 – orqa chiqaruv teshigi

Katta jinsiy lablar (*labia pudendae majora*) – uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat. Teri ostida qalin yog‘ qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o‘tadi. Katta jinsiy lablar orasi **jinsiy yoriq** (*rima pudendi*) deb ataladi. Katta jinsiy lablar bag‘rida **qin dahlizining katta bezlari – Bartolin bezlari** (*glandulae Bartholini*) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar-naysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo‘li orqali tashqariga chiqadi, bu yo‘lning uzunligi 1,5–2 sm. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo‘limlari bag‘rida yotadi, ularning chiqarish yo‘llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan hosil bo‘lgan egatga ochiladi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudendae minora*) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo‘lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo‘ylab yotadi.

Klitor (*clitoris*) – kichkina konussimon tuzilma (erkaklar jinsiy a‘zosi (*penis*) ga analog a‘zo) bo‘lib, qo‘shilib ketgan ikkita (g‘orsimon) tanadan iborat. G‘orsimon tanalarda tutash bo‘shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo‘shliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarning qo‘shilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina do‘mboqchaga o‘xshab turtib chiqib turadi.

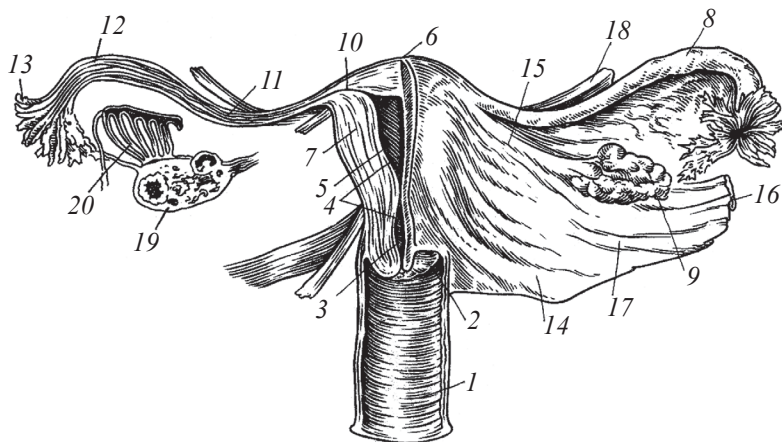
Qizlik pardasi (*hymen*) qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan bo‘lib, iffatli qizlarda qin kirish qismini to‘sib turadi. Qizlik pardasining teshigi bo‘ladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, kungirador va naysimon shaklda bo‘ladi. Ba‘zan qizlik pardasining ikkita yoki bir nechta mayda teshigi kuzatiladi, goho yaxlit (teshiksiz) bo‘ladi. Qizlik pardasi tug‘ma teshiksiz bo‘lishi yoki bolalik davrida vulva yallig‘lanishi natijasida teshigi berkilib qolishi mumkin.

Birinchi jinsiy aloqada qizlik pardasi yirtiladi, ayni vaqtda yorilgan tomirlardan qon oqadi. Qizlik pardasidan gimenal so‘rg‘ichlar (*carunculae hymenales*) qoladi.

ICHKI JINSIY A'ZOLAR (Genitalia interna)

Ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon, bachadon naylari (tuxum yo'llari) va tuxumdonlar kiradi (2-rasm).

Qin (*vagina s. colpos*) – kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon, muskulli elastik a'zodir. Qin oldindan va pastdan orqaga ham yuqoriga qarab boradi, qizlik pardasidan boshlanib, bachadon bo'yniga yopishadigan joyda tugaydi. Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaruvchan bo'ladi. Qinning oldingi devori o'rta hisobda 7–8 sm, orqa devori esa 1,5–2 sm dan uzunroq. Qin cho'ziluvchanligiga yarasha eni o'zgaradi, u o'rta hisobda 2–3 sm bo'ladi, shu bilan birga qinning pastki bo'limi torroq, yuqori bo'limi kengroq.



2-rasm. Ayolning ichki jinsiy a'zolari (frontal sathdan kesilgan).

1 – qin; 2 – bachadon bo'ynining qindagi qismi; 3 – bachadon bo'ynining kanali; 4 – bachadon bo'g'zi; 5 – bachadon bo'shlig'i; 6 – bachadon tubi; 7 – bachadon devori 8 – bachadon nayi (tuxum yo'li); 9 – tuxumdon; 10 – bachadon nayining interstitial qismi; 11 – bachadon nayining istmik (bo'g'iz) qismi; 12 – bachadon nayining ampulyar qismi; 13 – bachadon nayining shokilalari (fimbriyalari); 14 – dumg'aza-bachadon boylami; 15 – tuxumdonning o'z boylami; 16 – voronka-chanoq boylami; 17 – bachadonning serbar boylami; 18 – yumaloq boylami; 19 – tuxumdon (kesilgan), follikula va sariq tana bilan birga ko'rsatilgan; 20 – parovarium.

Qin shilliq pardasida bezlar yo‘q. Qin sekretining suyuq qismi qon va limfa tomirlaridan suyuqlik sizib chiqish yo‘li bilan hosil bo‘ladi; unga qin epiteliysining ko‘chib tushuvchi hujayralari, mikroorganizmlar va leykositlar aralashadi. Qin sekretini oqimtir, o‘ziga xos hidli, ozgina bo‘lsa ham qin shilliq pardasining namlanishiga kifoya qiladi. Sog‘lom ayol qin chiqindilarini sezmaydi. Balog‘atga yetish davrida qin sekretini sut kislotasi borligidan kislotali reaksiyada bo‘ladi. Qin epiteliysining hujayralaridagi glikogen qin basillalari (*Bacillus vaginalis*) ning hayot faoliyati natijasida hosil bo‘ladigan moddalar ta‘sirida parchalanib, sut kislotasi hosil qiladi. Qin basillalari (*Doderley* tayog‘chalar) sog‘lom ayollar qinida doim yashaydigan mikroorganizmlar (normal flora) hisoblanadi.

Mikroflora harakteriga qarab qin tozaligi to‘rt darajaga bo‘linadi.

Tozalikning birinchi darajasi. Qin sekretida faqat qin basillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiyasi kislotali.

Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin basillalari kamroq yakkam-dukkam leykositlar va comma variabile tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayog‘chalar), ko‘pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin basillalari kam, bakteriylarning boshqa turlari (ayniqsa kokklar) ko‘proq, bir talay leykositlar topiladi. Reaksiyasi sal-pal ishqoriy.

Tozalikning to‘rtinchi darajasi. Qin basillalari yo‘q, patogen mikroblar (kokklar, comma variabile, trixomonadalar, zamburug‘lar va hokazo) bilan leykositlar juda ko‘p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to‘rtinchi darajalari odatda patologik jarayonlarda uchraydi, ya‘ni uchinchi darajasi qin va bachadonning surunkali yallig‘lanishi, to‘rtinchi darajasi o‘tkir yallig‘lanish kasalliklariga xos alomatlardir.

Bachadon (*uterus s. gysterus*) – silliq muskulli kovak a‘zo bo‘lib, shaklan oldindan orqaga qarab sal-pal yassilangan nokka o‘xshaydi.

Bachadonning quyidagi bo‘limlari bor: 1) tanasi (corpus), 2) bo‘g‘zi (isthmus) va 3) bo‘yni (cervix, collum) (2-rasmga qaralsin).

Bachadonning yuqori qismini **tanasi** deb atashadi. Bachadon tanasining gumbaz shaklida ko‘tariladigan, bachadon naylarining

yopishish chizig'idan yuqoriroqdagi qismi bachadon tubi (fundus) deb ataladi.

Bachadon **bo'g'zi** tanasi bilan bo'yni orasidagi qariyib 1 sm uzunlikdagi qismidir. Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga qo'shilib ketadi. Bachadon bo'g'zi shilliq pardasining tuzilishi jihatidan bachadon tanasiga, devorining tuzilishi jihatidan bachadon bo'yniga o'xshaydi. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi tanasining pastki bo'limi bilan birgalikda bachadonning pastki segmentini hosil qiladi. Bachadonning oldingi devoriga qorin pardasi mahkam yopishadigan joy – pastki segmentning yuqori chegarasi, bachadon bo'yni kanalining ichki teshigi sathi bachadon pastki segmentning pastki chegarasi hisoblanadi.

Bachadon bo'yni kanalining yuqori uchi – ichki teshigi bachadon bo'g'zining kanaliga o'tadi; **tashqi teshigi** bachadon bo'ynining qindagi qismi markaziga ochiladi. Tug'magan ayollarda bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi yumaloq yoki oval shaklda, tuqqan ayollarda ko'ndalang yoriq shaklida. Tug'ruq vaqtida tashqi teshik yonlarining chaqalanishi natijasida shakli o'zgaradi.

Bachadonning bo'yi tug'magan ayollarda 7–8 sm, tuqqan ayollarda 9 sm, bachadon tanasi uzunligining 2/3 qismi tanasiga va 1/3 qismi bo'yniga to'g'ri keladi.

Bachadonning shilliq pardasi (*endometrium*) bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan. Bu tuklar tebranganda suyuqlik bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigiga qarab yo'l oladi. Qoplovchi epiteliy ostida shilliq pardaning qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizi (bazal qatlam) joylashadi, unda qon va limfa tomirlari, nervlar va bir talay bezlar bor.

Bachadon tanasining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy suvday suyuq sekret chiqarib, bachadon shilliq pardasini namlab turadi. Bezlarning shakli naysimon, uchlari ba'zan ayriga o'xshash ikkiga ajralgan.

Bachadon bo'ynining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bug'u shoxlariga o'xshash qayta-qayta tarmoqlangan.

Muskul qavati (*myometrium*) – bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib,

bu tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor. Muskul qavati qon tomirlar bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Bu qavat uchta muskul qatlamiga bo'linadi: 1) tashqi (qorin parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan, 2) o'rta qatlami gir aylana va qiyshiq yotgan tolalardan iborat, 3) ichki (shilliq parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan.

Bachadonning seroz (qorin parda) **qavati** (*perimetrium*) – bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so'ngra bachadon va naylarining oldingi yuzasiga o'tadi. Qovuq bilan bachadon o'rtasida qorin pardasi bilan qoplangan chuqurcha vujudga keladi, u qovuq bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (*excavatio vesico-uterina*) deb ataladi. Bachadonning oldingi yuzasi qorin pardasi bilan to'liq qoplanmay, faqat bo'g'zidan yuqoriroqdagi qismi qoplangan (bachadon bo'yni bilan qovuq o'rtasidagi joyning pastida zichlashmagan kletchatka bor). Qorin pardasi bachadon tubidan uning orqadagi yuzasi bo'ylab pastga tushar ekan, bachadon bo'ynining qin ustidagi qismini va qinning orqadagi gumbazini qoplaydi, so'ngra to'g'ri ichakning oldingi yuzasiga o'tadi. Bachadonning orqadagi yuzasi bilan to'g'ri ichak orasida chuqur kamgak vujudga keladi, u to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (*excavatio rectouterina*) **Duglas bo'shlig'i** deb ataladi.

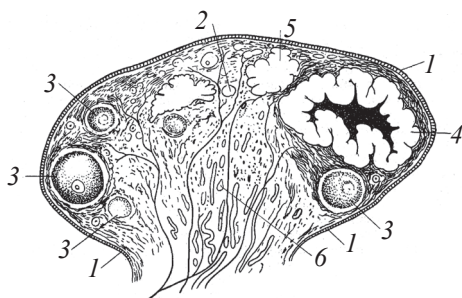
Bachadon hayz ko'rish, homilani bag'riga olib rivojlantirish va yetilgan homilani tug'ruq yo'llari orqali haydab chiqarish (tug'ruq) funktsiyalarini bajaradi.

Bachadon naylari (*tubae uterinae, salpinges*) ni tuxum yo'llari deb ham atashadi.

Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradida, voronka (*ampulla tubae*) shaklida tugaydi (2-rasmga qaralsin). Bachadon naylarining bo'yi 10–12 sm, eni har xil bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq bo'ladi. Bachadon naylarining bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga tutash; bachadon nayining shu joydagi interstisial qismidagi teshigi diametri 0,5–1 mm bo'lib, istmik qismida bachadon naylarining bo'shlig'i kengroq, voronkalar sohasida esa naylarning diametri 6–8 mm ga yetadi. Nay voronkasi qorin bo'shlig'iga ochiladi. Voronkaning erkin chekkasi shokila (fimbriya) lar deyiladi.

Bu shokilalar tuxumdondan chiqqan tuxum hujayraning bachadon nayi bo'shlig'iga kirishiga yordam beradi.

Tuxumdonlar (*ovaria*) – ayollar jinsiy tizimining asosiy a'zosi. Tuxumdonlar bodom shaklida bo'lib, bo'yi 3,5–4 sm, eni 2–2,5 sm, qalinligi 1–1,5 sm, vazni 6–8 g bir juft jinsiy bezlardir. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ular-da qo'shimcha to'qimalar taraqqiy etadi.



3-rasm. Tuxumdonning kesilgan holatdagi ko'rinishi (sxema).

1 – embrional epiteliy; 2 – po'stloq qavati; 3 – rivojlanishning turli bosqichlaridagi follikulalar; 4 – sariq tana; 5 – sariq tana qoldig'i; 6 – mag'iz (miya) qavati.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag'iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo'lib, kichik chanoqning qorin bo'shlig'iga bimalol chiqib turadi (2-rasmga qaralsin). Tuxumdonni: 1) bachadonning serbar boylami, 2) tuxumdonning o'z boylami, 3) voronka-chanoq boylamlari erkin osilgan holatda ushlab turadi. Tuxumdonga qon tomirlar va nervlar, uning serbar boylamning orqa varag'iga tutashgan joyidan o'tadi (tuxumdon darvozasi – *hilus ovarii*).

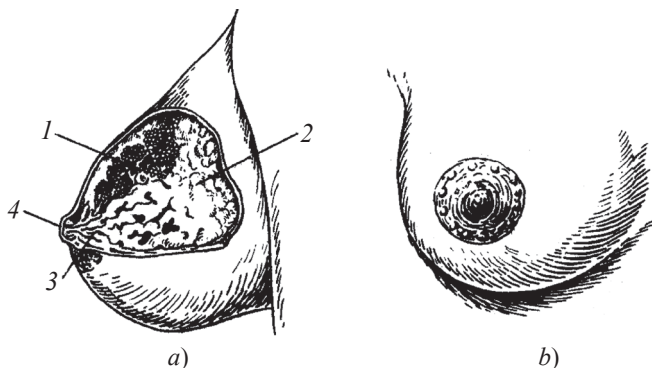
Tuxumdon quyidagicha tuzilgan: a) tuxumdonning bo'sh yuzasini qoplaydigan epiteliy – oqsil pardasi, b) po'stloq qavati, d) mag'iz qavati (3-rasm).

Tuxumdon ishlab chiqaradigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy a'zolariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarning taraqqiy etishiga imkon beradi. Qiz balog'atga yetgach bu gormonlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

Tuxumdon gormonlari follikulalar va sariq tanachalarda ishlab chiqariladi. Follikulalar follikulyar yoki estrogen gormonlarni, sariq tana esa progesteronni ishlab chiqaradi.

SUT BEZLARI

Sut bezlari (*mammæ*) shingilga o'xshash tuzilgan (4-rasm, *a*). Sut bezining parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (ductus lactiferus) ning atrofida joylashadi va shu yo'lning kanaliga tutashadi. Bez to'qimasining bunday o'choqlari birga qo'shilib, yirik pallachalarni hosil qiladi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi. Bez pallalari o'rtasidagi tolali qo'shuvchi to'qimada elastik tolalar va yog' bor.



4-rasm. Sut bezi.

a – sut bezining tuzilishi sxemasi; 1 – sut bezining bo'laklari; 2 – yog' to'qimasi; 3 – sut yo'llari; 4 – emchak uchi. *b* – emchak uchi va uning atrofidagi qoramtir doiracha (areola)

Sut bezidagi pallalar soni 15–20 taga yetadi, har bir pallaning sut chiqarish yo'li bor, alveolalar bilan bog'langan hamma mayda yo'llarning sekreti sut chiqarish yo'liga quyiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo'li emchak uchiga alohida-alohida (boshqa yo'llarga qo'shilmasdan) ochiladi; emchak uchida palla yo'llarining soniga yarasha 15–20 teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo'li emchak uchiga chiqishidan oldin emchak uchi tagida kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qavariq yuzasida emchak uchi (papilla mammae) bor (4-rasm, *b*), u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan. Emchak uchi silindr yoki konus shaklida bo'lib, kattaligi har xil. Emchak uchi ba'zan yassi hatto ichiga tortilgan bo'ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi.

Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tugʻruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

Sut gipofizning oldingi boʻlagidan ajraladigan laktogen gormonining taʼsirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa markaziy nerv tizimi idora etadi. Bola emizilganda sut bezining nerv elementlari taʼsirlanib, markaziy nerv tizimiga tegishli impulslar boradi. Nerv tizimida roʻy beruvchi oʻzgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormon koʻproq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funksiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.

Nazorat uchun savollar

1. Tashqi jinsiy aʼzolarning anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ichki jinsiy aʼzolarga qaysi aʼzolar kiradi, ularning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. Qinning tuzilishi va fiziologiyasi, qinning tozalik darajasi ahamiyati.
4. Bachadon va bachadon naylari anatomiyasi, oʻlchamlari, bachadon funksiyasi.
5. Bachadonning boylam apparati.
6. Tashqi va ichki jinsiy aʼzolari qon bilan taʼminlaydigan asosiy qon tomirlar.

Tayanch soʻz va iboralar

Qov	Sariq tana	Bachadon tubi
Katta jinsiy lablar	Qin	Bachadon tanasi
Kichik jinsiy lablar	Qin gumbazlari	Bachadon buyni
Jinsiy yoriq	Bartolin bezlari	Bachadon arteriyasi
Oraliq	Tuxumdon	Deskvamatsiya
Siydik chiqarish kanali	arteriyasi	Regeneratsiya
Qizlik pardasi	Bachadon naylari	Proleferatsiya
Endometrium	Tuxumdon	Sekretsia
Miometrium	Uyatlik arteriyasi	Folikulaning yetilishi
Perimetrium	Hayz sikli	Ovulyatsiya
	Klitor	

VI BOB.

ERKAK JINSIY A'ZOLARI ANATOMIYASI VA ERKAKLARNING JINSIY FAOLIYATI

TANOSIL (JINSIY) ORGANLAR

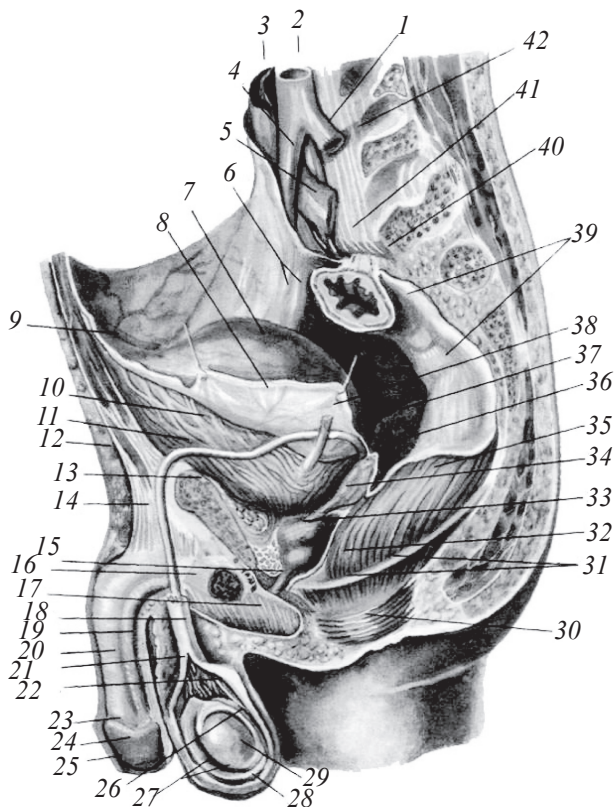
Jinsiy organlar funktsiyalariga qarab erkaklar va ayollar jinsiy organlariga bo'linadi. Jinsiy organlar joylashish o'rniga qarab ichki va tashqi tanosil organlariga bo'linadi.

ERKAKLARNING TANOSIL ORGANLARI

Erkaklar ichki, tanosil organlariga moyaklar va ularning ortig'i, urug' chiqarish yo'llari, urug' pufakchalari, prostata bezi va Kuper bezlari kiradi. Tashqi tanosil organlari erkak olati va yorg'oqdan iborat (5-rasm).

Moyaklar (testes) – bir juft bo'lib, yorg'oq ichida joylashgan. Moyaklar tanosil organlari ichida erlik urug'i – spermatozoid va erkaklik gormoni ishlab chiqarishi bilan alohida o'rin tutadi.

Moyaklar ikki tomondan biroz siqilgan, ellipssimon shaklda bo'lib, orqa qirg'og'ida uning ortig'i yopishib turadi. Moyak ustini yaxshi pishgan tuxumga o'xshash yaltiroq oqsil parda o'rab turadi. Pardani ichki tomonidan moyak ichki moddasiga o'sib kirgan to'siqlar alohida bo'laklarga ajratadi. Bo'lakchalar old tomoni keng yoyilgan elpig'ichga o'xshab tarqalgan, orqa tomoni esa yig'ilib tuxum devorlari oralig'i sohasiga ochiladi. Har bir bo'lakchanning ichida 3–4 tadan urug' ishlab chiqaradigan kanalchalar bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shib to'g'ri urug' kanalchalarini hosil qiladi. To'g'ri kanalchalar tuxum devori oralig'i sohasida o'zaro qo'shib urug' to'rini hosil kiladi. Kanalchalar to'ridan 12–16 ta urug' chiqarish naychalari ajraladi va moyak ichidan chiqib urug' chiqarish yo'li



5-rasm. Eraklarning tanosil (jinsiy) a'zosi sagital kesimda.

1 – chap yonbosh umumiy arteriyasi; 2 – gorin aortasi; 3 – pastki kovak vena; 4 – o'ng yonbosh umumiy arteriyasi; 5 – chap yonbosh umumiy venasi; 6 – tashqi yonbosh arteriyasi va venasi; 7 – siydik pufagi; 8 – qorin parda; 9 – qorin pardaning pufak shoxi; 10 – siydik pufagining muskul qavati; 11 – pastga tushuvchi yo'l; 12 – umumiy qoplam; 13 – qov suyagi; 14 – olatni osib (ushlab) turuvchi bog'lam; 15 – siydik chiqarish yo'li; 16 – o'tirg'ich g'orsimon muskul; 17 – siydik chiqarish yo'lining keng qismi; 18 – sperma o'tadigan yo'lni qoplab turuvchi naycha; 19 – olatning spangioz-qattiq tanasi; 20 – olatning g'orsimon tanasi; 21 – sperma yo'lining ichki fastsiyasi; 22 – yuqoriga chiquvchi yo'l tanasi; 23 – bezli shox; 24 – olatning aylanma bo'rtmasi; 25 – olat uchi terisi; 26 – ortiq; 27 – moyak qin pardasi; 28 – yorg'oq; 29 – moyak; 30 – chiqaruv teshigining tashqi muskuli; 31 – chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskul; 32 – chanoq to'g'ri ichak burimi; 33 – prostata bezi; 34 – urug' pufagi; 35 – to'g'ri ichak; 36 – siydik pufagi va to'g'ri ichak oralig'idagi kamgak; 37 – to'g'ri ichak va siydik pufagi burmasi; 38 – chap siydik yo'li; 39 – orqa qorin parda (peritonium); 40 – sigmasimon ichakning kengaygan qismi; 41 – dumg'aza burni; 42 – bel umurtqasi tanasi.

nomi bilan yuqoriga ko‘tariladi. Urug‘ chiqarish yo‘li qon tomirlar va nervlar bilan birgalikda qo‘shuvchi to‘qima parda bilan o‘ralib urug‘ tizimchasi sifatida chov kanali orqali korin bo‘shlig‘iga o‘tadi. Bu erda urug‘ chiqarish yo‘li qon tomirlardan ajralib korin bo‘shlig‘ining yon devori tomon yo‘naladi va qovuq tagiga etganda kengayib, urug‘ pufakchasi nayi bilan ko‘shiladi va urug‘ otuvchi yo‘lni hosil qiladi. Urug‘ otuvchi yo‘l prostata bezi orasidan o‘tib siydik chiqarish kanalining shu qismiga ochiladi. Urug‘ chiqarish yo‘lining uzunligi 40–45 sm, devori – ichki shilliq qavat, o‘rtasidagi muskul qavat va tashqi ko‘chuvchi to‘qima qavatdan tuzilgan.

Urug‘ tizimchasi (funiculus spermaticus) urug‘ chiqarish yo‘li va moyakni oziqlantiruvchi arterial qon tomirlar va ulardan ketuvchi venalar, limfa tomirlari va nervlarni birga ichki urug‘ fassiyasi o‘rashidan vujudga keladi. Urug‘ tizimchasi moyakdan chov kanali orqali qorin bo‘shlig‘iga o‘tadi. Qorin bo‘shlig‘ida urug‘ chiqarish yo‘li qon tomirlari va nervlardan ajralgan holda urug‘ otuvchi kanalchalarga o‘tadi.

Urug‘ pufakchalari (*vesiculae seminales*) bir juft, usti notekis, uzunligi 5 sm, kengligi 3 sm keladigan xaltacha bo‘lib, ishlab chiqargan suyuqligi siydik yo‘lini tozalab beradi. Aks holda moyakdan kelayotgan urug‘ siydik yo‘lidan o‘ta turib otalantirish qobiliyatini yo‘qotadi.

Urug‘ pufakchalarining devorlari ichki tomondan katak-katak joylashgan shilliq qavat, o‘rta muskul qavat va ustki – qo‘shuvchi to‘qima qavatdan tuzilgan.

Kuper bezlari. Siydik chiqarish kanali so‘g‘onining bezlari yoki Kuper bezlari yumaloq, kattaligi no‘xatdek bir juft bezlar bo‘lib, siydik chiqarish yo‘lining parda qismida, olat so‘g‘onining ustida joylashgan. Bezlarning ingichka naychalari olat so‘g‘onining moddasi ichidan o‘tib siydik chiqarish yo‘liga ochiladi. Bezlarning suyuqliklari siydik chiqarish yo‘lining devorini siydik ta’siridan saqlaydi.

Prostata bezi. Qovuqning tagida siydik chiqarish nayini o‘rab joylashgan. Tarkibida bez epiteliysidan tashqari silliq muskul tolalari

va biriktiruvchi to'qimalar ham uchraydi. Prostata bezi qizg'ish rangda bo'lib, katta odamlarda uzunligi 3 sm, kengligi 4 sm, og'irligi taxminan 20 g bo'ladi. Uning tarkibi 30–50 ta bezchalar yig'indisidan iborat, ularning sekret chiqarish naychalari siydik chiqarish yo'lining prostata bezi ichidan o'tgan bo'lagiga ochiladi.

Prostata bezi suyuqlig'i spermatozoidlarni suyultirib, harakatini faollashtiradi. Bez muskullari siydik chiqarish yo'lining prostata bezi qismini siqib turish vazifasini bajaradi. Erkaklar jinsiy hujayrasi-spermatozoidni birinchi bo'lib Anton Levenjuk tomonidan 1677-yil aniqlangan.

Sperma (*sperma*) – urug' moyaklar bo'lakchalarida joylashgan burama kanalchalarda odam balog'atga yetgandan keyin ishlanadi. Yetilgan urug' to'g'ri kanalchalardan, urug' to'riga, undan urug' chiqarish kanalchalariga o'tadi. Bu kanalchalardan urug' tizimchasi orqali urug' otuvchi yo'lga o'tib so'ngra siydik chiqarish kanalining prostata bezi bo'lagiga ochiladi. Balog'atga yetgan odamda uning jinsiy jihatdan aktiv bo'lgan davrda urug' hujayralari-spermatozoidlar moyakdan doimiy yetishib turadi. Spermatozoidda boshcha, tanasi va dum bo'lib, bir minutda 3,5 mm gacha harakatlanish xususiyatiga egadir. Erkak urug'i ko'p miqdorda yetilib, ayol jinsiy yo'lida 2–3 kungacha otalantirish qobiliyatiga bo'ladi. Spermatozoidlar odatda urug' chiqarish yo'llari, urug' pufakchalari, prostata va Kuper bezlaridan ajralgan sekretlar bilan aralashgan suyuq holatda bo'ladi. O'rtacha 1 sm³ da 60000 gacha spermatozoid bo'ladi. Lekin har bir urug' ajralish jarayonida erkaklarning 200000000 gacha urug'i chiqsada, otalantirish uchun faqat bittasigina yetarlidir.

TASHQI TANOSIL ORGANLARI

Erkaklarning tashqi tanosil organlari erlik olati va yorg'oqdan iborat.

Erlik olati (*penis*) jinsiy yaqinlashuv va siydik yo'li organi bo'lib, spermatozoid va siydik chiqarish vazifasini bajaradi. Olat uchta g'ovak tanadan tashkil topgan. Bittasi siydik chiqarish naychasining

ost tomonida, qolgan ikkitasi uning ustida yonma-yon joylashgan. G'ovak tanalari silliq muskullardan va elastik fibroz to'qimalardan tuzilgan bo'lib, ularning orasi har xil katakchalardan iborat. Erkak olatining taranglashishi va yumshashi ana shu kataklarning qon bilan to'lib turishi yoki kamayishiga bog'liq bo'ladi. Siydik chiqarish naychasi joylashgan g'ovak tananing prostata bezi tomonga qaragan qismi piyoz shaklida kengaygan bo'lsa, ikkinchi uch qismi qo'ziqorin qalpog'iga o'xshab olat boshini hosil qiladi. Qolgan ikkita g'ovak tanalarini oldingi uchlari olat boshiga kirib turadi. Bularning orqa tomonlari kengayib qov suyagiga yopishadi. Siydik chiqarish nayi olat boshiga vertikal holatdagi yoriq bo'lib ochiladi. Olat terisi uning boshi tomonga yaqinlashgan sari yupqalashadi va olat boshiga yetganda erkin qoplab turuvchi qismga aylanadi.

Yorg'oq (*scrotum*) – teri xaltacha bo'lib, unda moyaklar joylashgan. Moyak joylashgan xalta 7 qavatdan iborat: 1. *Eng ustki teri qavati* to'qroq rangli, yupqa va nozik bo'lib, moylik modda va ter ishlab chiqaruvchi bezlarga boy bo'ladi. 2. *Go'shtdor parda* – har qaysi moyakni alohida o'ragan teriosti biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan. Ikkala moyak xaltasi o'rtada o'zaro qo'shilib yorg'oq devorini hosil qiladi. 3. *Tashqi urug' fassiyasi* – qorin devoridagi muskullarni ustidan qoplovchi fassiyaning yorg'oqdagi davomidir. 4. *Moyakni ko'taruvchi muskul fassiyasi* – shu nomdagi muskulni qoplab turgan fassiya bo'lib, chov kanalining tashqi halqasidan yorg'oqqa tushadi. 5. *Moyakni ko'taruvchi muskul* – qorin ko'ndalang muskulidan ajralib yorg'oqqa tushganda parda holida tarqaladi. Qisqarganda moyakni yuqoriga ko'taradi. 6. *Ichki urug' fassiyasi* – qorin devorining ichki tomonidagi ko'ndalang fassiyaning davomi bo'lib, moyakni va urug' tizimchasini o'raydi. 7. *Moyakning g'ilof pardasi* – qorin (seroz) pardaning bir qismi bo'lib, moyak rivojlanib yorg'oqqa tushish jarayonida uni o'rab birgalikda tushadi. Bu parda ikki varaqdan iborat bo'lib, biri moyakning ustini o'rasa, ikkinchi varag'i yorg'oq devorini o'raydi. Bu ikki varaq o'rtasida hosil bo'lgan bo'shliq seroz parda bo'shlig'i bo'lib, ularni seroz suyuqligi namlab turadi.

Erkaklarning siydik chiqarish nayi (*urethra*) qovuqdan boshlanib olatning boshida tashqi teshik bo'lib tugaydi. Uzunligi 18 sm

bo'lgan siydik chiqarish nayi joylashgan o'rniga qarab uch qismga bo'linadi. 1. Prostata qismi qovuqdan boshlanadi va prostata bezining qoq o'rtasidan o'tib, bezning uchiga kelganda parda qismiga o'tadi. Naychani bu qismi eng keng bo'lak bo'lib, uzunligi 2,5 sm keladi. Urug' do'mboqchasining ikki yonboshida prostata bezlari naychalarining teshigi va urug' otuvchi yo'llarining teshiklari ochiladi. 2. Parda qismi siydik chiqarish nayining eng kalta (1 sm ga teng) qismi bo'lib, prostata bezining uchidan boshlanib pastda olat so'g'oniga o'tib ketadi. U chanoq bo'shlig'idan siydik-tanosil (chanoq) diafragmasini teshib, siydik yo'liga o'tadi. Nay parda qismining devori 4 qavatdan iborat. Eng ichki shilliq qavat uzunasiga joylashgan burmalar hosil qiladi. Uni sirtidan shilliq osti qavat o'raydi, undan so'ng ikki qavatdan iborat silliq muskul tolalari turadi. To'rtinchi qavat ko'ndalang targ'il muskul tolalari hisoblanadi. 3. G'ovak tana qismi kanalning eng uzun (15 sm) qismi bo'lib, past tomondagi olat g'ovak tanasining o'rtasida joylashgan. Bu qism boshlanish joyida va tashqariga chiqish oldidan birmuncha kengaygan bo'ladi. Naychani shilliq qavatida mayda bezlar joylashgan. Erlik olatini yotiq (tinch) holatda turganida siydik chiqarish naychasi ikki joydan (g'ovak tanasining boshlanish joyi va o'rtasidan) bukilgan bo'ladi. Olat ko'tarilsa (ereksiya), oldingi bukilma yo'qoladi.

Nazorat uchun savollar:

1. Erkaklar tanosil a'zolarining tasnifi.
2. Moyak (urug'don) ning tuzilishi.
3. Moyak ortig'ining tuzilishi.
4. Moyak pardalari haqida tushuncha bering.
5. Urug' chiqarish yo'llarining tuzilishi.
6. Urug' pufakchalari tuzilishi.
7. Urug' tizimchasini tushuntirib bering.
8. Prostata va Kuper bezlari qanaqa bo'ladi?
9. Tashqi tanosil organlari haqida nima bilasiz?
10. Erlik olatining tuzilishini so'zlab bering.
11. Yorg'oqning tuzilishi va uning vazifasini tushuntirib bering.
12. Urug'ning tuzilishi va vazifasini bayon qilib bering.

Tayanch soʻz va iboralar:

1. Erlik olati – jinsiy yaqinlashuv va siydik chiqarish vazifasini bajaruvchi aʼzo.
2. Yorgʻoq – teri xaltacha boʻlib, unda moyaklar joylashgan.
3. Erkaklar siydik chiqarish nayi – qovuqdan boshlanib olatning boshida tashqi teshik boʻlib tugaydigan aʼzo.
4. Prostata bezi – qovuqning tagida siydik chiqarish nayini oʻrab joylashgan bez.
5. Prostatit – prostata bezi toʻqimalarining yalligʻlanishi.
6. Urugʻ tizimchasi-urugʻ chiqarish yoʻli va moyakni oziqlantiruvchi arteriya, vena, limfa tomirlari va nervlarni birga ichki urugʻ fassiyasi oʻrashidan vujudga kelgan tizimcha.
7. Urugʻ pufakchalari – bir juft, usti notekis, uzunligi 5 sm, kengligi 3 sm keladigan xaltacha.
8. Kuper bezlari – yumaloq, kattaligi noʻxatdek bir juft bezlar.
9. Moyaklar – bir juft boʻlib, yorgʻoq ichida joylashib, erkak urugʻi spermatozoid va erkaklik garmoni ishlab chiqaruvchi aʼzo.
10. Spermatozoid – boshcha, tana va dum qismidan iborat erkak urugʻi.
11. Gialironidaza-spermatozoid ishlab chiqaradigan sekret.
12. Erkaklar tashqi jinsiy aʼzolari: erlik olati va yorgʻoq.
13. Erkaklar ichki jinsiy aʼzolari: moyaklar va ularning ortigʻi, urugʻ chiqarish yoʻllari, urugʻ pufakchalari, prostata bezi va Kuper bezlari.

VII BOB. JINS (INSON JINSI)

Sogʻlom va faol hayot kechirish uchun hamshira inson jinsini toʻgʻri anglab yetishi kerak, shundagina hamshira obyektini chuqur tushunib, «jinsiy munosabat – hayot» tamoyilini hurmat qilishga qaratilgan parvarishini amalga oshira oladi.

Mohiyatiga asosan jinsiy munosabatlarning 3 xil xususiyatlari farqlanadi: reproduktivlik (nasl qoldirish), lazzatlanish (seksual qoniqishlarni qondirish), ruhiy birlik (yaqinlik). Bir koʻngilning boshqa koʻngilga intilishi, insonlar orasida yaqin oʻzaro munosabatlar tugʻilishiga olib keladi. Jins va insonning jinsiy munosabatlari – bu seksuallik boʻlib, inson shaxsini har tomonlama yoritib beradi. Jinsiy munosabat – bu hayot. Ular oʻz mavqeini belgilab olishlari talab etiladi.

Seksuallikning rivojlanishi va tasnifi: 1. *Biologik jins*. a) Genetik jins, b) Gonadali jins, d) Morfologik jins. 2. *Ijtimoiy-madaniy jins (gender)*.

GENDERNING KELIB CHIQISHI

Feministik harakatning ikkinchi toʻlqini XX-asrning 70-yillarida boshlandi. Bunda qonun boʻyicha erkak va ayolning teng huquqliligi real hayotga (ayol turmushga chiqqandan soʻng uy bekasiga aylanadi) toʻgʻri kelmayotganiga ahamiyat beradigan ayollar paydo boʻldi. Shuning oqibatida bu harakat rivojlanib, ularning asosiy maqsadlaridan biri, ayolning iqtisodiy va ijtimoiy mustaqilligiga (yoki erkinligiga) erishish boʻldi.

Ingliz psixologiyasi va sotsiologiyasi sohasida birin-ketin biologik jinsni, jinsiy xususiyatlarga ega boʻlgan genderni ajratish boʻyicha tekshirish natijalari matbuotda eʼlon qilina boshladi. Gender –

jinsiy xususiyatlarni ijtimoiy tomondan o'zini anglash, shakllanishi jarayonida kelib chiqadi.

Jinsiy identifikatsiya uchun inson o'zini erkak yoki ayol sifatida anglab yetishi asosiy omil hisoblanadi. Tarixiy davr yoki jamiyatga nisbatan biror bir jinsni «erkaklik» va «ayollik» tushunchalarining mazmunini chuqur anglamoq lozim.

Hayot tarzining tafovutini u yoki bu jinsning faqat biologik xususiyatlariga qarab tushuntirish mumkin emas. Shuning uchun ijtimoiy, madaniy va psixologik xususiyatlarni o'z ichiga olgan «gender» tushunchasi kelib chiqdi. Feminizm – ayollarning ozodligi va erkaklar bilan teng huquqligi g'oyalari asoslangan harakatdir.

GENDER VA JINS

Jinsiy tafovutning quyidagi turlari farqlanadi:

a. Biologik jinsiy tafovut.

Sog'lom fikrlash nuqtai nazaridan, inson tug'ilishi bilan erkak yoki ayol jinsiga tegishli ekanligi ma'lum bo'ladi. Biroq, jinsiy tafovut biologik tarafdin aniq bo'lmashligi mumkin, chunki jinsiy tafovutlar serqirradir. Insonning xromosomalaridagi tafovutni ko'rib chiqsak: XX – ayol jinsini belgilaydi, XY – erkak jinsini belgilaydi, XXY – XO xromosomalar birligida – erkak va ayol jinsini tuzilishiga ega bo'lgan jinsiy nuqsonli jins – germofroditizm yuzaga kelishiga olib keladi. Jinsiy identifikatsiya jarayonida u yoki bu tomonga og'ishlar kuzatilishi mumkin.

XX xromosomalar birligi bo'lganda, har doim ham ayollarga xos gavda tuzilishi shakllanmasligi mumkin.

Jismoniy jinsiy tafovutni aniqlash uchun har xil belgilar mavjud, bular tashqi va ichki jinsiy a'zolarining tuzilishi, jinsiy gormonlar va boshqalar. Bundan ko'rinib turibdiki, biologik tarafdin insonni erkak va ayol jinsiga tegishli ekanligini aniqlab bo'lmaydi.

b. Seksuallik.

- Geteroseksuallar – qarama-qarshi jinslilar bilan ishqiy munosabatda bo'lish.
- Gomoseksuallar – bir xil jinslilar bilan ishqiy munosabatda bo'lish.

- Biseksuallar – har ikkala jins bilan ishqiy munosabatda bo‘lish.
- Inson jinsiy moyilligini shakllanish jarayoni yaxshi o‘rganilmagan. Biroq jinsiy moyillikka irsiyat va hayot-davomidagi xususiyatlar ta‘sir etadi degan tushuncha mavjud.

d. Jinsiy rollar (erkak va ayol orasidagi jinsiy tafovut)

1. Jinsiy rivojlanishga oid Freyd nazariyasining qisqacha mazmuni

1) Freyd nazariyasi nuqtai nazarida ruhiy rivojlanish. 1905-yilda psixanalitik Zigmund Freyd shunday ta‘kidlaydi: seksual mayl – jinsiy yetilish davridan boshlab emas, balki tug‘ilishi bilan boshlanadi. Emizikli davrdanoq, bolada erotik xislarni payqash mumkin. Z.Freyd tomonidan 4 ta bosqichdan iborat bo‘lgan gipoteza taklif etilgan: oral (tug‘ilgandan boshlab to 1,5 yoshgacha), anal (2 yoshdan 4 yoshgacha), fallitik (3 yoshdan 5 yoshgacha), latent (6 yoshdan maktab davrigacha).

Oral bosqich – onaga bog‘liq, chunki og‘iz bo‘shlig‘i yoqimli hislar mujassamlashgan joy hisoblanadi va u biologik ehtiyojni qondirish a‘zosidir. Og‘iz inson hayoti mobaynida muhim erogen soha hisoblanadi. Oral bosqich, ko‘krak bilan boqish tugagandan so‘ng to‘xtaydi. **Anal bosqich** – erogen sohalar anal teshik atrofida joylashgan bo‘lib, ichaklarni bo‘shatish paytida jinsiy qoniqishni yuzaga keltiradi. Bu bosqichda xojatni nazorat qilish shakllanadi. **Fallitik bosqich** – yetakchi erogen soha bo‘lib, jinsiy a‘zolar hisoblanadi. Bu yoshda bolalar birinchi bor jinsiy tafovutni anglay boshlaydilar. Bolalar e‘tiborini tortuvchi insonlar – ularning ota-onalaridir.

Bolalar kattalarga nisbatan jinsiy bog‘lanadilar, qizlar otalariga, o‘g‘il bolalar esa onalariga. Hattoki, onalarini otalaridan qizg‘anadilar. Jinsiy a‘zolari kuzatganda, jinsiy qoniqish paydo bo‘la boshlaydi. **Latent bosqich** – 6 yoshdan o‘smirlik davrigacha latent davr deyilib, jinsiy xotirjamlik hukm suradi. Bu yoshda bolalar energiyasi umuminsoniy tajribalarni (bilimlarni) egallashga, oilasidan tashqaridagi kattalar va tengdoshlari orasidagi munobatlariga qaratilgan.

Freyd bu davridagi jinsiy maylni kamayishini, bola organizmidagi fiziologik o‘zgarishlar hamda undagi shaxsiy ego va superegoni paydo bo‘lishi bilan bog‘laydi. Latent davrni psixoseksual rivojlanish bosqichi deb ko‘rib chiqish mumkin emas, chunki bu davrda yangi erogen sohalar paydo bo‘lmaydi, seksual instinkt esa nisbatan kamayadi.

2. Shaxsiy rivojlanishga oid Erikson nazariyasining qisqacha mazmuni.

Onalik tushunchasi mavzusi yoritilganda «rivojlangan psixologiya nuqtai-nazarida ota-ona bo'lishning ahamiyati» ko'zda tutilgan, Freyd nazariyasi faqat bolalik davri bilan chegaralangan, Erikson nazariyasi bo'yicha esa, shaxsning rivojlanishi inson hayotini oxirigacha davom etadi. Erikson nazariyasi bo'yicha, har bir bosqich o'ziga xos ziddiyatlar bilan kechadi, ularni ijobiy bartaraf etilganda keyingi bosqichga xotirjam o'tiladi. Inson hayotining 8 ta bosqichi quyidagi jadval ko'rinishida yoritilgan.

ERIKSON BO'YICHA SHAXSNING RIVOJLANISH BOSQICHLARI

Rivojlanish bosqichlari	Ruhiy-ijtimoiy vazifalar va krizis	Asosiy xislat shaxsning yashash qobiliyati	Nufuzli ahamiyatga ega bo'lgan shaxs	Muhim ahamiyatga ega ijtimoiy komponentlar	Ruhiy-ijtimoiy moyillik
I	Ishonch, ishonchsizlik	Istak (umidlar)	Ona	Ochiq kenglik	Erishish, teskari burilish
II	Erkinlik jur'atsizlik	Niyat	Ota-ona	Qonun va qoidalar	Dalda (madad), pasayish
III	Tashabbuskorlik, aybdorlik hissi	Maqsad	Oila asosi	Ko'rinish timsoli	Kashf etish (talab qilmoq), qiziqish
IV	Mohirlik, norasolik	Foydalilik, (qobiliyat)	Qo'shnilar va maktab	Tamoyil	Predmet (yaratish, natijaga erishish)
V	Shaxs identifikatsiyasi, rollar chalkashligi	Vafodorlik	Do'stlar davrasi, Pesh-qadamlik	Mafkura, istiqbol	Tabiiy harakatlar (yoki teskarisi), o'zaro ta'sir
VI	Yaqinlik, yolg'izlik	Oshiqlik	Do'stlik, sevgi, bellashuv, ishdagi xamkorlik	Ko'maklashish va bellashuv	Begonalar orasida o'zini yo'qotish hamda topilish

Rivojlanish bosqichlari	Ruhiy-ijtimoiy vazifalar va krizis	Asosiy xislat shaxsning yashash qobiliyati	Nufuzli ahamiyatga ega bo'lgan shaxs	Muhim ahamiyatga ega ijtimoiy komponent-lar	Ruhiy-ijtimoiy moyillik
VII	Insonparvarlik o'z-o'ziga singishi	G'amxo'rlik (bog'liklik)	Uy ishlaridagi tirishqoqlik	Ilm olishni va urf-odatlarini davom ettirish	Mavjudlikni asoslash, parvarishlash
VIII	Butunlik ilojsizlik	Donolik mening avlodim	Inson nasli	Mulohaza-korlik	O'z hayotini qabul qilish, o'z hayotida ilojsizlik

3. Jinsiy erkinlikning rivojlanish bosqichlari

Insonlar bir-biriga yordam berib yashaydilar, har bir inson bir bosqichdan boshqa bosqichga o'tganda, atrofdagi insonlarga yordam berishi yoki ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Jinsiy rivojlanish birdaniga shakllanib qolmay, balki tug'ilgandan boshlab bosqichma-bosqich, sekin-asta rivojlanib boradi. Buning uchun avvalo jismoniy erkinlikka, ruhiy erkinlikka, kundalik hayotdagi erkinlikka va ijtimoiy mustaqillikka erishib, keyinchalik jinsiy erkinlikka erishiladi va bu o'z o'rnida har tomonlama erkinlikni egallashga yordam beradi.

Bosqichlarining piramidasi ko'rsatilgan. Eng pastki bosqich jismoniy erkinlik, kattalashgan sari u keyingi bosqichga o'tadi. Eng oxirgi bosqich jinsiy erkinlik bosqichi bo'lib, u hamma rivojlanish bosqichlarini qamrab oladi. Agar jinsiy erkinlik bosqichi boshqa bosqichlardan pastda joylashsa, ayollar va erkaklar o'rtasidagi muammolar kelib chiqadi.

Erkinlikning rivojlanish bosqichlari: 1) jismoniy erkinlik, 2) ruhiy erkinlik, 3) kundalik hayotdagi erkinlik, 4) ijtimoiy mustaqillikka erishish, 5) jinsiy erkinlik.

4. Ayol hayotining davrlarida jinsning rivojlanishi va vazifalari.

Homilaning ona qorni ichidagi davrining seksual xususiyatlari, biologik jinsni bo‘linishi bosqichida, ya’ni o‘gil yoki qiz bolaning tashqi va ichki jinsiy a’zolarini shakllanish jarayoni bilan xarakterlanadi.

Organizmda tuxum hujayra urug‘langanda o‘gil yoki qiz bola jinsi belgilanadi, tug‘ilgandan so‘ng inson shu jins bilan yashaydi. Shuning uchun, inson hayotida, bu davrning seksual xususiyatlari va muammolari katta ahamiyat kasb etadi, chaqaloqlik davrda bosh miya jinsiy harakatlarni boshqaradi va rivojlantiradi, shuning uchun emizikli davr seksuallikni anglashda muhim ahamiyatga ega. Nasldan o‘tgan jinsni aniqlash, jinsiy a’zolarida nuqsonlar bor yo‘qligini aniqlash, qiz bola yoki o‘gil bola jinsini aniqlash emizikli davrning seksual masalalari hisoblanadi. Bunda jins o‘z seksual harakatlarini anglab yetgan holda bildirishini inobatga olish kerak. Emizikli davrning seksual muammolari, bu ota-onalarning bolaning hoxish istaklarini qondirmasliklari hamda kasalmand va rivojlanishdan orqada qolgan bolalarning ota-onalari bilan muloqotga kirishishlarida kelib chiqadigan qiyinchiliklardan iborat. Ilk bolalik davridan (jinsiy rolni egallash davri), jinsiy tafovut (ismi bo‘yicha, kiyim rangi, o‘yinchoqlar) boshlanadi, jinsiy xulq-atvor (jinsiy tafovut bo‘yicha ovqatlanish xususiyatlari) jinsiy muayyanlik o‘g‘il yoki qiz bola sifatida o‘zini bir jinsga tegishli ekanligini anglaydi. Bola 2–3 yoshligidan boshlab, tengdoshlarini jinsiga qarab ajrata oladi va o‘zini qiz bola yoki o‘g‘il bola kabi tutadi. 5–6 yoshdan boshlab esa, ongsiz ravishda ota yoki onasi jinsiga o‘zini muayyan tegishli hisoblab, ularning harakatlarini aks ettiradilar. Jinsiy rolning shakllanishida, shu yoshda bolaning o‘zini jinsiga mos tutishini rag‘batlantirish, katta ahamiyat kasb etadi.

ILK MAKTAB DAVRINING SEKSUAL XUSUSIYATLARI

Bu davrga kelib, jinsiy belgilarga qarab ajratish yakunlanadi. Maktab davrida yangi do‘stlar bilan muloqot jinsiy rollarning paydo bo‘lishini kuchaytiradi. Jinsiy mayl, jinsni anglash va jinsiy harakatlar

susayadi. Bu yoshdagi muammolar asosan tengdoshlar orasidagi yomon munosabatlarda va jinsiy harakatlar tufayli aybdorlik hissi paydo bo'lishida ko'rinadi.

Jinsiy yetilish davrining seksual xususiyatlari. Jinsiy rollarning rivojlanishi, ilk jinsiy yetilish davri, ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi. O'smirlarda jismoniy rivojlanish tufayli o'zining jinsiga mansubligiga ishonch va mardlik tuyg'ulari barvaqt paydo bo'ladi. Qizlarda esa ayollik hissi kechroq rivojlanadi, bu xis birinchi hayz ko'rish boshlanganda uyg'onadi.

Kechki jinsiy yetilish davri. Jinsiy rollar rivojlanishi bilan har xil muammolar kelib chiqishi mumkin. Jamiyat manfaatlari nuqtai nazaridan, ayollar rolini qabul qilish qiyinroq kechadi, chunki jamiyatda ayollar mavqiye erkaklarnikidan nozikroq. Bu farqlar, qiz bola rivojlanishi bilan birga jinsiy rolni anglab yetishiga va ayollik nazokati shakllanishiga ta'sir ko'rsatadi. Bu davrda seksuallikni anglab yetish, jinsiy faoliyatning rivojlanishi, seksual mayl, seksual faoliyat faol namoyon bo'ladi.

Jinsiy yetuklik davri. Bu davrda homiladorlik, bola tug'ilishi va tarbiyalash bilan bog'liq muammolar paydo bo'ladi. Homiladorlik va bola tarbiyasi davrida, bir muncha jinsiy munosabatlar kamayadi, chunki bu davrda juftliklar ota-ona rolini bajaradilar.

Klimakterik davrda seksuallikning xususiyatlari. Jinsiy gormonlarning ishlab chiqarilishi kamayishi bilan bog'liq bo'lgan turli xil shikoyatlar (o'zgarishlar) paydo bo'ladi. Bu davrda farzandlar voyaga yetgan, yoshlik davri ortda qolgan bo'lib, ayolga bu davrni boshdan kechirish qiyin kechadi. Ko'pincha ayollar bu yoshda jamoat ishlarida faol qatnashib, turmush o'rtog'iga kamroq ahamiyat beradilar, shu tufayli ayolda bezovtalik va tajanglik kuzatiladi. Bu davrda ayol o'zaro munosabatlarini yaxshilashga harakat qilishi kerak.

Qarilik davrining seksuallik xususiyatlari. Nafaqaga chiqish, moliyaviy ahvol va sog'liqning yomonlashuvi, turmush o'rtog'ini yo'qotish, yolg'izlik, atrofdagi odamlarga e'tiborning kamayishi bularning hammasi jinsiy ro'llarga katta ta'sir ko'rsatadi. Agar tur-

mush o'rtog'i bilan munosabatlar ijobiy bo'lsa, jinsiy munosabatlar chuqurlashib, juftliklar bir birlarini hurmat qiladilar. Agar shu davrda oila va do'stlar tomonidan qo'llab-quvvatlash uchun ijtimoiy yordam ko'rsatilmasa, munosabatlarni saqlab qolish qiyinlashadi.

JINSIY MUNOSABATLARGA TEGISHLI BO'LGAN HUQUQIY DEKLARATSIYALAR

1. Jinsiy tarbiyaning ommabopligi
2. Sog'liqni saqlash sohasidagi ekspertlarni o'qitish
3. Bolalar va o'smirlar seksualliligini ilmiy asosda tekshirish
4. Biseksual, transseksual, gomoseksual insonlarga nisbatan salbiy munosabatni yengish.
5. Jinsiy belgilarga qarab tahqirlashni bartaraf etish.
6. Jinsiy zo'rlikni bartaraf etish.
7. Masturbasiyani cheklamaslik.
8. Jinsiy faoliyatni rag'batlantirish (ijobiy taraflarini).
9. Jinsiy munosabatlarni davolash usullarini tatbiq etish.
10. Jinsiy salomatlik insonning asosiy huquqlaridan biri ekanligini rivojlantirish.

1. Jinsiy munosabatlar erkinligi huquqi. 2. Jinsiy munosabatlarda mustaqillik, bexatarlik va haqqoniylik huquqi. 3. Jinsiy munosabatlarda mahfiylikni saqlash huquqi. 4. Jinsiy munosabatlarda tenglik huquqi. 5. Jinsiy munosabatlarda xursandlik huquqi. 6. Jinsiy emotsiyalarni namoyon qilish huquqi. 7. Erkin jinsiy munosabatlar huquqi. 8. Jinsiy tarbiya huquqi. 9. Jinsiy salomatlikka yo'naltirilgan parvarishni olish huquqi.

Nazorat savollari:

1. Jinsiy rivojlanishga oid Freyd nazariyasi.
2. Shaxsning rivojlanishiga oid Erikson nazariyasi.
3. Jinsiy erkinlikni rivojlanish bosqichlari.

4. Ayol hayotining davrlari nuqtai nazaridan jinsning rivojlanishi va vazifalari.
5. Erikson bo'yicha shaxsni rivojlanish bosqichlari.
6. Jinsiy rollarning rivojlanishi

Tayanch soʻz va iboralar:

Hayz – «Menstruatsiya» soʻzi lotin tilidagi «mens» (oy) soʻzidan olingan. Soʻzma-soʻz tarjima qilinganda menstruatsiya «oy oraligʻi» maʼnosini bildiradi. Hayz deb xotin-qizlar bachadonidan vaqti-vaqti bilan qon kelishiga aytiladi.

Oral – tuqqandan boshlab to 1,5 yoshgacha ogʻiz boʻshligi yoqimli hislar mujassamlashgan joy hisoblanadi va u biologik ehtiyojlarni qoniqtirish aʼzosidir.

Anemiya – kamqonlik.

Anal – 2 yoshdan 4 yoshgacha erogen sohalar anal teshik atrofida joylashgan boʻlib, ichaklarni boʻshatish paytida jinsiy qoniqishni yuzaga keltiradi.

Fallitik – 3 yoshdan 5 yoshgacha etakchi erogen soha boʻlib, jinsiy aʼzolar hisoblanadi. Bu yoshda bolalar birinchi bor jinsiy tafovutni anglay boshlaydilar.

Latent – 6 yoshdan maktab va oʻsmirlik davrigacha latent davr deb nomlanadi, jinsiy xotirjamlik hukm suradi. Bu yoshda bolalar energiyasi umuminsoniy tajribalarni (bilimlarni) egallashga, oilasidan tashqaridagi kattalar va tengdoshlari orasidagi munosabatlarga qaratilgan.

Hayz koʻrish deskvamatsiya fazasi – bu faza endometriy deskvamatsiyasi, yaʼni funktsional qavatning koʻchib tushishi va regeneratsiyasi – tiklanishini oʻz ichiga oladi.

Amenoreya – 6 oy va undan koʻproq vaqt davomida hayz boʻlmasligi.

Asiklik qon ketish – ajralayotgan qon miqdorining oʻzgarishi, davomiyligining buzilishi, ritmining buzilishi.

Gipermenoreya – hayzning koʻpayishi.

Gipomenoreya – hayzning kamayishi.

VIII BOB.

JINSIY YETILISH DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

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

1. Prepubertat davr (7–9 yosh) miyaning gipotalamik tizimlari yetilishi har 5–7 kunda siklik tartibda gipofizdan gonadotropik gormonlar (GT) ajralishi bilan xarakterlanadi. **2. Pubertat davrning** birinchi fazasi 10–13 yoshga to‘g‘ri keladi. Bu davrda tuxumdonlarda esterogen gormonlar ishlab chiqarilishining kuchayishi kuzatiladi. **3. Pubertat davrning** ikkinchi fazasi (14–17 yosh) gipotalama – gipofizar tizimi reproduktiv funktsiyasi to‘liq shakllanib ulguradi.

Jinsiy yetilish mukammalmi yo nuqsoni bormi, buni bilish uchun ikkilamchi jinsiy belgilar hosil bo‘lish vaqti, tartibi, jinsiy a‘zolar va belgilar rivojlanish darajasini hisobga olish lozim. Qiz bolalarda 8–9 yoshda sut bezlari rivojlanishining birlamchi belgilari-sut bezlari so‘rg‘ichlari giperemiya va pigmentatsiyasi paydo bo‘ladi. Sut bezlari 10–11 yoshda etiladi. 10–11 yoshlarda qov sohasida, 11–12 yoshlarda qo‘ltiq ostida junlar o‘sib chiqadi.

Tananing o‘sishi va vaznining oshuvi 9–10 yoshda boshlanib, birinchi hayz ko‘rishdan (menarxe) oldin yuqori pog‘onasiga yetadi. Bir yilda bo‘y 10 sm ga, vazn 12 kg gacha ortadi. 11–12 yoshdan boshlab ichki jinsiy a‘zolar, sut bezlari o‘sishi va rivojlanishi chanoq suyaklari kengayishi kuzatiladi. Birinchi hayz – menarhe 12–13 yoshda keladi. 15–17 yoshga kelib qiz bolaning bo‘yi o‘sishtan to‘xtaydi, tanasi ayollarga xos shakllanadi.

Jinsiy yetilish – ayol umrining o‘zgaruvchan davri bo‘lib, bu vaqtda qiz bola tashqi muhitning salbiy ta’sirlari va ichki omillarga o‘ta sezgir bo‘ladi. Jinsiy yetilish davrida ovqatlanishi, o‘qish va dam olishi qat’iy rejim asosida amalga oshirilishi, unga jismoniy va ruhiy og‘irlik tushmasligi shart. 10–12 yoshda qiz bolani jismoniy va ruhiy o‘zgarishga tayyorlab borish va unga jinsiy rivojlanish haqida tushuncha berib borish lozim.

Qiz bolaga birinchi hayz vaqtida nimalar qilish lozimligi tushuntiriladi. Hayz paytida jismoniy zo‘riqishdan ehtiyotlab, qo‘shimcha dam olish tavsiya etiladi. Bu kunlarda qiz bola maxsus gigiyenik salfetkalar qo‘llaydi, tamponlardan esa faqat ginekolog vrach tavsiyasiga ko‘ra foydalanadi. Gigiyenik chora – tadbirlar, suv muolajalari, har kuni kechqurun badan, ayniqsa tashqi jinsiy a’zolar, qo‘ltiq ostini tozalab yuvish tavsiya etiladi. Chunki bu joylarga gormonlar aktiv ta’sir ko‘rsatadi.

Jinsiy yetilish davrida ayol va erkaklarning fiziologik jinsiy faoliyati. Reproktiv faoliyat: ikkilamchi jinsiy belgilar. Erkaklar va ayollarning farqi. O‘g‘il bolalarda birinchi eyakulyatsiya o‘rtacha 13 yoshda boshlanadi. Jinsiy a’zolar rivojlanishi bilan qov, qo‘ltiq osti tuklar bilan qoplana boshlaydi, soqol-muylovi o‘sa boshlaydi, ovoz tembrining o‘zgarishi seziladi, erkaklarga xos yo‘g‘on ovoz paydo bo‘la boshlaydi, jinsiy mayllik boshlanadi. Qizlarda esa birinchi hayz o‘rtacha 12 yoshdan, asosan 11–15 yoshlar o‘rtasida boshlanadi. Jinsiy bezlarni kattalashuvi, jinsiy a’zolarining tuk bilan qoplanishi, jinsiy anglash va jinsiy mayllik rivojlana boradi. Jismoniy rivojlanish bilan birga boshqa jinsga nisbatan qiziqish ortib boradi. Jinsiy mayl kuchayib boradi, o‘ziga nisbatan tushunilmagan harakatlar va nazorat qilib bo‘lmaydigan jinsiy mayl va jinsiy harakatlar paydo bo‘lishi mumkin.

Jinsiy yetilish davrida psixologik va ijtimoiy vazifalar. Jinsiy yetilish davrida sog‘liqni muhofaza qilishning muhimligi onalikda hamshiralik parvarishining maqsadi ruhan va jismonan sog‘lom bo‘lgan farzandni tug‘ib tarbiyalashdir. Onalikni muhofaza qilish

nuqtai nazaridan qaranganda, bu maqsadni amalga oshirish uchun ona sog'lom bo'lishi kerak, bu esa jinsiy yetilish davridagi salomatlikka bog'liq. Bu davrning salomatligi esa bolalik davridagi salomatlikka bog'liq.

Hayz sikli ayollar organizmi murakkab biologik jarayonining bir ko'rinishidir. Normal hayz sikli uch bosqichni o'z ichiga oladi: 1) gipotalamus – gipofiz – tuxumdon tizimidagi siklik o'zgarishlar; 2) organizmning gormonal bog'liq a'zolarining siklik o'zgarishlari (bachadon, bachadon nayi, qin va sut bezlari); 3) nerv, endokrin va boshqa tizimlardagi siklik o'zgarishlar. Hayz sikli davomida ayol organizmidagi o'zgarishlar ikki fazali xarakterga ega bo'lib, bu tuxumdonda follikula o'sib yetilishi, ovulyatsiya, sariq tana rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi. O'zgarishlar ko'proq bachadon shilliq qavatida kechadi. Tuxumdonda urug'lanish yuz bermasa, endometriyaning funksional qavati ko'chib, jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar (hayz) kela boshlaydi. Bu organizmda siklik o'zgarishlar tugaganligidan dalolat beradi. Hayz sikli davomiyligi hayz boshlangan birinchi kundan keyingi hayzning birinchi kunigacha davom etadi va 25–30 kunni tashkil qiladi. 28 kunlik sikl normal hayz siklidir, ya'ni ideal hayz sikli deyiladi. Tuxumdonlarda gonadotrop gormonlar ta'sirida ikkita faza kuzatiladi: – follikulyar faza: follikula yetilishi va yetilgan follikulaning yorilishi; – lutein faza: sariq tana rivojlanish fazasi.

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

Ovulyatsiya fazasida yetilgan follikula yoriladi va undan yetuk tuxum hujayra ajralib chiqadi. Yaltiroq parda bilan o'ralgan tuxum hujayra follikulyar suyuqlik bilan birga qorin bo'shlig'iga, undan

keyin esa bachadon nayiga tushadi. Bu jarayonlar hayz sikli o'rtalariga to'g'ri keladi.

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

Bachadondagi siklik o'zgarishlarni uchta fazaga ajratish mumkin: 1) regeneratsiya va proliferatsiya fazasi; 2) sekretiya fazasi; 3) diskvamatsiya – qon ketish (hayz fazasi). Proliferasiya fazasi – follikulyar faza bilan bir paytda kechib, hayz davomiyligi o'rtasigacha davom etadi. Bu faza hayz qoni to'xtagandan keyin boshlanib, tuxumdonda yetilayotgan follikulalarda ishlab chiqiladigan estrogen gormonlar ta'sirida bachadon shilliq qavati bezlari o'sishi bilan xarakterlanadi. Sekretiya fazasi – hayz sikli yarmini tashkil etadi. Bu davrda sariq tana gormonlari ta'sirida bezlar sekret ishlab chiqara boshlaydi. Hayz ko'rish fazasi. Bu faza endometriy deskvamatsiyasi (ko'chib tushishi) ni o'z ichiga oladi. Bazal qavat to'qimalaridan funksional qavat to'qimalari ko'chib tushgandan so'ng regeneratsiya boshlanadi. Fiziologik sharoitda siklning to'rtinchi kuni shilliq qavatning yara yuzasi epitelizealanadi.

Nazorat uchun savollar:

1. Jinsiy yetilish davri haqida tushuncha.
2. Jinsiy yetilish davrida qiz bola organizmidagi fiziologik o'zgarishlar.
3. Hayz va uning boshqarilishi.
4. Hayz ko'rishda tuxumdondagi o'zgarishlar.
5. Hayz ko'rishda bachadondagi o'zgarishlar.
6. Balog'at davri gigiyenasi.

IX BOB.

HAYZ VAQTIDA O‘Z-O‘ZINI PARVARISHLASH

Hayz jinsiy yetilish davrida ayolning fiziologik xususiyatlari bo‘lib, ikkilamchi jinsiy belgilarning biri hisoblanadi. Hayzning davriyligi ayol hayotida ritmik o‘zgarishlarga sabab bo‘lib, ruhiy va jismoniy o‘zgarishlarga olib keladi, bu esa ba’zi hollarda behollik va bezovtalik holatlarini keltirib chiqaradi.

HAYZ DAVRIYLIGINING MOHIYATI

Jinsiy yetilish davri boshlanishi bilan ayolda birinchi hayz kela boshlaydi, bu ayollarning erkaklardan farqli bo‘lgan jismoniy xususiyatidir. Bu jismoniy xususiyatlar embrional davrdan boshlanadi. Embrional davrida tuxumdonlarda erkaklar gormonlari ishlab chiqariladi. Gipotalamusda erkaklar jinsiy gormonlarining davriyligi buzilib, faqat ayollarda gormonlar davriyligi saqlanib qoladi. Buning oqibatida, ayolda erkaklar gormoni ishlab chiqarilmay, davriylik saqlanib qoladi. Lekin bu ayolning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy hayotiga ta’sir ko‘rsatadi. Masalan: o‘rta hisobda, 35–40 yil davomida hayz ko‘radi. Agar ayol bir marotaba bo‘lsa ham homilador bo‘lmasa, 6 yildan ko‘p vaqt – hayz ko‘rgan bo‘ladi.

Ayolning hayzga qanday munosabatda bo‘lishi hayot tarziga katta ta’sir ko‘rsatadi. Ba’zi ayollar hayzni fiziologik holat deb, salomatlik belgisi hisoblaydilar va unga ijobiy qaraydilar. Ba’zilari esa, hayzga kasallik yoki noxush vaziyatga qaragandek munosabatda bo‘ladilar. Shuning uchun ayol hayzni qanday anglashi, uning hayotida o‘z aksini topadi.

JINSIY YETILISH DAVRIDA HAYZNI ANGLASH, AYOLLIK VA ONALIK

Azaldan birinchi hayz kelishi qiz bola uchun katta ahamiyat kasb etadi, chunki bu davrda ular ayollik hissini anglab yetishadi, o'tish davrida bu tuyg'ular bebaho hisoblanadi. Hayz davri paydo bo'lishi bilan qizlar o'zini ayollar safiga qo'shib, ayol jinsi rivojlanadi, fiziologik rivojlanish va ijtimoiy omillar tufayli hamda noturg'un ruhiy holat, turg'un holatga o'tadi, shahsiyat shakllanib, onalik hissi uyg'onadi, rivojlanadi va bu insonning ruhiyatini boyitadi.

Bundan kelib chiqadiki, hayzga ijobiy munosabatda bo'lish ayol jinsi shakllanishi va onalikni rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi.

HAYZ TAHLILI

O'zbekiston sharoitida odatda normal rivojlangan qiz bolalarda birinchi hayz o'rtacha 12 yoshdan, 11–15 yoshlarda keladi.

Birinchi hayz – *menarxe* deyiladi. Hayz kelishi organizmda siklik o'zgarishlar (jarayonlar) sodir bo'lishi bilan, ya'ni bosh miya po'stloq qismi, gipotalamus, gipofiz va jinsiy bezlar tuxumdonlarda va bachadonda sodir bo'ladigan o'zgarishlar oqibatida yuzaga keladi. Ideal tip xotin-qizlarda hayz har 28 kunda, ba'zi ayollarda 21 yoki 32–35 kunda kelishi mumkin. Muntazam tarzda 21 yoki 35 kunda takrorlanib turadigan hayz sikli ham normal hisoblanadi. Normal hayz siklida qon kelishi 3–5 kun davom etadi va shu davrda o'rtacha 50–150 gr qon yo'qotadi. 50 g dan kam yoki 150 g dan ko'p qon kelishi hayz siklining u yoki bu darajada buzilganligidan darak beradi. Umumiy ketadigan qonning 80% ikkinchi kun ketadi, uchinchi kun ikkinchi kunning 1/3 ketadi. Bu ko'rsatkichlar 20–30 yoshlar uchun, kamdan kam hollarda 10 va 40 yoshlarda kuzatiladi.

Odatda hayz kunlari og'riqsiz o'tishi kerak, lekin qiz bola organizmining rivojlanishidagi, ayniqsa jinsiy a'zolaridagi ayrim nuqsonlar sababli hayz og'riqli o'tishi mumkin.

Hayz og'rig'ining davomiyligi va darajasi. Og'riqlar hayz qoni kelishidan bir necha kun oldin boshlanishi yoki hayz qoni kelayotgan kunlari davomida kuzatiladi. Og'riq turli darajada bo'lishi mumkin.

Sekin-asta, sim-sim ogʻriqlar hech qanday aralashuvsiz oʻzi oʻtib ketadi. Baʼzan hayz koʻrish davridagi ogʻriq juda qattiq boʻlishi, chiday olmaslik darajasida, hatto hushidan ketish holatiga olib kelishi mumkin. U hollarda albatta hamshira aralashuvi ogʻriqsizlantiruvchi dorilar qoʻllash zarur.

Hayz vaqtida ahamiyat berish zarur boʻlgan jihatlar: Tashqi jinsiy aʼzolari tozaligiga, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish va infektsiya tushishining oldini olish; ketayotgan qonga ijobiy tomondan yondoshish hamda lohas boʻlmaslik. Hayz qoni toʻsiqsiz chiqishini taʼminlash, gigiyenik salfetkalar tayyorlab qoʻyish; jinsiy aʼzolar artilganda yuqoridan pastga qarab ohista artish; tanaga tegadigan qismini toza saqlash, ifloslanishiga yoʻl qoʻymaslik, oraliqni yuvib turish; iloji boricha qin tamponlaridan foydalanmaslik (infektsiyani oldini olish).

Predmenstrual sindrom – bu bir necha xil simptomlar yigʻindisi boʻlib, hayzdan avval paydo boʻladi va hayz vaqtida ham kuzatiladi. Ular quyidagilardir: asab tizimi va bosh miya simptomlari: bosh ogʻrigʻi, boshning ogʻirligi, bosh aylanishi, kayfiyatning tushkunligi, asabiylashish, uyquga toʻymaslik, behalovatlik, tajanglik; ovqat hazm qilish tizimidagi simptomlari: qusish, ich qotishi, ich ketishi; harakat va qon aylanishi tizimi simptomlari: qoʻllarning uvishishi, qorin pastki qismida ogʻriq, bel sohasida ogʻriq, charchoqlik hissi, koʻkrak va uning uchlarida ogʻriqlar. Yuqoridagi simptomlar fiziologik boʻlib, bezovta qilmasa havotirlanishga oʻrin yoʻq, ammo chidab boʻlmasa, mutaxassisga murojaat etish kerak.

HAYZ OGʻRIQLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Mumkin boʻlmagan harakatlardan qutilib, vaqtni hotirjamlik bilan oʻtkazish, iloji boricha hayz vaqtida stress holatlariga tushmaslik, hayzga koʻnikish va bezovtalikni kamaytirish lozim. Hamshira ogʻriqli hayz toʻgʻrisida axborot berib borishi lozim. Hamshira mijozning kayfiyatini koʻtarishi, hayz ogʻrigʻiga undov bermasligi lozim.

Tananing pastki qismida qon aylanishini yaxshilash. Fiziologik usullar bilan butun tana relaksasiyasi, jismoniy mashqlar, gimnastika, qorin pastiga issiq qo'llash yordamida qon aylanishini yaxshilaydi. Bundan tashqari fizik usullar yordamida, ya'ni issiq suyuqliklar – gryelka qo'yish, belni nuqtali massaj qilish, qon aylanishi yaxshilanadi. Agarda bu usullardan samara kam bo'lsa dori-darmonlar vositasi (og'riq qoldiruvchi dorilar, oral kontraseptivlar) dan foydalaniladi.

HAYZGA OID AXBOROTNI YETKAZISH VA O'Z-O'ZINI PARVARISH QILISH

Hayz kelishini va uning davriyligini tushuntirish zarur. Bazal haroratni o'lchab, yozib borish – o'z hayz davrini tushunish uchun katta ahamiyatga ega. Shunday qilib, rivojlanish jarayonida hayz davrining nuqsonlari tufayli kelib chiqadigan lohaslikdan halos bo'lish kerak. Hayz davridagi salbiy munosabatlarga, asosan, hayz vaqtidagi og'riqlar va predmenstrual sindrom belgilari sabab bo'ladi. Bu vaqtda o'z-o'zini parvarishlash talab etiladi. Bu esa o'z o'rnida genderni rivojlanishiga, ayollikni qabul qilishga va shaxsiyatni rivojlanishiga olib keladi.

Hayz paytida qizlar uchun shaxsiy gigiyenasi ayniqsa muhim. Iloji boricha tez-tez tahorat qilib turish kerak. Ko'p qizlar gigiyenik tagliklardan foydalanadilar. Ularni muntazam ravishda almashtirib turish muhimdir. Ishlatilgan tagliklarni unitazga tashlamasdan, qog'ozga o'rab, axlat idishga tashlash kerak. Ba'zi qizlar gazlamalardan qilingan tagliklardan foydalanadilar. Bunda ham muntazam ravishda tagliklarni almashtirish va faqat toza tagliklardan foydalanish kerak, chunki matoda to'plangan qon bakteriyalar uchun qulay ozuqa muhiti bo'lib, yallig'lanishga sabab bo'lishi mumkin. O'smirda g'urur tuyg'usini rivojlantirishga harakat qilish kerak. Hayz sikli og'riqli o'tadigan xotin-qizlar gimnastika mashqlari bilan shug'ullanishlari tavsiya etiladi.

X BOB.

JINSIY YETILISH DAVRIDA KO‘P UCHRAYDIGAN MUAMMOLAR

Jismoniy rivojlanishda yuzaga keladigan muammolar, masalan, ovqatlanish holati (ortiqcha ovqatlanish, kattalar kasalliklari, anemiya rivojlanishi jarayonida individual nomutanosiblik va ruhiy buzilishlar).

Jinsiy faoliyat rivojlanishida yuzaga keladigan muammolar: Dastlab hayz kelgandan keyin qizlarda muntazam ravishda har oyida takrorlanib turadigan sikl shakllanadi. Ba’zi bir qizlarda esa 6 oy, hatto 1 yil o‘tgandan keyin iziga tushadi, ya’ni ularda anovulyator sikl bilan boshlanadi, bu esa sariq tanachaning yetilishiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Hayz vaqtida jinsiy belgilar – jinsiy mayl, o‘zining jinsiy harakatlari bilan kurashish (ruhiy buzilishlar) kabi o‘zgarishlar kuzatiladi.

Endokrinologik o‘zgarishlar bilan birga paydo bo‘ladigan muammolar: Miya po‘stlog‘i yetilmaganligi sababli va tashqi muhit sharoitlarining salbiy ta’siri oqibatida o‘zining joniga qasd qilish kabi baxtsiz hodisa ro‘y berishi mumkin.

Ruhiy va ijtimoiy-ruhiy rivojlanish bilan bog‘liq muammolar: psixosomatik o‘zgarishlar, neyrogen, ovqat qabul qilish bilan bog‘liq kasalliklar paydo bo‘lishi.

Ijtimoiy-tibbiy muammolar: bolalik davrida yetarli bo‘lmagan muhofaza va ortiqcha erkatoqlik, ijtimoiy yetishmovchilik, tug‘ruqdan so‘ng onaning bolani sutdan ajratishidan so‘ngra kuzatiladigan ruhiy rivojlanishning buzilishi.

Jinsiy yetilish davrida ko‘p uchraydigan salomatlik muammolari: Jinsiy yetilish davridagi salomatlik muammolarini barvaqt aniqlash muhim ahamiyatga ega. Bu mavzuda hayz faoliyatining buzilishi, jinsiy yetilish davridagi kamqonlik va qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi ahamiyatlidir.

Hayz faoliyatining buzilishi: Bolalik davridan jinsiy yetilish davrigacha ayniqsa jinsiy yetilish davrida jismoniy yetilish tezlashib shaxsiy farqlanish keskin namoyon bo‘ladi, ruhiy ijtimoiy yetilish orqada qoladi. Bu disbalans oqibatida har xil muammolar kelib chiqadi. Jinsiy yetilish davrida jinsiy a‘zolar bosqichma-bosqich rivojlanib, fiziologik va ruhiy stresslar oqibatida hayz faoliyati buzilishi kuzatiladi. Kech hayz ko‘rish ruhiy xususiyatlarga – uyat va xavotirlanish sezgilariga sabab bo‘lib, bepushtlikka olib kelishi mumkin, keyinchalik esa homilador bo‘lish qobiliyatining buzilishiga olib keladi.

Qizlarda 10 yoshdan boshlab gonadotrop gormonlar va jinsiy gormonlar sekretiysasi kuchayadi, reproduktiv tizim rivojlanib, 12 yoshdan hayz ko‘ra boshlaydi. Shundan so‘ng, hayzning davriyligi yuzaga keladi, lekin 5 yil davomida anovulyator hayz va sariq tana yetishmasligi tufayli hayz faoliyati buzilishlari kuzatilishi mumkin.

A‘zolarida kasalliklar bo‘lmasa ham hayz vaqtida qorinning pastki qismida og‘riqlar paydo bo‘lishi mumkin.

Hayz faoliyati buzilishi tasnifi

- hayz davrining buzilishi: amenoreya – hayz bo‘lmasligi, opso-menoreya – har 2–3 oyda bir marta hayz kelishi, polimenoreya – hayz siklining qisqarishi, tez-tez hayz kelishi.

- hayz kunlarining buzilishi: uzoq kunlar davom etadigan (proyyomenoreya) hayz, qisqa muddatli hayz (opsomenoreya)

- ketayotgan qon miqdorining buzilishi: hypermenoreya – ko‘p qon ketishi, hypomenoreya – kam qon kelishi

- predmenstrual sindrom: dismenoreya (hayz paytida boshlanadi), predmenstrual sindrom (hayzdan avval boshlanadi).

Hayz faoliyati buzilishida ko‘riladigan chora-tadbirlar:

Jinsiy yetilish davrida ruhiy va jismoniy salomatlikning asosiy ko‘rsatkichi hayzning boshlanishi, hayzning davriyligi va uning davomiyligi hisoblanadi. Ayol yoshiga qarab hayz faoliyatining holatini kuzatish muhimdir. Hayz faoliyati buzilishi kuzatilganda ota-onaga, mutaxassisga va tibbiy punktga murojaat qilish kerak.

JINSIY YETILISH DAVRIDA KAMQONLIK

Qizlarda jinsiy yetilish davrida kamqonlik ko'p hollarda uchrashi mumkin. Yuqori sinflarda o'qiydigan qizlarning 22,7% da gemoglobin ko'rsatkichi 119 dan kamligi aniqlangan, bu anemiya belgisidir. O'smir yigitlarga qaraganda, qizlarda anemiya ko'proq kuzatilib, 14 yoshdan boshlanib, 16 yoshda yuqori ko'rsatkichlarga ko'tariladi. Jinsiy yetilish davridagi kamqonlikning asosiy sababi temir tanqisligi hisoblanadi. Tana o'sishida temir muhim element hisoblanadi shuning uchun rivojlanishda talab etiladigan miqdorda temir yetishmasa temir tanqisligi kuzatiladi. Qizlarda hayz kelishi boshlanishi bilan temir tanqisligi rivojlanadi.

Sabablari: Organizmning tez sur'atlarda o'sishi uchun qonga talab ortadi va buning oqibatida temir tanqisligi kelib chiqadi. Hayz ko'rish davrida qon bilan birga temir ham chiqib ketadi. Kamqonlikni davolashda turmush tarzini to'g'ri olib borish bo'yicha qo'llanma va to'g'ri hayot qonunlariga rioya qilish bilan birga to'g'ri ovqatlanish va ovqat qo'shimchalari bo'yicha qo'llanma kerak bo'ladi. Jinsiy yetilish davridagi ruhiy xususiyatlarni tushunib (tashqi ko'rinishiga, ota-onasi bilan murosa qilmaslik), qiz bolaga mustaqil tarzda hal qilishi uchun ko'rsatma berishi kerak.

Yod tanqisligi – qalqonsimon bez kasalligi kelib chiqishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Yodni kam miqdorda iste'mol qilish oqibatida qondagi tireoid gormonlari kamayadi. O'zbekiston Respublikasi yod tanqisligi bo'yicha endemik zona hisoblanadi. Shu sababli qalqonsimon bez kasalligi 40% tashkil etadi.

Qalqonsimon bez faoliyati buzilishining belgilari: yod miqdorining kamayishi organizmga quyidagicha ta'sir ko'rsatadi: jismoniy tomondan qalqonsimon bez kattalashadi, bola aqlan va jismonan o'z tengdoshlaridan orqada qoladi, bolaning bo'yi va og'irligi kamayadi, alopesiya (boshda sochning yetishmasligi), bolada xotira susayadi, bosh og'rig'i, behollik, qabziyat, uyquchanlik, hayz faoliyatining buzilishi, ruhiy tomondan yod tanqisligining og'ir hollarida kretinizm, depressiya, asabiylik kuzatiladi.

Homiladorlik vaqtida qalqonsimon bez faoliyatining oʻrni: ichki sekretiya bezlari orasida qalqonsimon bez katta ahamiyatga ega, homiladorlikning 7–8 oylarida qalqonsimon bez rivojlanadi. Embrional davrida faoliyat koʻrsatmaydi, ammo embrional toʻqimadagi tiroksin va triyodtironin gormonlari ayol organizmida paydo boʻlganligi sababli homilador ayolga yetarli miqdorda yod kerak boʻladi. Qalqonsimon bez 3 xil gormon ishlab chiqaradi: tiroksin (T4) – 65% yod, triyodtironin (T3) – 59 % yoddan tashkil topgan. Yod tanqisligida homiladorlarda ilk va kechki gistozlar, tahdid soluvchi abort, kamqonlik va kretinizm rivojlanishi mumkin. Shuningdek yurak urishining yomonlashuvi, bolaning ona qornida nobud boʻlishi va oʻlik tugʻilishi, ilk chilla davrida qon ketishi, chilla davrida sut kamayishi hollari kuzatiladi.

Homiladorlik parvarishi boʻyicha qoʻllanma. Homiladorlik davrida ommaviy, guruhli va individual tarzda muammolarning oldini olish chora-tadbirlari amalga oshiriladi. Ommaviy oldini olishda sogʻlomlashtiruvchi chora-tadbirlar qoʻllanib, aholining ijtimoiy hayot sharoitini yaxshilashga qaratilgan, yod tanqisligi boʻyicha endemik zonalarda osh tuzini yodlash qoʻllaniladi (osh tuzini yodlash Shveysariyada 1920-yilda birinchi bor amalga oshirilgan). Hozirgi paytda non mahsulotlari va ichiladigan suvlar ham yodlanmoqda. Shuning bilan birga ovqatning zarurligi va uni toʻgʻri qabul qilish tushuntiriladi.

Kamqonlikning ogʻir turlarida quyidagi belgilar kuzatiladi: bosh aylanishi, yurak urushining kuchayishi, nafas olishning kamayishi, umumiy xolsizlik, tez charchash, shish belgilari va boshqalar. Baʼzi hollarda kamqonlikni aniqlab boʻlmaydi, shunda qon tahlillarini koʻrib chiqish kerak. Qiz bolada jinsiy yetilish davrida gemoglobin 120 dan kam boʻlmasa ovqatlanish boʻyicha chora-tadbirlar koʻrish kerak, chunki parhez ovqatlanish ancha vaqtni oladi. Davolash boshlanguncha salomatlik holatining pasayib ketmasligi uchun qoʻllanma zarur.

Ovqatlanish boʻyicha qoʻllanma: Ovqatlanish boʻyicha tavsiyalarni nafaqat bemorga, balki uni parvarishlayotgan insonga

ham berish kerak. Temir moddasiga boy bo'lgan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish, eng yoqimlisini tanlash lozim (bemor o'zi xohlab yeyishi uchun). Ovqat hazm bo'lishi uchun shart-sharoit yaratish. Ovqatni tayyorlanishi, idish tovoqqa ahamiyat berish, ovqat qabul qilayotganda terqamaslik va yomon narsalarni o'ylamaslik kerak, ovqat qabul qilayotganda tajanglik va siqilish ovqat hazm qilishni kamaytiradi. Shuning uchun ruhiy zo'rqiqlash va stresslarni bartaraf qilish kerak. Kamqonlik kuchaygan sari oshqozon shirasi kamayadi va bu holat ahvolni yomonlashtiradi. Shuning uchun bu muammoni hal etish uchun chora-tadbirlarni tezroq amalga oshirish kerak.

Qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi (yod tanqisligi). Qalqonsimon bez – ichki sekretiya bezi bo'lib 3 xil gormon ishlab chiqaradi (tiroksin, triyodtironin va kalsitonin). Tiroksin va triyodtironin gormonlari o'sish jarayonini, to'qima va a'zolarining rivojlanishini, modda va quvvat almashinuvini ta'minlaydi. Kal'sitonin (boshqa gormonlar bilan birga) – hujayralarda kal'siy almashinuvini, suyak to'qimasining o'sib rivojlanishini ta'minlaydi. Qalqonsimon bez faoliyatining kuchayishi (gipertireoz, tireotoksikoz) va kamayishi (gipotireoz) har xil kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Qalqonsimon bez faoliyati boshqa ichki sekretiya bezlarining (gipofiz-gipotalamus, buyrak usti, jinsiy bezlar) faoliyati, ovqatdagi yod miqdori, asab tizimining holati bilan bog'liq. Qalqonsimon bez faoliyatiga gipofizning TTG gormoni va gipotalamusning TRG gormoni ta'sir ko'rsatadi. Qalqonsimon bez faoliyati moddalar almashinuvini, bolaning aqliy qobiliyatini, organizmda kislorod o'zlashtirishini, yurak – qon tomir tizimi faoliyatini yaxshilaydi, qonda xolesterin miqdorini kamaytiradi. Qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi ko'proq bolalik, o'smirlik va homiladorlik davrlarida uchraydi. Unni boyitish dasturi bo'yicha milliy loyiha O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2005-yil 16-avgustdagi 391-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan.

Guruhli oldini olish chora-tadbirlari bilan bolalar va homilador ayollar qamrab olinadi, chunki ularda tireoid gormonlariga ehtiyoj ko'proqdir. 4–10 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 sutkada 25 mg dan,

10–17 yoshgacha 50 mgdan, homilador ayollarga 50–75 mgdan kaliy yodid tavsiya qilinadi. Bundan tashqari, tarkibida kaliy yodid bo‘lgan boshqa dorilar (yodmarin-200) antistrumin, euteroks va tireoidinlar ham qo‘llaniladi.

Individual tarzda oldini olish vaqtincha endemik zonalarda yashaydigan shaxslarga va qalqonsimon bez faoliyatiga salbiy ta’sir etadigan omillar bo‘lganida qo‘llaniladi. 2003-yil 23-apreldan boshlab, ona va bola skriningi o‘tkazilmoqda, barcha homiladorlardan qon tahlili olinadi, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda 4–5- kunlari qon tahlili o‘tkaziladi. Tug‘ma gipotireozni barvaqt aniqlab bo‘lmaydi va u keyinchalik kretinizm kasalligiga olib kelishi mumkin, shuning uchun tug‘ilgandan so‘ng bolalardan 7–10 kunlari qon tahlili o‘tkaziladi.

To‘g‘ri ratsional ovqatlanish katta ahamiyatga ega. Yod miqdori ko‘p bo‘lgan mahsulotlar – ya’ni baliq, dengiz karami va boshqa dengiz mahsulotlarini iste’mol qilish kerak. Ovqat mahsulotlaridagi boshqa mikroelementlar, oqsillar, uglevodlar balansi yaxshi bo‘lgandagina yod organizmda saqlanib qoladi.

XI BOB.

JINSIY YO‘L BILAN YUQADIGAN KASALLIKLAR VA JINSIY YETILISH DAVRIDA ISTALMAGAN HOMILADORLIKNING OLDINI OLISH

Ilgari tanosil kasalliklari deb nomlanuvchi atama yaqindan boshlab jinsiy yo‘l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) deb ataladigan bo‘ldi.

JYOYuK guruhiga asosan jinsiy aloqa vositasida o‘tadigan yuqumli kasalliklar kiradi. Hozirgi paytda yuqumli kasalliklar orasida JYOYuK juda keng tarqalgan bo‘lib, ko‘pgina mamlakatlarda ijtimoiy muammolar keltirib chiqarmoqda. Ilgarilar tanosil kasalliklariga asosan 5 ta yuqumli kasalliklar ya‘ni, so‘zak, zaxm, shankroid, tanosil limfogranulyomasi va qov granulyomasi kiritilgan bo‘lsa, ularning soni hozirgi kunda Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti tasnifiga ko‘ra 20 dan oshib ketdi. Ular qatoriga OITS, trixomoniaz, xlamedioz va boshqa ko‘plab kasalliklar ham qo‘shildi.

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkilotning (JSST) tasnifiga muvofiq JYOYuKga bakterial vaginoz, kandidoz, trixomoniaz, gepatit B, genital herpes, zaxm, so‘zak, chov granulyomasi, ichak infeksiyalari, tanosil limfogranulyomasi, qov biti, kontagioz mollyusk, gonokoksiz uretrit, o‘tkir uretral sindrom yoki sistit, orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS), intraepitelial servikal neoplaziya, urogenital xlamidioz, sitomegalovirus infeksiyalari, qo‘tir, shankroid, kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari kiradi.

Kasallik keltirib chiqaruvchi etiologik omillarga asosan viruslar, bakteriyalar, sodda mikroorganizmlar, parazitlar kiradi. JYOYuK ning dastlabki ko‘zga tashlanadigan belgilaridan erkaklarda uretrit, ayollarda servisit, vaginit, jinsiy a‘zodagi yaralar, o‘tkir uchli kondilomalar, immun xususiyatning pasayishi va boshqalar. Ikkilam-

chi belgilariga epididimit, chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari (ChAYaK), o'tkir uretritlar kiradi. Ko'pchilik hollarda JYOYuK ni bir xil mikroorganizm chaqirishi mumkin, ba'zan esa bir necha qo'zg'atuvchilar chaqirgan holatlar ham uchraydi.

Jahonning turli mamlakatlarida JYOYuK ni keltirib chiqaruvchi etiologik omillar ularning turli mintaqada turlicha virulentligiga (kasallik chaqirish qobiliyatiga) qarab har xil bo'lishi mumkin. Masalan, G'arb mamlakatlarida ko'proq sodda viruslar keltirib chiqaradigan jinsiy a'zolar yaralari, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa OITS, xlamidioz kabi kasalliklar ko'p uchraydi. Markaziy Osiyo mintaqasida vaginozlar, servisitlar va bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (eroziyasi) jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning xarakterli xillari bo'lib hisoblanadi, ularning kelib chiqishida bir necha mikroorganizmlar o'rin tutadi. Keyingi vaqtlarda JYOYuK ning oldini olish va samarali davolashdagi qiyinchiliklarga antibiotiklar ta'siriga chidamli bo'lib qolgan mikroorganizm shtammlarining ko'payib borishi sabab bo'lmoqda. Bundan tashqari bu kasalliklarga qarshi emlovchi zardoblar ishlab chiqilmaganligi, kasallikni o'z vaqtida aniqlab, davolash uchun meditsina xodimlarining malakalari ham unchalik yetarli emasligi kasallikning tezlik bilan tarqalib ketishiga sabab bo'lmoqda.

JYOYuK lar o'zidan keyin jiddiy asoratlar qoldirishi bilan ham xavflidir. Bunday asoratlardan kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, bachadon naylarining ikki tomonlama o'tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bepushtlik, zaxmda tug'ma asoratlar, kasallikni boshqa juftlarga yuqtirish kabilar.

JYOYUK NING EPIDEMIOLOGIYASI

JYOYuK lar xavfi yuqori bo'lgan guruhga 25 yoshgacha bo'lganlar, shaharda hamda noqulay ijtimoiy-iqtisodiy muhitda yashovchi shaxslar kiradi. Bundan tashqari boshqa guruhga uzoq, borish qiyin bo'lgan qishloq va tumanlarda meditsina xizmati va muhofaza ishlari yaxshi yo'lga qo'yilmagan mintaqada yashovchi shaxslar, ko'chmanchi qabilalar, immigrantlar kiradi.

JYOYUKNI ANIQLASH (DIAGNOSTIKASI)NING MUHIM JIHATLARI

JSST tomonidan bu kasalliklarni tekshirib, diagnozini aniqlash va davolash-profilaktik ishlar yuzasidan maxsus protokol tavsiya etilgan. Shunga ko'ra dastlabki diagnostik, profilaktik tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bug'inlarida (qishloq va shahar vrachlik punktlari, poliklinikalar) da amalga oshirilishi lozim. Buning uchun oddiy usul bilan uretra va qin ajralmalarini fiziologik eritmaga aralashtirib, hamda ikkinchi usul shunday ajralmalardan surtma tayyorlab gramm usulida bo'yab mikroskopiya qilish. Oddiy mikroskop yordamida trixomoniaz, kandidoz va bakterial vaginoz chaqiruvchi mikroorganizmlarini aniqlash mumkin. So'zaki, xlamidiaz, zaxm kasalliklariga tekshirish uchun maxsus jihozlangan laboratoriya sharoiti yaratilishi kerak, bu tekshirish usullarini qishloq sharoitida amalga oshirish imkoniyati bo'lmaydi. Shuning uchun laboratoriya tekshirishini o'tkazish imkoniyati cheklangan muassasalarda har bir bemorni klinik jihatdan tekshirib chiqishga to'g'ri keladi.

Kasallikning dastlabki simptomlariga qarab diagnozni aniqlash mumkin bo'ladi. Lekin bunda bir nechta jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning simptomlari bir biriga o'xshashligi, kasallikni bir nechta mikroorganizmlar (qo'zg'atuvchilar) chaqirishi mumkinligi inobatga olinishi lozim. Bu haqida kasalliklarga alohida ta'rif berilganda tanishasiz. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni samarali tekshirish va davolash uchun kasallik xavfi yuqori bo'lgan guruhga tegishli shaxslarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shuning bilan birgalikda JYOYuK ni mazkur mintaqada qaysi turi ko'proq uchrashi, bu haqida tegishli davolash-profilaktik muassasalaridan yetarlicha statistik ma'lumotlarga ega bo'lishning ham ahamiyati kattadir. Barcha aholini bir yo'la tekshirish iloji bo'lmaganligi sababli tibbiyot muassasalariga (urolog, akusher-ginekolog, dermatovenerolog va hokazo) murojaat etuvchi aholi qatlamini JYOYuK larga tekshirish salmoqli diagnostik imkoniyat yaratadi. Buning uchun tibbiyot xodimlari quyidagilarni bilishlari kerak:

- qanday hatti harakatlar inson uchun xatarli bo‘lishi mumkinligini;
- JYOYuK ning simptomlarini;
- aholi yashash joylarida JYOYuK ning qaysi turi ko‘proq uchrayotganligi haqida ma’lumotni;
- JYOYuK bor deb gumon qilingan kishini atroflicha tekshirib ko‘rish va o‘tkazilgan tahlil natijalariga ko‘ra unga baho bera olish.

JYOYuK ni aniqlashda jinsiy juftlar bilan (ayniqsa xotin qizlar) bilan suhbatlar uyushtirib, kerak bo‘lsa anonim so‘rovlar o‘tkazib quyidagi diagnostik ahamiyatga ega bo‘lgan ma’lumotlar to‘plash shifokorlar ishini bir muncha yengillashtiradi. – Sizda qindan ajralmalar kelib turadigan vaqt bo‘ladimi? – So‘nggi yillar mobaynida jinsiy jihatdan qandaydir o‘zgarish – jinsiy a‘zolarida yara, terisi zararlangan hollar kuzatilganmi? – Jinsiy juftingiz keyingi 3 oy davomida jinsiy a‘zolar kasalligi, siydik yo‘llaridan ajralma kelishi yoki qovdagi bezlarning shishganligi sababli davolanganmi? Davolangan bo‘lsa qanday kasallik yuzasidan davolangan?

- Juftingiz boshqalar bilan jinsiy aloqa qilishi mumkinmi?
- Kasbingiz (haydovchilik, harbiy xizmatda bo‘lish) JYOYuK sizda yoki juftingizga paydo bo‘lish xavfini tug‘diradimi?
- O‘zingizda JYOYuK bor deb gumonsiraysizmi?

Mijozlar bu savollarga to‘g‘ri javob qaytarsalar tibbiyot xodimlari tomonidan kasallikni aniqlashga yaqindan yordam beradi.

Tibbiyot xodimlari mijozlarga maslahat berishda JYOYuK dan to‘la davolanmasa yoki tibbiy yordamga o‘z vaqtida murojaat qilmasa bu kasalliklar inson salomatligi uchun jiddiy muammolar keltirib chiqarishi mumkinligiga e‘tiborni qaratishlari lozim. JYOYuK ning oqibati quyidagi asoratlarga olib kelishi mumkin.

- Kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikka;
- Bachadon bo‘yni rakining rivojlanishiga (bachadon bo‘yni eroziyasi);
- Jinsiy a‘zoldan surunkali ajralmalar kelib turishiga (xlamidioz, urogenital infeksiyalar bo‘lganda);

- Kichik chanoq sohasida surunkali, ayollarni muntazam ravishda qiynab turadigan og‘riqlar paydo bo‘lishi;
- Hayz siklida o‘zgarishlar bo‘lishi (og‘riqli hayz, gipermenstrual sindrom);
- Bepushtlik. So‘zakdan davolangan 20–30% erkaklar va yallig‘lanishdan davolanmagan 55-85% ayollar bepusht bo‘lib qoladilar;
- JYOYuK ning ko‘payishi OITS xavfini kuchaytiradi.

Bundan tashqari jinsiy a‘zolar infeksiyasi homilador ayollarda homiladorlik patologiyasi ro‘y berishiga olib kelishi mumkin (homilaning o‘z-o‘zidan tushishi, muddatidan oldin tug‘ish, homila infeksiyasi). Bunday ayollardan tug‘ilgan chaqaloqlar ko‘pincha toksik-septik kasalliklarga moyil bo‘ladi (pnevmoniya, sepsis), markaziy asab tizimining, ko‘zning zararlanishi kabi illatlarga duchor bo‘lishi kuzatiladi. Shu sababli tibbiy xodimlar kasalliklarni har qanday sharoitda (uzoq qishloqlarda, davolash muassasalarining birlamchi zvenolarida), ayniqsa kasallikning aholi o‘rtasida keng tarqalgan turlarini o‘z vaqtida aniqlashi, davolash chora-tadbirlarini ko‘rishlari lozimligini e‘tiborga olib JYOYuK ning ko‘p uchraydigan turlari haqida atroflicha ma‘lumot beriladi.

Abort, uning ayol organizmiga ta‘siri, abortning oldini olish.

Leri S. Liskin ma‘lumotlariga ko‘ra, rivojlanayotgan mamlakatlar kasalxonalaridagi 4–70 foizgacha onalar o‘limiga g‘ayriqonuniy abortlar asorati sabab bo‘lishi ta‘kidlanadi.

Dunyoning turli mamlakatlarida abortlarga tegishli qonunlarning murosallashuviga (liberalizasiya) ko‘ra, 12 haftalik muddatgacha bo‘lgan homiladorlik, tibbiy va ijtimoiy ko‘rsatmalarga asosan, homilaning 28 haftasigacha uni tibbiy abort yo‘li bilan olib tashlashga ruxsat berilishiga qaramasdan, hanuzgacha kriminal (g‘ayriqonuniy) abortlar hamda ularning og‘ir asoratlari deyarli kamaygan emas.

Shu nuqtai nazardan, mutaxassislar diqqat e‘tibori sun‘iy abortga, nafaqat, tug‘ilishni rejalashtirishning jarrohlik usuli sifatida, balki, murakkab tibbiy muammo deb qaralishi lozim. Chunki, abort oqibatida ayollar jinsiy azolarida va ichki sekretiya bezlarida og‘ir

asorotlar sodir bo'lishi, bu esa, o'z navbatida markaziy asab tizimiga ta'sir etishi, bepushtlik keltirib chiqarishi mumkin. Shu sababdan tibbiy xodimlarning (hamshiraning) oldida turgan asosiy vazifalar quyidagilardan iborat:

1. Tibbiy abortlar asoratini o'z vaqtida aniqlash va davolash maqsadida mijozlarga tegishli maslahatlar berish.

2. Abort asoratlari bo'lgan taqdirda, o'smirlarni davolashga doim tayyor turish yoki ularga malakali shifoxonaga yo'llanma berish;

3. O'smirlarni kontratsepsiya haqidagi axborotlar bilan ta'minlash, kerak bo'lganda xizmat ko'rsatish.

Abortdan keyin kuzatiladigan asorotlar: infektsiya tushishi, homila to'qimasi qoldig'i qolib ketishi, qon ketishi, abortning chala qilinishi natijasida homiladorlik rivojlanaverishi, bachadon bo'yni va tanasining shikastlanishi; qo'shni a'zolar shikastlanishi (siydik pufagi, ichaklar), og'riqsizlantirish uchun qo'llangan dorilarga nisbatan allergiya yuzaga kelishi yoki uning toksik ta'siri.

Asoratlarni davolash. Infektsiya tushganda, qorin va chanoqda, belda og'riq bo'lishi, isitma chiqishi, qindan va bachadondan hidli, yiringli ba'zan qonli chiqindi kelishi, holsizlanish, bachadon va uning ortiqlari sohasida og'riq bo'lishi kabi belgilar ko'zga tashlanadi.

Bunday hollarda, bemorning ahvoli yengil yoki og'ir bo'lishiga qarab, tegishli dori-darmonlar yordamida davolash mumkin.

Agar bemorning ahvoli og'irlashib, klinik belgilari kuchli rivojlangan bo'lmasa, ambulatoriya sharoitida antibakterial dori vositalari qo'llanilib, davolanadi. Albatta, iloji boricha qindan surtma (mazok) olib, kasallik chaqiruvchi makroorganizmning turi va u qaysi antibiotik yoki antibakterial dori vositasiga sezgir ekanligi aniqlanib, keyin antibiotik qo'llash yaxshi natija beradi. Shuningdek, davolashda qinga vanna, poroshokli purkama, mazli tamponlar qo'yiladi.

Agar kasallik og'ir kechadigan bo'lsa, unda bemorlar, albatta ginekologik shifoxonaga yotqizilib, simptomatik, antibakterial davo o'tkaziladi va suyuqliklar qo'yiladi. (infuzion terapiya). Bu haqida ginekologiya kitobida batafsil ma'lumot berilgan.

Abortdan keyingi parvarish. Abortdan keyin ba'zan oyoqlarda titroq, 1 hafta davomida qindan oz-oz chiqindi kelishi, qisman ko'ngil aynishi va qusish mumkin. Agar vrach ayolga qandaydir dori yozib bergan bo'lsa, uning ko'rsatmasiga asosan dorini qabul qilish kerak. Abortdan keyingi 10 kun davomida dam olishi kerak, jismoniy mehnat qilmaslik, gigiyenik taglikdan foydalanish, vanna o'rniga dush qabul qilish kerak. Qonli chiqindi kelishi to'xtaguncha qinni chayish va jinsiy aloqa qilish mumkin emas. Agar quyidagi simptomlardan loqal bittasini sezsa ham vrachga murojaat qilish lozim: diametri 5 sm dan kattaroq qon laxtalari kelishi; titroq va tana haroratining 38°C dan oshishi; 4 soatdan ortiqroq ko'ngil aynishi va qusishning davom etishi; qorinda kuchli, to'xtamaydigan og'riq bo'lishi; abortdan keyin 6 oy davomida hayz kelmasligi. Abortdan keyin kamida 6 oy davomida homiladorlikdan saqlanish kerak. Bu har xil abortlarning oldini olish va organizmingizning dam olishi uchun muhimdir.

- Abortdan keyingi davrda homiladorlikdan saqlanishning bir necha usullari mavjud. Tabletkalar, prezervativlar, spermisidlar va BIV.
- Tabletkalar, prezervativlar va spermisidlardan abortdan keyin darhol foydalanishi mumkin.
- Abortdan keyin birdaniga BIVni kiritib qo'yishi mumkin, albatta infektsiya bo'lmagan taqdirda. Agar infektsiya bo'lsa yoki unga gumon bo'lsa oldin davolanib, keyin BIVni qo'ysa bo'ladi.
- Ba'zi ayollar abortdan keyin darhol homiladorlik bo'lmaydi deb o'ylaydi. Lekin ayollarda homiladorlik bo'lish qobiliyati abortdan keyin darhol (9 kun ichida) tiklanadi.

XII BOB.

JINSIY YETILISH DAVRIDA SALOMATLIKKA OID WELLNES HAMSHIRALIK TASHXISI

Wellness bo'yicha hamshirlik tashxisining asosiy faoliyati onalikda hamshiralik parvarishining ayol hayoti davrlarining o'sish va rivojlanishi masalalariga qaratilgan.

Onalikda hamshiralik parvarishi. Onalikda hamshiralik parvarishida qo'shimcha muammolarni hal etishda boshqa uslublarga nisbatan, ko'p hollarda WELLNES (salomatlik) hamshiralik tashxisi qo'llaniladi, chunki obyektga har tomonlama yondoshiladi va oson amalga oshiriladi.

Onalikda hamshiralik jarayoni yuritilishining boshqa bo'limlarda yuritiladigan jarayondan farqi, Wellness – nuqtai nazaridan onalikda hamshiralik parvarishida sog'lom ayolni yanada salomatligini yaxshilashga qaratilgan.

Onalikda hamshiralik jarayoni – bu faqat muammoni yechibgina qolmay, balki, ilmiy asoslangan fikrlash jarayoni bo'lib, bunda obyektning ehtiyojlari hisobga olinib, muhimligiga qarab rejalashtiriladi, amalga oshiriladi va parvarish baholanadi.

Wellness (salomatlik) – nima? Wellness (salomatlik) so'zi Illness (kasallik) so'zining antonimi bo'lib, «Salomatlikni» nazarda tutadi. Hamshiralik jarayoni bu – ilmiy asoslangan natijalar asosida rivojlanayotgan hamshiralik parvarishidir.

Parvarish obyekti mijoz hisoblanadi, shuning uchun mijoz holatini baholab olish zarur va hamshira shu bemor uchun qanday parvarish, muolaja olib borganini bilishi obyekt uchun katta ahamiyatga ega. Hamshiralik jarayonini ko'rsatayotgan hamshira kasbiy bilim va mahoratga ega bo'lib, mijoz shaxsiyatini hurmat qilgan holda

parvarishlashi kerak. Hamshiralik jarayoni yordamida mijozning ko'p muammolari yechimini topish mumkin, ammo bu jarayon muammoni yechimi bo'la olmaydi. Hamshiralik parvarish obyekti qanday holatda bo'lsa ham hamshiralik jarayonining 5 ta bosqichini olib borish kerak.

Hoyman sog'lom holatdan o'lim holatigacha bo'lgan 6 bosqich bo'yicha salomatlik holatini tasniflaydi: Health – salomatlik: jismonan, ruhan, ijtimoiy sog'lom bo'lish. Wellness – hotirjamlik: kasallikning bo'lmasligi, lekin ba'zida bir oz behollik. Minor illness – kam e'tibor talab qiladigan kasallik, shoshilinch davo talab etilmaydi, uzoq vaqt behollik davom etadi. Major illness – jiddiy kasallik, davo talab qiladigan holat. Critical illness – og'ir kasallik, salomatlikning og'ir holatidan, o'limgacha bo'lgan holat. Death – o'lim.

Wellness (salomatlik) bo'yicha hamshiralik tashxisi tushunchasi deganda, «Salomatlikni yaxshilash – jamoada turli salomatlik darajasiga ega bo'lgan shaxs, insonlar va oilalarning salomatligini imkon darajada oshirish» tushuniladi. Stolte 1994-yil Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisini quyidagicha izohlagan: «Mijozni Wellness hamshiralik tashxisi bo'yicha baholashda, uning salomatlik jihatlarini inobatga olgan holda, ruhiy va jismoniy holatining kuchli tomonlariga ahamiyat beriladi». Bu xulosa mijoz haqidagi ma'lumot va bilimlarni o'z ichiga olib, amaliy qaror yechimi hisoblanadi, hamshira esa mijozni sog'lom rivojlanish jarayonida yordam ko'rsatib, qo'llab quvvatlashi kerak. Bundan shuni tushunish mumkinki, Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi mijozni sog'lom o'sish va rivojlanish bosqichlarida muntazam qo'llab quvvatlash va sog'lom holatdan yanada sog'lom bo'lishi uchun xizmat qiladi, bu jarayonda hamshiraning o'zni sezilarli darajada bo'ladi.

Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi mijozning salomatlik jihatlarini o'rganib, umr davrlarini sog'lom muhitda hotirjamlik bilan o'tishiga ko'maklashadi, bu esa asoslangan aralashuv hisoblanadi. Hamshiraning harakatlari salomatlikni yaxshilashga va jarayonda yordam berishga maqsadli yo'naltirilgan bo'lishi lozim.

ONALIKDA HAMSHIRALIK ISHI SOHASIDA WELLNESS NUQTAI NAZARI

Hamshiralik ishi sohasida Wellness nuqtai nazarida inson uchun «yaxshi», «qoniqarli» va «me'yoriy» salomatlik holatlari mavjud bo'lib, unda hamshiralik tashxisi yaxshi holatdan – mukammal holatga o'tishni ta'minlaydi. Onalikda hamshiralik parvarishida Wellness nuqtai nazarining zarurligi, obyekt ruhan va jismonan sog'lom bo'lsa-da, faqat muammoli holatini emas, balki uning ehtiyojlarini inobatga olgan holda hamshiralik parvarishiga ehtiyoj sezadi. Shunga ko'ra faqat muammolarni hal qilish bilan chegaralanib qolmasdan, obyekttni har tomonlama o'rganish kerak va obyektiv tahlil o'tkazgan holda ma'qul kelgan parvarishni amalga oshirish kerak.

WELLNESS BO'YICHA HAMSHIRALIK PARVARISHNING XUSUSIYATLARI

- Insonning hozirgi holati, sog'lom va kuchli tomonlari tashxislanadi;
- Tashxis ijobiy nuqtai nazarga asoslanib qo'yiladi;
- Tabiiy imkoniyatlarni hisobga olgan holda parvarish ko'rsatiladi;
- Patologik holatlarni kelib chiqishining oldini olish uchun zarur bo'lgan shart-sharoitlarini izlab topadi;
- Obyekttni kuzatish va himoya qilish muhimroq hisoblanadi;
- Obyekt uchun eng mos keladigan usulda o'qitish va yo'riqlar o'tkaziladi;
- Obyektga to'g'ri axborat bergan holda, uning roziligi olinadi.

WELLNESS BO'YICHA HAMSHIRALIK TASHXISINING AHAMIYATI

- Fiziologik holatning me'yoriy jarayonga mosligi;
- Tashxis obyekt hayot davrlarining barcha rivojlanish bosqichlari vazifalari bilan bog'liq bo'lib, har bir sog'lom inson uchun zarurligi;

- To‘g‘ri fikrlashning o‘zi Wellness bo‘yicha jarayon yuritishga olib keladi;
- Parvarishni uzluksiz olib borishga imkoniyat yaratadi.

Wellness – bu ikkala modelni o‘z ichiga oladi.

Salomatlikka yo‘naltirilgan model. Me‘yoriy holat: yaxshi tomonga o‘zgarish, salomatlikni «yaxshi» holatini saqlab qolish. Patologik qoniqarsiz holat: qoniqarsiz holatdan yaxshi tomonga o‘zgarib, sog‘ayish jarayonida me‘yoriy holatga o‘tish, qoniqarsiz holatdagi bemorni sog‘lig‘ini shu holatda saqlab qolish va yomonlashuvga yo‘l qo‘ymaslik.

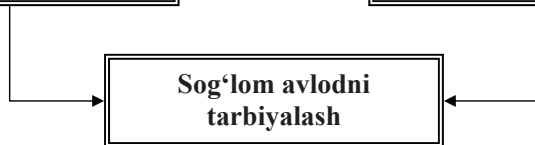
Salomatlik va muammoga yo‘naltirilgan model

Salomatlikka yo‘naltirilgan model

Ko‘krak suti bilan boqish,
ona va bolaning uzviy
bog‘liqligi

Muammoga yo‘naltirilgan model

Gipertoniya yoki
yurak patologiyasi
bo‘lgan ayol



SALOMATLIK VA MUAMMOGA YO‘NALTIRILGAN MODEL

Muammoni aniqlash, vazifalarni izlash, muammoni hal qilishga intilish, mijozni hozirgi holatiga ahamiyat berish, mijozni holatini yanada yaxshilashga intilish. Muammoga yo‘naltirilgan modeldan – salomatlikka yo‘naltirilgan modelning farqi shundan iboratki, salomatlikka yo‘naltirilgan modelda; onaning birinchi marta bola tarbiyasi bilan to‘qnashishi va uni yangi tug‘ilgan chaqaloqni parvarish qilishdagi tajribasizligi, odatiy va normal holat hisoblanadi.

Chilla davrida tahlil o‘tkazish uchun quyidagilarga ahamiyat qaratiladi: 1. Jinsiy a‘zolarining involyutsiyasi. 2. Butun organizmning

qayta tiklanishi. 3. Sut bezlarining holati va ko'krak bilan boqish. 4. Onaning ruhiy holati va onalik vazifalari. 5. Oila va oilaviy munosabatlar. 6. Yashashi va ijtimoiy muhit

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA WELLNESS BO'YICHA HAMSHIRALIK TASHXISINI QO'LLANISHI

Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi xususiyatlari:

a) hozirgi holat tashxislanadi, b) insonning sog'lom va kuchli tomonlari tashxislanadi, c) tashxis to'g'ri faktlar asoslari nuqtai nazaridan qo'yiladi.

Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi ahamiyati: me'yoriy fiziologik holatning me'yoriy jarayonga mosligi.

Obyektda muammolar bo'lmasa ham, hamshiralik parvarishi kerakligini aniqlash uchun tashxis o'tkaziladi. Masalan, salomatlikni saqlash uchun qo'llanma faqat muammo bo'lgandagina emas, sog'lom vaqtda ham beriladi. Bu tashxis hayot davrlarining barcha bosqichlarida rivojlanish vazifalari bilan bog'liq bo'lib, har bir insonning salomatligi uchun zarurdir. Fikrlashning o'zi Wellnessga olib keladi.

Masalan, ilk chilla davrida ko'krak suti etarli miqdorda ishlab chiqarilmaydi, bu holatga, «ko'krak suti sekretsiasining yetishmasligi» tashxisi emas, balki «ko'krak suti sekretsiasini hozirgi davrga mos keladi» deb tashxis qo'yish, maqsadga muvofiqdir. Bir inson misolida ko'radigan bo'lsak, har bir insonning muammolari va yaxshi tomonlari bo'ladi. Faqatgina muammolarga o'ralib qolmasdan, yaxshi tomonlariga hamda mijoz ta'siriga e'tibor qaratib, uning holatini baholash kerak. Hamshira hamshiralik tashxisi orqali obyektni to'liq qamrab olishi kerak.

1. NANDA bo'yicha hamshiralik tashxisi tuzilmasi quyidagilardan iborat: «Simptom va sindrom», «Sabab», «Tashhis darajasi». Tashhis o'lchami simptom va sindromlarning sababiga bog'liq.

2. Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi tuzilmasi «E'tiborga loyiq sabab yoki omil», «Tashhis o'lchami» ni, ya'ni ikkita tuzilmani yoki yagona tuzilma «Tashhis o'lchami»ni o'z ichiga oladi.

Ikkita tuzilma: Sabab (omil) asosiy bo‘lib, obyektning reaksiyasida aks etadi. Ishlatiladigan so‘zlar: masalan, oila a‘zolari tomonidan sezilarli ravishda yordam ko‘rsatilgani uchun homiladorlik me‘yorida kechadi va tug‘ruqqa yaxshi tayyorgarlik ko‘rilgani sababli, tug‘ruq yaxshi o‘tdi.

Yagona tuzilma. Yagona tuzilma faqat «Tashhis o‘lchami»ni e‘tiborga oladi. *Ishlatiladigan so‘zlar: masalan:* «Tug‘ruqqa yaxshi tomondan yondashdi», «Ota bolaga bog‘lanmoqda», «Ko‘krak sut sekretiysasi chilla davri kunlariga mos».

JINSIY YETILISH DAVRIDA WELLNESS BO‘YICHA HAMSHIRALIK TASHXISI

Masalan, 16 yoshli sport seksiyasiga qatnaydigan, tengdosh o‘rtoqlari ko‘p bo‘lgan o‘smir, shu kunlarda kursdosh qizni yoqtirib qoldi, o‘ziga ko‘p e‘tibor beradigan, moda rusumiga mos kiyinishga qiziqib ko‘p vaqtini sarf qildi.

O‘rtoqlari va qizlar bilan ko‘p uchrashuvlarga chiqmoqda. U kompyuterga juda qiziqadi, orzusi programmist bo‘lish. Bo‘sh vaqtlarida kompyuter haqida maqolalar o‘qib, kompyuter programmalari bo‘yicha izlanishlar qilmoqda.

Yuqoridagi misol bo‘yicha jinsiy yetilish davridagi rivojlanish vazifalarini tahlil qilib, Wellness bo‘yicha tashxis qo‘yish.

Salomatlikning kuchli tomonlarini baholash: Baholash quyidagi punktlar bo‘yicha olib boriladi: ruhiy-ijtimoiy rivojlanish; intellektning rivojlanishi; ro‘llarni qabul qilish. Shular asosida hamshiralik tashxisi qo‘yiladi.

1. Ruhiy-ijtimoiy rivojlanish. Psixoanalitiklar nazariyasiga binoan, jinsiy yetilish davri jinsiy a‘zolar davri deyiladi, chunki, bu yoshdagi barcha xavotir va tajribalar ular bilan bog‘liq. Asosiy kuch yangi va eski do‘stlarga sarflanadi, bu munosabatlarda tajriba ortadi va turmush qurish uchun tayyorgarlik ko‘riladi. Bu davrda Erikson bo‘yicha o‘xshashlik shakllanishi kerak. Jinsiy yetilish davri hayajonlanish davri hisoblanadi, bunda jismoniy va biologik o‘zgarishlarni ich-ichidan his qilib, shaxsiy konsepsiyaga ega bo‘ladi,

o'zini baholaydi (do'stlari uni qanday ko'rishlarini istaydi) bu davrda kelajakka rejalar bo'lishi kerak. Bu davrda atrofida do'stlari unga ko'proq e'tibor berishlari kerakligini xoxlaydilar. Bu davrda kelajakda qaysi kasbni tanlashini aniqlab olishi kerak.

Baholash uchun punktlar: Mijoz o'zini o'zi qanday qabul qiladi? Bir jinsdagi va boshqa jinsdagilar bilan munosabati? Organizmida sodir bo'layotgan o'zgarishlarga munosabati? Qaysi kasb haqida ko'proq o'ylaydi? Kimning maslahatlariga ko'proq quloq tutadi (kimning fikrini hurmat qiladi) ota-onasi bilan fikri mos keladimi?

Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi: Shaxsiyat shakllanishining boshlanishi, boshqa jinsga nisbatan qiziqish ortgan, ikkilamchi jinsiy belgilarni qabul qiladi, kelajakdagi kasbni egallash uchun maqsadlar qo'yilgan, ota-onasi qo'yan chegaralarni buza boshladi.

2. Intellektning rivojlanishi. O'smirlar mohiyat haqida mavhum tushunchaga ega bo'ladilar. O'smirlar juda egiluvchan bo'lib, ularga ta'sir o'tkazish oson. Ularni kuzatib, xulosa chiqarish, nazorat qilib, kutilayotgan natijani taxmin qilish mumkin.

Wellness bo'yicha mijozning hamshiralik tashxisi: Maktabdagi o'zlashtirishi qanday? Mavhum tushunchalarni tushuna oladimi? Qanchalik mustaqil va to'g'ri xulosa chiqara oladi? Boshqalar fikrini eshitish va inobatga olishi? Mavhum tushunchaga ega bo'lish oshadi.

3. Ro'lni qabul qilish. Jamiyatga o'z ta'sirini o'tkazish, hamda o'zining jamiyatga nisbatan munosabatini tushunish. U bilan birga va unga yaqin bo'lgan do'stlari va kompaniyasi o'z ta'sirini ko'proq o'tkazib, hozirgi kundagi modaga, kiyim-kechakka bo'lgan qiziqish oshadi. Do'stlari kompaniyasidagi o'ziga mos kelmagan odatlardan voz kechadi. Bu davrda ko'pincha turmush quriladi, kompaniya ichida eng yaqin do'st orttirib, u bilan ko'p muloqotda bo'ladi. Bo'sh vaqlarini ko'p qismini yaqin do'sti yoki dugonasi bilan o'tkazadi.

Baholash uchun punktlar: Do'stlarining qaysi odatlariga taqlid qilishi, do'stlari bilan qanday munosabatda bo'lishi, bir xil jinsdagi va boshqa jinsdagi do'stlar bilan qanday munosabatda bo'lishi, eng yaqin do'sti o'z jinsidanmi yoki qarama-qarshi jinsdanligini, bo'sh vaqtini qanday o'tkazishini, xobbi va qiziqishlarini aniqlash.

Wellness bo'yicha mijozning hamshiralik tashxisi. Barqaror munosabatlar shakllangan, boshqa jins va do'stlari bilan munosabati yaxshi yo'lga qo'yilgan, shaxsiy e'tibor va qiziqishlari ortib bormoqda.

Yuqoridagi misolni o'rganib chiqib, Wellness bo'yicha mijozning hamshiralik tashxisi qo'yiladi.

- Shaxsiyati shakllanib, boshqa jinsga qiziqish ortmoqda, kelajakdagi o'z oldiga kasbiga oid maqsadlar qo'yilgan.

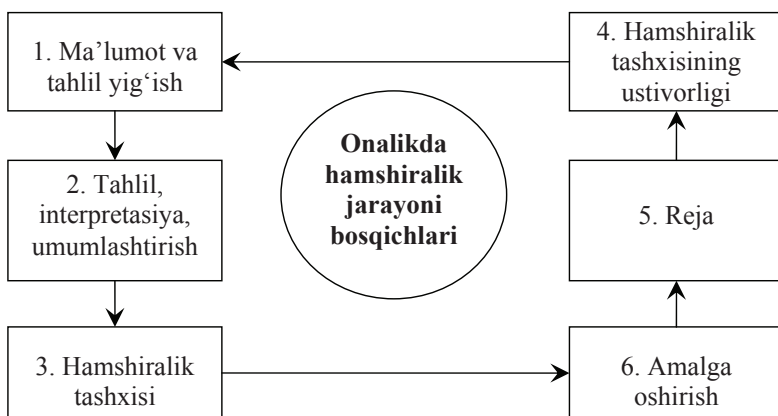
Mijozning vazifalari: shaxsiyatning shakllanishini, ijtimoiy rivojlanishni qo'llab-quvvatlash, intilayotgan kasbiga erishish.

Hamshiralik aralashuvlari: butun tana gigiyenasiga rioya qilishda yordam berish, muvaffaqiyat uchun intilish, uchrashuvlari haqida suhbatlashib, rag'batlantirish, o'zi qiziqqan kasbi haqida gaplashish.

Imkoniyatlarni baholash. Ijobiy tomonlar tabiiy ravishda ko'riladi. Yuzaga kelgan murakkab holatda, biror ijobiy siljish bo'lsa, e'tiborni shunga yo'naltirish kerak.

Yo'l qo'yiladigan xatolar. Barcha holatlarga ijobiy munosabat, yaxshi tomonga o'zgartirishga harakat qilish, «Hayolan» fikrlashga yondoshish, muammoni salbiy qabul qilish, o'z qadriyatlariga mos kelmaydigan barcha holatlarda muammoni ko'rish.

Hamshiralik tashxisining muhimlik tartibi



Muammoli masala. Tug'uvchi ayol, A – 23 yosh, uy bekasi. Oilada eri, qaynona va qaynotasi bilan yashaydi. Eri injener.

Birinchi homiladorligi, ikki tomon ota-onalar uchun birinchi orziqib kutilayotgan nabira. Homiladorlikning kechishi: homiladorlikkacha vazni – 48 kg, homiladorlikning oxirgi kunlarida 58 kg. O‘z vaqtida, muntazam barcha ko‘riklardan o‘tgan, tahlil natijalari me’yorda. Homiladorlik asoratsiz kechgan. Homiladorlik davrida tug‘ruq haqida hamshiradan ma’lumotlar olgan, lekin ko‘krakni emizishga tayyorlashga bag‘ishlangan darsga qatnasha olmagan, shu sababli ko‘krakni emizishga to‘g‘ri tayyorlamagan. O‘ziga yaqin joylashgan. Perenatal markazda tug‘ishni rejalashtirgan. Taxminiy tug‘ruq kuni: 18-dekabr.

Tug‘ruqning kechishi: Tug‘ruq kompleksiga 2008-yil 12-dekabr soat 12:45 da eri va qaynonasi bilan kelgan. Tug‘ruq dardlari muntazam har 10 daqiqa davom etgan.

12 dekabr, soat 21:15 da bachadon bo‘ynining to‘liq ochilgani sababli tug‘ruq zaliga olindi, soat 22:15 da 3250 gr og‘irlikdagi o‘g‘il bola tug‘ildi, Apgar shkalasi bo‘yicha 10 ball 22:30 Platsentaning tug‘ilishi, tug‘ruq yo‘llari shikastlanmagan, qon yo‘qotilishi 300 gr, tug‘ruq me’yorida kechdi.

«Qanday shirin chaqaloq, uni ko‘rib barcha og‘riqlarim ham esimdan chiqdi» – deydi ayol. Kenguru usuli bo‘yicha parvarish olib borildi, (chaqaloq darhol ona qorniga yotqizilib, usti yopildi) chaqaloq ko‘krakni yaxshi ema olmadi.

Kechasi bilan og‘riq va bolaning yaxshi ema olmaganini o‘ylab onasi uxlay olmadi.

TUG‘RUQDAN SO‘NGI JINSIY A‘ZOLAR INVOLYUTSIYASI

Tug‘ruqdan so‘ng	Tug‘ruq kuni	1-kun	2-kun
Bachadon holati va tubi balandligi	Kindikdan 1 sm pastda, yaxshi	Kindikdan 2 sm pastda, yaxshi	Kindikdan 3 sm pastda
Ajralayotgan qon miqdori (gr)	70 gr, qizil rang	60 gr, qizil rang	50 gr, qizil rang
Tug‘ruqdan so‘ngi og‘riqlar	Mo‘tadil og‘riq	Mo‘tadil og‘riq yurganda va emizganda	Mo‘tadil og‘riq emizganda

Tugʻruqdan soʻng	Tugʻruq kuni	1-kun	2-kun
Butun organizmning tiklanishi			
Tugʻruqdan keyin	Tugʻruq kuni	1-kun	2-kun
Arterial qon bosimi	110/70	105/70	100/70
Puls	65	68	68
Tana harorati	37,0°	36,5 °	36,8 °
Siydik ajratish	mustaqil	5 marta	Normada
Defekatsiya	Defekatsiya boʻlmagan	Dekekatsiya mustaqil	Normada
Uyqu	Kechasi bilan ogʻriq va bolaning yaxshi ema olmaganini oʻylab uxlay olmadi	Chaqaloq tez-tez uygʻonib yigʻlagani tufayli, hech uxlay olmadi	Chaqaloq yaxshi uxlamaganidan, oʻzi ham uxlay olmadi
Ovqatlanish	Ovqat yegim kelmadi	Suyuq ovqat yegim yoʻq, kechki ovqatni faqat ikkinchisidan ozgina yedim	Sut koʻpayishi uchun asosan suyuq ovqatlar isteʼmol qilayapman
Chaqaloq holati va onaning sut bezi sekretsiyasi			
Ona suti sekretsiyasi	Ona va bola birgalikda, koʻkrak suti bilan ovqatlantirish Koʻkrak uchi yassi, sut yoʻllari yaxshi ochilmagan, siqib koʻrganda sut tomchilab chiqayapti	Oʻng tomonida 2ta, chap tomonida 2 ta sut yoʻli ochilgan. Emganda sut tomchilab chiqayapti. Koʻkrak bezining sal qattiqlashgani sezilayapti. Bolani hech toʻgʻri emizishga oʻrgana olmayapman	Oʻng tomonda 7–8 ta, Chap tomonida 10–11 ta sut yoʻllari ochilgan, sut bezi qattiqlashgnani sezilayapti. Bolani emizishga harakat qilayapman, ammo bir oz qiynalayapman
Chaqaloqning ahvoli	Shartli refleksleri normada, chaqaloq tugʻilganidan emishga harakat qilmoqda.		

Tugʻruqdan soʻng	Tugʻruq kuni	1-kun	2-kun
Onaning ruhiy holati va vazifalari			
Onalik roʻli	Ona va bolaning birga boʻlishi, koʻkrak suti bilan boqish. S: «Qanday shirin chaqaloq, uni koʻrib barcha ogʻriqlarim ham esimdan chiqdi.	S: Bolani hech toʻgʻri emizishga oʻrgana olmayapman. S: Chaqaloq tez-tez uygʻonib yigʻlagani tufayli, hech uxlay olmadim. Shunday davom etaversa nima qilaman?	S: Bolani emizishga harakat qilayapman, ammo bir oz qiynalayapman. S: chaqaloq yigʻlagan sari oʻzimni aybdor xis qilayapman.
Oila va oylaviy munosabatlar			
Yangi tugʻilgan chaqaloqni qabul qilish	O: Ikki tamon ota-onalar uchun birinchi orziqib kutilayotgan nevarani dunyoga kelishini quvonch bilan kutib olishdi.	O: Ota oʻz farzandini birinchi bor bagʻriga bosganda, oʻz xursandchiligini yashira olmadi.	O: Chaqaloqni otasi, buvi va buvasi koʻrganda juda xursand boʻlishayapti S: tezroq uyga olib ketgimiz kelayapti deyдилar.
Yashash va ijtimoiy muhiti			
Oilaviy ahvoli	O: 4 xonali barcha sharoitga ega boʻlgan oʻz uylarida yashaydi. S. Uyga chiqqanimizda menga qaynonam va erim yordamlashadilar.	S: Chaqaloq kelishiga hamma joyni tayyorlab qoʻydik, zarur boʻlgan ashyolarni barchasini hozirlab qoʻydik.	

Mijoz – ning Shikoyatlari

Tug‘ruq kuni	1-kun	2-kun
Dard juda og‘riqli kechdi, biron nojo‘ya harakat qilib bolaga ziyon yetkazib qo‘ymay deb juda tashvishlandim, lekin sog‘lom bola tug‘ilganini ko‘rib sevindim	«Chaqaloq tez-tez uyg‘onib yig‘lagani tufayli, hech uxlay olmadim. «Har gal yig‘laganda emizishga harakat qilayapman, lekin bari-bir yig‘layapti». Menimcha sutim yo‘q shekilli, qorni to‘ymayotganga o‘xshaydi. Shunaqa bo‘lsa nima qilishni bilmayman, juda xavotrlanayapman.	S: Bolani emizishga harakat qilayapman, ammo bir oz qiynalayapman, chaqaloq yig‘lagan sari o‘zimni aybdor xis qilayapman B:ko‘kragim qattiqlashganidan xavotirdaman, ko‘kragim bir oz og‘riyapti.

Guruhlarda mustaqil ishlash uchun vazifa

Bemor A masalasi va tug‘ruqdan keyingi jarayonni ham qamrab olgan holda quyida keltirilgan punktlar: tug‘ruqdan so‘ngi jinsiy a‘zolar involyutsiyasi, onaning butun organizmining tiklanishi, ko‘krak bezi holati va ko‘krak suti sekretsiyasi bo‘yicha tahlil o‘tkazib, muammoni aniqlab, hamda kutilajak natijasini aniqlab parvarish rejasini tuzing.

XIII BOB.

JINSIY YETUKLIK (REPRODUKTIV, FERTIL) DAVRDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Jinsiy yetilish davri. Jinsiy yetilish davri taxminan 10 yil davom etib, bu davrda jismoniy va jinsiy rivojlanish baravar kechadi. 18–20 yoshda qiz bola jismoniy va ruhiy tomondan to‘liq yetiladi, farzand ko‘rishga, ya’ni ona bo‘lishga tayyor bo‘ladi. Jinsiy yetilish 7–8 yoshdan boshlanib, uchta davrni o‘z ichiga oladi: **1 – *prepubertat davr*** (7–9 yosh) miyaning gipotalamik tizimlari yetilishi har 5–7 kunlik atsiklik tartibda gonadotropin (GT) ajralishi bilan xarakterlanadi. **2 – *pubertat davrning birinchi fazasi*** 10–13 yoshga to‘g‘ri keladi. Bu davrda tuxumdonlarda estrogenlar ishlab chiqarilishining kuchayishi kuzatiladi. **3 – *pubertat davrning ikkinchi fazasi*** (14–17 yosh) gipotalamo-gipofizar tizimi reproduktiv funktsiyasi to‘liq shakllanib ulguradi.

Jinsiy yetilish mukammalmi yo nuqsoni bormi, buni bilish uchun ikkilamchi jinsiy belgilar hosil bo‘lish vaqti, tartibi, jinsiy a‘zolar va belgilar rivojlanish darajasini hisobga olish lozim. Qiz bolalarda 8–9 yoshda sut bezlari rivojlanishining birlamchi belgilari – sut bezlari surgichlari giperemiya va pigmentasiyasi paydo bo‘ladi. Sut bezlari 10–11 yoshda paydo bo‘ladi. Qo‘ltiq osti chuqurchasida tuklar paydo bo‘lishi (11–12 yosh) adrenarxe, qov sohasida paydo bo‘lishi (10–11 yosh) pubarxedan deb atalib avvalroq kuzatiladi. Tananing o‘sishi va vaznning oshuvi 9–10 yoshdan boshlanib, menarxedan bir yil oldin, yuqori pog‘onasiga yetadi (1 yilda bo‘y 10 sm, vazn 12 kg gacha ortadi). 11–12 yoshdan boshlab ichki jinsiy a‘zolar, sut bezlari o‘sishi va rivojlanishi, chanoq suyaklari kengayishi kuzatiladi. Birinchi hayz – menarxe 12–13 yoshda keladi. 15–17 yoshga kelib qiz bolaning bo‘yi o‘sishtan to‘xtaydi, tanasi ayollarga xos shakllanadi.

Jinsiy yetilish – ayol umrining o‘zgaruvchan davri bo‘lib, bu vaqtda qiz bola tashqi muhitning salbiy ta’sirlariga va ichki omillarga o‘ta sezgir bo‘ladi. Jinsiy yetilish davrida ovqatlanish, o‘qish va dam olish qat’iy rejim asosida amalga oshirilishi, uning jismi va ruhiyatiga og‘irlik tushmasligi shart. 10–12 yoshdan qiz bolani jismoniy va ruhiy o‘zgarishga tayyorlab, unga jinsiy rivojlanish haqida so‘zlab berish lozim. Qiz bolaga birinchi hayz vaqtida nimalar qilish lozimligi tushuntiriladi. Hayz paytida jismoniy zo‘riqishdan ehtiyotlab, qo‘shimcha dam olish tavsiya etiladi. Bu kunlarda qiz bola maxsus gigiyenik salfetkalar qo‘llaydi, tamponlardan esa faqat ginekolog shifokor tavsiyasiga ko‘ra foydalanadi. Gigiyenik chora-tadbirlar, suv muolajalari, har kuni kechqurun badan, ayniqsa, tashqi jinsiy a’zolar, qo‘ltiq ostini tozalab yuvish tavsiya etiladi, chunki bu joylarga gormonlar aktiv ta’sir ko‘rsatadi.

Reproduktiv davr – jinsiy yetuklik davri deb ham atalib, 16–18 yoshdan 45–47 yoshgacha, jahon sog‘liqni saqlash tashkilot fertil yoshni 15 yoshdan 49 yoshgacha qabul qilgan, o‘rtacha 34 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 350–400 tuxum hujayra yetiladi. Tuxumdonlarda follikulalarning muntazam yetilishi va ovulyatsiyasi ayol organizmida homiladorlik uchun eng qulay sharoit yaratadi. Har bir ayol bu davrda homilador bo‘lish ehtimoli yuqoriligini hisobga olib, homiladorlikdan saqlanish usullarini bilishi va qulayini tanlay olishi, o‘zining va turmush o‘rtog‘ining sog‘lig‘i uchun qayg‘urishi kerak. Homilador bo‘lishdan 2–3 oy oldin tibbiy muolajalarni to‘xtatish tavsiya etiladi. Tug‘ruqdan so‘ng reproduktiv tizimning tiklanishi uchun 3–6 oy kifoyadir. Aksariyat hollarda bola ko‘krak suti bilan boqilganda ayol homilador bo‘lmaydi. Ammo ba’zan bu fikr noto‘g‘ri bo‘lib chiqadi, chunki tug‘ruqdan keyin 2–3 oy ichida hayz sikli tiklanib, oilada kontraseptiv vositalardan foydalanishga ehtiyoj paydo bo‘ladi. Tug‘ruqlar orasidagi me’yoriy muddat 3 yildan kam bo‘lmasligi kerak. Chunki bu davrda ayol organizmi to‘liq tiklanib, yangi homiladorlikka tayyor bo‘ladi.

Kontratsepsiya vositalaridan foydalanmasdan, doimiy jinsiy hayot bo'lganda 12 oy ichida ayol homilador bo'lishi kerak. Agar homilador bo'lmasa, bepustlik sanalib, er va xotindagi bepustlik sabablari aniqlanishi lozim.

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

Sog'lom bolaning dunyoga kelishi uchun nimalarga ahamiyat berish zarur?

1. Erta oila qurish (18 yoshgacha) va darhol farzand ko'rishdan saqlanish kerak.

2. Qarindoshlar o'rtasidagi nikohga yo'l qo'ymaslik lozim.

3. O'zingiz va turmush o'rtog'ingizning yaqin qarindoshlarida irsiy (nasliy) kasallik, tug'ma nogironlik bor-yo'qligi va uning bo'lajak farzandlaringiz salomatligiga salbiy ta'sir etish darajasini aniqlash maqsadida genetik maslahatxonalardan o'tish kerak.

4. Agar shunday xavf mavjud bo'lsa, homiladorlik davrida homilangizning sog'lom ekanligiga iqror bo'lish uchun tibbiyot sohasidagi mutaxassislarga murojaat qilishingiz va maxsus tekshiruvdan o'tishingiz darkor.

5. Har bir ayol o'zining salomatligi bola ko'rish faoliyatiga to'g'ri kelishi yuzasidan mutaxassislardan maslahat olishi kerak. Aks holda ayrim guruh onalar farzandli bo'laman deb o'zlarini nobud qilishlari mumkin.

6. Farzandlari orasidagi yosh farqi kamida 3 yilni tashkil etishi kerak, chunki ona organizmi homiladorlik va tug'ish jarayonidan so'ng tiklanishi, o'z holiga qaytishi, sog'lig'ini to'liq tiklab olishi kerak. Shu bilan birga yana bir muhim masala – bola ona sutiga to'yishi lozim.

7. Ayollar reproduktiv (bola ko'rish) davrining so'nggi yillarida homilador bo'lmasligi va undan saqlanishi kerak.

8. Ayolni homiladorlik davrida turli qoʻrquv holatlardan, mehnat faoliyatida homilaga salbiy taʼsir etishi mumkin boʻlgan alkogol ichimliklari, nikotin, giyohvandlik moddalaridan, mehnatning ayrim turlaridan, turli virusli, yuqumli kasalliklardan, surunkali dardlarning (agar boʻlsa) xuruj qilishidan, tanosil va ayollar xastaliklaridan, ov-qatlanish, dam olish, uxlash tartibining buzilishidan, nurlanish, kimyoviy moddalar, shu jumladan, homilaga va homiladorlikning kechishiga salbiy taʼsir etuvchi ayrim dori-darmonlardan saqlanishi tavsiya etiladi.

NIKOH YOSHINING TIBBIY, BIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Demografik nuqtai nazardan oila qurish bu – maʼlum bir shaxslarning emas, balki butun bir avlodning oila qurishini nazarda tutadi. Avlod yosh jihatdan qanchalik katta boʻlsa, u koʻrib chiqilayotgan jihatlarining har biri boʻyicha yetuk inson boʻladi. 20–24 yoshdagi guruh, 20 yoshdan kichik boʻlgan avlodga qaraganda koʻproq hayotiy tajribaga egadir. Birinchi avlod vakillarida ijtimoiy-iqtisodiy yetuklik darajasi yuqoriroq, chunki aynan shu yoshda koʻpchilik yoshlar oʻrta yoki oliy oʻquv yurtlarini tamomlagan, u yoki bu kasb-hunarni egallagan boʻlishadi. 25–29 yoshlarda esa 20–24 yoshdagilarga qaraganda, ijtimoiy-iqtisodiy va kasb-hunar yetukligi boʻyicha yanada yuqoriroq darajaga egadirlar. Hozirgi zamon demografiyasida keng foydalaniladigan ushbu koʻrsatib oʻtilgan statistik yosh guruhleri, yoshlarning ijtimoiy yetukligining turli jihatlarini ijtimoiy psixologik tahlil qilish uchun juda noqulay hisoblanadi. Chunki hech kimga sir emaski, bugungi kunda yoshlarning kattalashuvi, voyaga yetishi juda jadal amalga oshmoqda. Yuqoridagi guruhlashga koʻra, bir demografik yosh guruhiga kirgan 20 va 24 yoshlilarning yetukligi sifat jihatidan turli darajaga egadirlar. 25 va 29 yoshdagilar haqida ham xuddi shunday deyish mumkin. 29 yoshda kasb-hunar yetukligi nihoyasiga yetadi va bu davrga kelib aksariyat yoshlar oila qurib

bo'lgan, hatto farzandli bo'lishga ham ulgurishadi. Shunday qilib, 29 yoshdagilar 25 yoshdagilarga qaraganda hayotiy tajribalar va asosiy komponentlarga ko'ra, sezilarli darajada farqlanib turadilar.

O'zbekiston Respublikasining «Oila kodeksi»da erkak va ayollar uchun eng past nikoh yoshi sifatida 17 yosh ko'rsatilgan. Bu yoshni mahalliy hokimiyat qaroriga ko'ra, alohida istisnoli holatlarni hisobga olib, ayollar uchun bir yoshga qisqartirish mumkin.

Turli mamlakatlarda urf-odatlar va milliy an'analarga bog'liq ravishda erkak va ayollarning turlicha eng past nikoh yoshi belgilangan. Masalan, erkaklar uchun u 14 yoshdan (Irlandiya, Ispaniya va Lotin Amerikasidagi ayrim davlatlarida) – 21 yoshgacha (Polsha, Avstriya, Germaniya va ayrim Skandinaviya davlatlarida) bo'lgan davr orasiga to'g'ri keladi. Ayollar uchun eng past yosh, odatda, erkaklar bilan teng yoki ulardan bir necha yosh kichik deb belgilanadi.

Shuni ham ta'kidlab o'tish joizki, yoshlarning voyaga yetish masalasi, ularning nikohga yetukligi ko'rsatkichlari ayrim holatlarda bir-biriga qarama-qarshidir. Insonning axloqiy va ma'naviy qiyofasi, uning shaxsiy ta'bi, didi, odatlari hayot davomida bir necha bor o'zgarishi mumkin. Hozirgi davrda bilim va hayotiy tajribani yig'ish g'oyat yuqori jadallikda amalga oshib bormoqda. Shunga ko'ra, 16 yoshdan 29 yoshgacha bo'lgan davrni oila qurish uchun gormonik davr deb hisoblash qiyin. Chunki bu davrda yoshlarning o'ziga bevosita bog'liq bo'lmagan ko'plab obyektiv sharoitlar, qarama-qarshi holatlarni kuzatish mumkin. Masalan, yoshlarda jinsiy yetilish 14–16 yoshlarda, huquqiy yetuklik – 18 yoshda, kasb-hunarni egallash va kasbiy yetuklik ko'p hollarda 28–30 yoshlarda yuzaga kelishi kuzatiladi. Ota-onalariga boqimanda bo'lmalik darajasida iqtisodiy mustaqillikka erishish esa, odatda 20 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan vaqt oralig'ida amalga oshadi. Ko'pincha katta avlod vakillari yoshlarni hayotga tayyor emaslikda ayblashadi, lekin ayni paytda buning obyektiv sabablari va shart-sharoitlari e'tibordan chetda qoladi. Yoshlarni ijtimoiy va iqtisodiy hayotga to'liq kirishib ketishlari uchun ularga keng ko'lamdagi bilim va kasb-hunar ko'nikmalarini berish zarur bo'ladi. Tadqiqotchilarning fikriga

ko‘ra yoshlar egallashlari lozim bo‘lgan bilimlar hajmi har o‘n yilda ikki martaga ortib bormoqda. Ijtimoiy, ma’naviy ishlab chiqarish va ilmiy texnik tajribani kelgusi avlodga uzatish jarayoni shu darajaga yetgani, u har bir yoshni hayotga to‘la iqtisodiy tayyorlash uchun kamida 12–15 yil o‘qishini taqozo qilmoqda.

Nazorat uchun savollar:

1. Reproduktiv davr deganda nimani tushunasiz?
2. Jinsiy yetuklik davri qancha davom etadi?
3. Tug‘ruqdan so‘ng reproduktiv tizimning tiklanishiga qancha vaqt kerak?
4. Tug‘ish yoshdagi ayollarni sog‘lomlashtirish tushunchasi.
5. Sog‘lom onalik va otalik tushunchasi.
6. Sog‘lom bola dunyoga kelishida nimalar ahamiyatli?

Tayanch so‘z va iboralar:

1. Reproduktiv davr – jinsiy yetuklik davri bo‘lib 16–18 yoshdan 45–47 yoshgacha – o‘rtacha 30 yil davom etadi.
2. Reproduktiv yosh – o‘rtacha 30 yil davom etib, bu yoshda ayol homilador bo‘lishi va nasl qoldirishi mumkin.
3. Erta oila qurish – 18 yoshgacha oila qurish.
4. Tuxumdon – bodomsimon shakldagi juft a‘zo, shu a‘zoda tuxum etiladi, follikula yorilib chiqadi.
5. Farzandlar orasidagi yosh – ayol farzandlari o‘rtasidagi yoshning farqi, bu kamida 3 yilni tashkil etishi shart.

XIV BOB.

JINSIY YETUKLIK DAVRIDA SOG‘LOM OILANI SHAKLLANTIRISH VA KONTRATSEPSIYA

*Homiladorlikni oqilona
rejalashtirish – sog‘lom bola tug‘ilishi
va onaning sog‘ligini muhofaza
qilishning garovidir*

SOG‘LOM OILANI SHAKLLANTIRISH

Oiladagi mo‘tadil psixologik muhit sog‘lom oilaning shakllanishi uchun zarur bo‘lgan dastlabki shartlardan biridir. Oilada er-xotin o‘rtasidagi o‘zaro hurmat, bir-birini to‘g‘ri tushunish, o‘zaro ishonch, sevgi va sadoqatga asoslangan samimiy munosabatlar oilaning mustahkamlanishi uchun muhim omil hisoblangan mo‘tadil psixologik muhit yaratib, sog‘lom oilaning shakllanishiga olib keladi. Oilaning uy-joy bilan ta‘minlanganligi, iqtisodiy ahvoli oilaviy muhitga o‘z ta‘sirini ko‘rsatmay qolmaydi. Shundan kelib chiqqan holda er-xotinning birgalikda oila daromadini ko‘paytirish to‘g‘risida qayg‘urishi, ayniqsa, oilaning tayanchi bo‘lgan erkakning bu jarayonda ustuvor harakatda bo‘lishi talab qilinadi. Mo‘tadil psixologik muhitga hamda sog‘lom oilaning shakllanishiga erkak va xotin o‘rtasida oilani yuritish bilan bog‘liq vazifalarning to‘g‘ri taqsimlanganligi, bolalar tarbiyasi uchun birgalikda mas‘uliyat sezish hissining shakllanganligi kabi holatlar o‘zining ijobiy ta‘sirini o‘tkazib, sog‘lom oilaning belgilari hisoblanadi. Oilaning jismoniy salomatligi oila a‘zolari tomonidan sog‘lom yashash tarzi qoidalariga amal qilib yashash qay darajada qabul qilinganligi, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste’mol qilish, giyohvandlik kabi xavfli va zararli illatlarning mavjudligiga bog‘liq bo‘lib, bunday zararli odatlarning

bo'lishi nosog'lom oila belgilari hisoblanib, nafaqat oila a'zolari salomatligiga, balki oiladagi ma'naviy-ruhiy holatga, farzandlar tarbiyasiga, shuningdek oilaning iqtisodiy ahvoriga o'z ta'sirini o'tkazadi.

Oila a'zolarining o'qimishli, kasb-hunar egallashi uchun sa'y-harakatda bo'lish, farzandlar kelajagi uchun qayg'urish, olgan kasbiga mos ish bilan ta'minlanishi oilaning kelajagi va sog'lom oila an'analarining davom ettirilishi uchun muhim asos bo'lib hisoblanadi.

Ayollarning reproduktiv salomatligi nuqtai nazardan olib qaralganda, oilaning salomatligi va sog'lom oila tushunchasi oilani rejalashtirish bilan uzviy bog'liq.

Oilaning sog'lomligi belgilariga: Tasodifiy va kutilmagan homiladorlikdan saqlanish orqali, oila a'zolarining optimal (2–3) sonini saqlay olganligi; oila a'zolarining ma'lumotlilik darajasining yuqoriligi; homiladorliklar orasidagi oraliqning optimal davrini (kamida 3 yil) saqlay olganligi; yuqori darajadagi tibbiy madaniyat va tibbiy faollik; barvaqt (20 yoshdan oldin) va kech (35 yoshdan so'ng) turmush qurmaslik; oilaning iqtisodiy-ta'minoti, ishlovchilar soni ko'pligi; tug'ilishni tartibga solinganligi kabilarni kiritish mumkin.

Nosog'lom oila belgilariga: oilani rejalashtirilmaslik sababli ko'p bolalilikka yo'l qo'yilishi; homiladorliklar orasidagi oraliqning tavsiya qilingan me'yoriga rioya qilmaslik; oilaning ijtimoiy-iqtisodiy ahvolarining nochorligi, oziq-ovqat ta'minotining kam-ko'stligi holati; oilada shaxsiy va jamoatchilik hamda uy-joyda gigiyenik talablariga rioya etilmaganligi, tibbiy madaniyat va tibbiy faolligining past darajasi; nosog'lom turmush tarzida yashash va zararli odatlarga berilish; oila a'zolari ma'lumotlilik saviyasining pastligi; oilada ishlovchilar soni kamligi tufayli daromadning pastligi kabilarni ko'rsatib o'tish mumkin.

Shuningdek, oilaning nosog'lomligi oqibatida vazni kam bolalar tug'ilishi, turli asoratlangan homiladorlik holatlari, bolaning jarohatlar bilan tug'ilishi, chaqaloqlarda yuqumli kassaliklar holatlari kuzatilishi mumkin.

Sog'lom oilani rejalashtirish masalasiga xavf omillari mavjudligi nuqtai nazaridan yondoshilganda, ularni barvaqt aniqlash va xavflilik darajasini to'g'ri baholash oilani o'z vaqtida sog'lomlashtirish imkonini beradi. Xavf omillari ta'siriga duchor bo'lgan oilalarda

ularni sog'lomlashtirish uchun chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish, malakali tibbiy yordam ko'rsatish, kadrlar malakasini oshirish va shu kabilarni amalga oshirish uchun sharoit yaratadi.

Ona uchun bunday keng qamrovli va ko'p qirrali xavf omillari qatoriga: birinchi tug'ish, tug'uruqlar sonining ko'pligi, tez-tez homilador bo'lib qolish, reproduktiv yoshining dastlabki yoki so'nggi davrlarida homilador bo'lish, tug'ish jarayonida bolalarning nobud bo'lishi, ovqatlanishining kam-ko'st bo'lishi kabilar kiritiladi. Bola uchun esa oilada bolalar sonining ko'pligi, yashash joyi tanqisligi, ota-onalarning malakasi, sanitariya sharoitlarining qoniqarsiz holati, tibbiy madaniyat va tibbiy faollikning pastligi, oilaning yupun yashashi kabilarni kiritish mumkin.

Respublikamizda olib borilayotgan samarali demografik va ijtimoiy siyosat bir tomondan kam ta'minlangan oilalarni moddiy qo'llab-quvvatlash, aholining turmush darajasini yuksaltirish, ish bilan ta'minlash, ish joylarini yaratishga qaratilayotgan bo'lsa, ikkinchi tomondan mavjud tibbiyot tizimini isloh qilish tug'ishga yordamlashuvchi muassasalar moddiy-texnik asosini mustahkamlash, malakali tibbiy kadrlar bilan ta'minlash va zamonaviy jihozlar bilan jihozlashga qaratilgandir.

Aholi o'rtasida sog'lom yashash tarzini shakllantirish, aholining umumiy va tibbiy madaniyati hamda tibbiy faolligini yuksaltirish borasida olib borilayotgan ishlar o'zining dastlabki natijalarini bermoqda. Tug'ilish, bolalar o'limi, onalar o'limi ko'rsatkichlari yildan-yilga kamayib, aholining o'rtacha umr ko'rish davomiyligi esa oshib bormoqda. Har bir ayolning o'z maqsadiga muvofiq tug'ish va oilaning soni masalasida homilador bo'lishi uchun qulay vaqtni tanlashi, homiladorlik va tug'ruqni o'zining, chaqaloq va bolaning sog'ligi uchun eng yaxshi imkoniyat tug'ilganga qadar orqaga surishi ona va uning oilasi uchun juda muhimdir. Homiladorlik va tug'ruq oraliq'ini tartibga solish bilan ayol o'z sog'ligini mustahkamlaydi, bola tarbiyasi va parvarishi uchun ko'proq vaqt ajratadi, bolani to'g'ri ovqatlantiradi. Homiladorlik oraliq'i (interval) haqida gapiradigan bo'lsak, ayol oldingi tug'ruqdan keyin kamida 24 oy davomida homilador bo'lmagani yaxshi.

Agar ayolda bola tashlash va sun'iy abort bo'lgan bo'lsa, u 6 oy davomida kutishi ma'qul bo'ladi. Birinchi homiladorlikni 18 yoshdan keyin rejalashtirish maqsadga muvofiq. Homiladorlikdan saqlanishning juda ko'p usullari mavjud: an'anaviy va zamonaviy, vaqtinchalik va doimiy; O'zbekiston sharoitida yetarli darajada topiladigan, sog'lom homiladorlikni rejalashtirish imkonini beradigan usullar mavjud. Bu haqida vrach bilan maslahatlashilsin – u eng yaxshi usulni tanlashga yordam beradi. Homiladorlikni rejalashtirish usulini tanlash ayolning sog'ligi rejalashtirayotgan oila soni, shuningdek shaxsiy ehtiyojidan va ishonchidan kelib chiqishi lozim. Ba'zi odamlar 15-18 yosh orasida homilador bo'lish hech qanday xavfli emas deb o'ylaydilar. Bu xato: 15–18 yoshli o'smir qizlarda homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq o'lim xavfi 20 yoshdan oshganlarga qaraganda 2 marotaba ko'proq. Ba'zi odamlar yoshlik paytda tez-tez bola tug'ib olish kerak, chunki bu davrda organizm kuchli bo'ladi deb o'ylashadi. Bu ham xato fikr. Tez-tez homilador bo'lish va tug'ish har qanday ayolda, har qanday yoshda sog'liq uchun zararlidir.

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti ona va bola salomatligini muhofaza qilish ishlarini yanada takomillashtirish maqsadida 2009-yil 1-iyulda PQ-1144-sonli **«2009–2013 yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida»**gi Qarorini qabul qildi. Qarorida ko'zda tutilgan barcha sohalarda amalga oshirilishi lozim bo'lgan ishlar 2009–2013 yillar davomida mutasaddi tashkilotlarga taqsimlanib, tegishli vazifalar belgilandi.

Bu vazifalar quyidagilardan iborat. I. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog'lom bola tug'ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish. 1) tug'ish yoshidagi, ayniqsa olis va yetib borish qiyin bo'lgan tumanlarda ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish. O'smir qizlarni majburiy profilaktik tibbiy ko'rikdan o'tkazilishini tizimli asosda olib borishni kengaytirish va sifatini oshirish. 2) Nikohdan o'tuvchi shaxslarni nikohdan oldingi tibbiy ko'rik bilan to'liq qamrab olish va aniqlangan bemorlarni

davolash. 3) Ayniqsa ekstragenital kasalliklar bilan «D» nazoratida turgan, 35 yoshdan oshgan, tugʻruq intervali 3 yildan kam boʻlgan fertil yoshdagi ayollarni kontraseptiv vositalarning zamonaviy turlari bilan qamrab olish. 4) Homilador ayollarga birlamchi sogʻliqni saqlash boʻgʻini mutaxassislari tomonidan antenatal yordam koʻrsatishni takomillashtirish. 5) Sogʻliqni saqlashning barcha birlamchi boʻgʻin muassasalarida tibbiy yordam koʻrsatishning zamonaviy ilgʻor texnologiyalarni joriy etish, tugʻruqqa yordam koʻrsatish va bolalikni himoya qilish chora-tadbirlarini quyidagi dasturlarni bajarish orqali amalga oshirish: reproduktiv salomatlikni saqlash, samarali perinatal yordam koʻrsatish, yangi tugʻilgan chaqaloqlarni birlamchi jonlantirish va parvarish qilish, emizishni targʻib qilish, bolalar yoshidagi kasalliklarni integrasiyalashgan tartibda kuzatish, bolalarni oʻsishi va rivojlanishini monitoring qilish, oilaviy taʼlim va boshqalar.

II. Tugʻruqqa yordam koʻrsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam koʻrsatuvchi sogʻliqni saqlash birlamchi boʻgʻini muassasalarining moddiy texnika bazasini yanada mustahkamlash. «Salomatlik-2» loyihasini amalga oshirish doirasida respublikadagi barcha tumanlarda QVP larni zamonaviy tibbiy va diagnostik uskunalar bilan jihozlash yoʻli bilan sogʻliqni saqlashni birlamchi boʻgʻini muassasalarining moddiy texnik bazasini yanada mustahkamlash.

III. Aholi oʻrtasida sogʻlom bolalar tugʻilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sogʻlom va ahil oila qurishga, sogʻlom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish boʻyicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

1. Sogʻlom oilani shakllantirish, sogʻlom farzandlarni dunyoga keltirish va tarbiyalash masalalari boʻyicha tibbiyot institutlari va ilmiy tekshirish institutlari mutaxassislari tomonidan tushuntirish ishlarini olib borish.

2. Mahallalarda, taʼlim muassasalarida shuningdek tashkilotlarda quyidagilarni:

- nikohdan oʻtuvchi shaxslarni majburiy tibbiy tekshiruvdan oʻtkazish yoʻli bilan sogʻlom oila qurish;
- tugʻruq orasidagi muddatni uzaytirish, sogʻlom farzandlar koʻrish uchun maqbul yoshga rioya etish;

– nomaqbul homiladorlik va qarindoshlik nikohi profilaktikasini shakllantirish borasida aholi oʻrtasida tushuntirish ishlarini kengaytirish.

3. Respublikaning barcha tugʻruq muassasalarida yosh onalarni «Ilk yoshdagi bolalarni parvarishlash asoslari»ga oʻrgatish.

4. Umumtaʼlim maktablari uchun «Sogʻlom turmush tarzi» va akademik litseylar, kasb-hunar kollejlari oʻquvchilari hamda oliy taʼlim muassasalari talabalari uchun «Sogʻlom avlod asoslari va oila» kurslarini yangilangan dasturini ishlab chiqish uchun takliflar berish.

5. Aholining keng qatlamlari uchun sogʻlom turmush tarzi, oqilona ovqatlanish, reproduktiv salomatlik, sogʻlom oilani shakllantirish masalalari boʻyicha «Bexatar onalik», «Sogʻlom oilani shakllantirish», «Sogʻlom turmush tarzi asoslari», «Sogʻlom ovqatlanishga 12 qadam» va boshqa mavzularda bukletlar, plakatlar, broshyuralar, eslatma va videoroliklar ishlab chiqish hamda tarqatish.

IV. Bolalar va oʻsmirlarni jismoniy jihatdan bekamu-koʻst hamda uygʻun kamol toptirish, jismonan baquvvat va maʼnan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

1. Oʻsmirlar va yoshlar oʻrtasida sogʻlom turmush tarzini olib borish dasturlarini ishlab chiqish.

2. Maktabgacha tarbiya va umumiy oʻrta taʼlim muassasalarida bolalarning toʻgʻri kamol topishi hamda jismoniy yetilishi ustidan monitoring olib borish.

3. Bolalar va oʻsmirlarni faol jismoniy faoliyatga jalb qilish, shuningdek ularni sport, turistik seksiya va toʻgaraklarga qiziqtirish.

V. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat koʻrsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga koʻrsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash.

ZAMONAVIY KONTRATSEPSIYA USULLARI

Bachadon ichi vositalari (BIV). BIV – bu kichik plastik yoki metal tizilma boʻlib, bachadon ichiga kiritiladi. BIV spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi va urugʻlanishga yoʻl qoʻymaydi. Hozirgi paytda BIV ning koʻp turlari mavjud: eng koʻp tarqalgan turidan

biri tarkibida mis, kumush yoki sun'iy progestin garmoni bo'lgan modellardir. BIV – homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli hisoblanadi. BIV – xotin-qizlar maslahatxonalari, qishloq vrachlik punktlari (QVP) sharoitida maxsus tayyorgarlik ko'rgan mutaxassislar (vrach akusher-ginekolog yoki akusherka) tomonidan qo'yiladi. Bu og'riqsizlantirishni talab qilmaydigan oddiy muolaja hisoblanadi.

Bachadon ichiga to'g'ri kiritilgan BIV xavfsiz va noqulaylik keltirib chiqarmaydi. BIVni hayz ko'rish siklining hohlagan kunida kiritish mumkin, qachonki ayol homilador emasligiga, boshqa biror xil moneliklar yo'qligiga ishonchi hosil qilinsa. BIV larining turiga qarab 12 yilgacha foydalanish mumkin. Xohlagan paytda ayol xohishi bilan oldirib tashlashi mumkin. BIVlarini bittadan ortiq kishi bilan jinsiy aloqada bo'ladigan ayollarda qo'llash tavsiya etilmaydi. BIV jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va immun tanqisligi virusidan himoya qila olmaydi.

Kontratsepsiyadan foydalanilayotgan barcha ayollar har yili meditsina ko'rigidan o'tib turishi lozim. Ba'zi ayollar BIV bepushtlikka sabab bo'ladi deb o'ylaydilar. Bu fikr to'g'ri emas: BIV ni olib tashlagandan keyin ayolning tug'ish qobiliyatin tezda tiklanadi. Agar ayolda kichik chanoq a'zolarining davolanmagan yallig'lanish kasalligi bo'lsa, unda BIV ishlatish, ishlatmasligidan qat'iy nazar bepushtlik bo'lishi mumkin.

Kombinatsiyali oral kontratseptivlar (KOK). Kombinasiyalangan oral kontratseptivlar tarkibida ayol organizmida ishlab chiqiladigan gormonlar bo'ladi. Ularni to'g'ri qabul qilsa, bu gormonlar ovulyatsiyani bostiradi va homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Tabletkalar juda samarali va xavfsiz, undan uzoq yillar davomida foydalanishingiz mumkin. Hozirgi paytda tabletkadagi gormonlar deyarli kamaytirilgan, bu esa noxush ta'sirni kamaytiradi.

KOKlar paketida 21 va 28 tabletkaga bo'ladi: Agar 21 talik paketdan foydalansa, ikkinchi paketdagi tabletkani ichishdan oldin bir hafta tanaffus qilish kerak. Agar 28 talik paketdan foydalansa, tanaffus qilish shart emas, birinchisi tugashi bilan ikkinchisini boshlashi mumkin. KOKni qabul qilayotgan ba'zi ayollarda boshida ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, kamroq semirishi, sut bezlari taranglashuvi

va og'riq kuzatilishi mumkin, lekin bu belgilar odatda 3 oylar ichida o'tib ketadi. Homiladorlikdan saqllovchi tabletkalarni har kimga ham tavsiya etilmaydi. Agar ayol 35 yoshdan oshgan bo'lsa, qon bosimi baland bo'lsa, cheksa, og'ir yurak qon-tomir yoki jigar kasalligi, migren bo'lsa, KOK tavsiya etilmaydi. Agar ayol bola emizayotgan bo'lsa, qaysi turdagi kontratseptiv tabletkalardan foydalanish yaxshiroq va uni qachon boshlash kerakligi haqida avval vrach bilan maslahatlashib olish lozim. Ba'zi ayollar kontratseptiv tabletkalar bepushtlikka olib keladi deb o'ylaydilar. Bu to'g'ri emas: Siz tabletka ichishni to'xtatishingiz bilan homilador bo'lish qobiliyati o'z holatiga qaytadi. Boshqa ayollar gormonal tabletkalar badanda junlarning o'sishini tezlashtiradi deb hisoblaydilar. Bu ham noto'g'ri: aksincha ba'zi kam dozali gormonal tabletkalardan badandagi junlar o'sishini susaytirish maqsadida foydalaniladi. Gormonal kontraseptiv tabletkalardan Rigevidon, Anteovin, Ovidon, Marvelon, Mikrogeonon va boshqalar qo'llaniladi.

Prezervativlar. Prezervativ dunyoda keng tarqalgan kontratseptiv vositalardan biri hisoblanadi, chunki u jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va orttirilgan immun tanqisligi virusi (OIV) ning yuqish xavfini kamaytiradi. Prezervativlar spermaning qinga tushishiga yo'l qo'ymaydi. Shu sababli nafaqat homiladorlik, balki jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan ham saqlaydi. Prezervativlar lateksdan tayyorlanadi, ular turli xil rang va o'lchamlarda lyubrikantli, lyubrikantsiz bo'ladi. Lyubrikant tarkibida spermisidlar bo'lishi ham mumkin, ular spermatozoidlarni o'ldiradi. Prezervativlar xavfsiz va hech qanday nojuya ta'sir ko'rsatmaydi. Agar to'g'ri ishlatilsa, prezervativlar homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli hisoblanadi. Prezervativning qutisidagi yaroqlilik muddati tekshirilib, faqat bir marotaba ishlatish lozim. Muddati o'tgan prezervativni ishlatish yaramaydi, shuningdek paketi ifloslangan, yog'li yoki yirtilgan bo'lsa ham ishlatilmaydi. Jinsiy aloqa vaqtida tarkibida yog' bo'lgan surtmalar (M: vazelin) ishlatish mumkin emas, chunki ular lateksni ishdan chiqarib, prezervativ samaradorligini yo'qotadi. Prezervativni ishlatishdan oldin uning upakovkasini sekin-asta oching, uni yirtib yubormang. Kiyishga qadar ochmaslik muhim

ahamiyatga ega. Jinsiy olat taranglashgan paytda prezervativni uning uchiga kiying, bir qo'lingiz bilan prezervativdagi sperma to'plagichdan ushlab, ikkinchi qo'lda prezervativni ag'darib, olat tubiga qadar kiydiring. Sperma to'plagich va olat uchi orasida bo'shliq qolishini tekshirib ko'ring. Shaxvatni to'kib bo'shshagandan keyin prezervativni qo'l bilan ushlab turib, olatni qindan chiqarish kerak va hali tarangligida uni yechish lozim. Ba'zi odamlar bitta prezervativni bir necha bor ishlatish mumkin deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri: barcha prezervativlar bir marta ishlatishga yaroqli.

Spermitsidlar. Spermisidlar – kimyoviy modda bo'lib, ular spermatozoidlarni bachadon bo'yni kanaliga etib bormasdan shikastlaydi. Ular dorixonalarda krem, gel, malham (maz), tabletka yoki aerosol shaklida sotiladi. Barcha turdagi spermisidlar jinsiy aloqadan oldin qinga kiritiladi. Ba'zi spermisidlarning 15 daqiqa vaqt ichida ta'sir kuchi boshlanadi. Bir doza spermisid faqat bir soat davomida samaralidir. Har bir jinsiy aloqadan oldin albatta spermisidning yangi dozasi qo'llanilishi shart, uning jinsiy a'zoning nojuya ta'siri kam, ayol va erkaklarda qisman achishi mumkin. Spermisidlar tarkibida gormonlar bo'lmaydi va kontratsepsiyaning boshqa usullariga qaraganda kam samara beradi. Uning samaradorligini oshirish maqsadida boshqa usullar bilan qo'shib ishlatish (M: prezervativ) maqsadga muvofiqdir. Agar ayol bezovta bo'lsa va homiladorlikni istamasa yoki meditsina ko'rsatmasiga binoan homiladorlikka monelik bo'lsa, bunday ayollarga spermisidlardan ko'ra boshqa kontratsepsiya usullarini qo'llash afzal. Ba'zi ayollar spermisid qo'llagandan keyin qinni chayish kerak deb o'ylaydilar. Bu noto'g'ri: spermisidlardan keyin qinni chayish qin normal mikroflorasiga zarar yetkazishi mumkin, bu esa infektsiya tarqalishiga sharoit yaratadi. Siz toza suv bilan tagingizni yuvib olishingiz mumkin, lekin qinni jinsiy aloqadan 8 soat o'tgandan keyin chayish tavsiya etiladi.

Tezkor kontratsepsiya tabletkalari. Tezkor kontratsepsiya tabletkalarini qachon ishlatish mumkin? Qancha vaqt ichida tezkor kontratsepsiya tabletkalari o'z ta'sirini ko'rsatadi? Tezkor kontratsepsiya tabletkalari – himoyalanmagan jinsiy aloqada bo'lgan, kontratsepsiya usuli muvaffaqiyatsiz bo'lgan yoki homiladorlikni

istamagan ayollar uchun qulay imkoniyat. Tezkor kontratsepsiya tabletkalari – xavfsiz va samarali, lekin uni doimiy ravishda qo‘llab bo‘lmaydi. Uni dorixonadan vrach retseptisiz olish mumkin. Tabletkadan foydalanishdan oldin vrach bilan maslahatlashish lozim. Tezkor kontratsepsiya tabletkalari upakovkasida bir (EscapelR) yoki ikki (PestinerR) dona tabletka bo‘ladi. Ularni himoyalangan jinsiy aloqadan keyin dastlabki 120 soat davomida ichilsa ta’siri yaxshi bo‘ladi, agar 48 soat ichida ichilsa yanada samaraliroqdir. Upakovkada 2 ta tabletka bo‘lsa tezlik bilan bittasini ichiladi, ikkinchisini esa 12 soat o‘tgandan keyin ichiladi. Nojuya ta’siri – bosh og‘rig‘i, qorin og‘rig‘i, charchoq, ko‘ngil aynishi, qusish, bosh aylanish, sut bezlari taranglashuvi, qindan tartibsiz qon kelishi shakllarida ko‘zga tashlanadi. Tezkor kontratsepsiya tabletkalari jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIVdan himoyalamaydi. Tezkor kontratsepsiyadan foydalanganda quyidagi hollarda darhol vrachga murojaat qiling: hayz qoni odatdagidan kamaysa; avvalgi hayz ko‘rishdan keyin 4 hafta o‘tishi bilan hayz qoni kelmasa; qorin pastida o‘tkir og‘riq bo‘lsa. Ba’zi ayollar homilador bo‘lib qolgan taqdirda ham tezkor kontratsepsiya tabletkalaridan foydalansa samara beradi deb o‘ylashadi. Bu noto‘g‘ri: agar ayol homilador bo‘lib, tuxum hujayra bachadonga payvandlangan bo‘lsa, tezkor tabletka ta’sir qilmaydi. Tezkor kontratsepsiya ovulyatsiyani bosadi va spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi hamda payvandlanishning oldini oladi. Tuxum xo‘jayra payvandlangan bo‘lsa, tezkor kontratsepsiya samara bermaydi va bolani tushirmaydi.

Kontratsepsiyaning tabiiy usullari. Hayz siklining davomiyligi qanday hisoblanadi? Hayz siklining qaysi kunlarida homilador bo‘lish mumkin? Kontratsepsiyaning tabiiy usullari fertil kunlarni aniqlashga asoslangan. Tabiiy usullarni qo‘llashning muvaffaqiyati ayollarning o‘z fertil kunlarini aniqlash qobiliyati va erlarining tanlangan usul qoidalariga amal qilishiga bog‘liq. Kombinatsion usul eng tarqalgan usullardan hisoblanadi. Ayollar o‘zingizning fertil kunini aniqlash uchun hayz siklining davomiyligini bilishi zarur. Bu birinchi hayzning oxirgi va kelayotgan hayzning birinchi kuni oralig‘idagi muddatdir. Agar ayolning hayz sikli 26 kundan kam 32 kundan

ko'p bo'lsa, bu usulni qo'llash foyda bermaydi. Ayol hayz siklining faqat ma'lum kunlarida homilador bo'lishi mumkin. Siklning 8–19 kunlari ayollarning homilador bo'lishi mumkin bo'lgan kunlardir. Agar ayol homilador bo'lishni istamasa unda ushbu 12 kun davomida spermisidlar yoki prezervativlardan foydalanish yoki butunlay jinsiy aloqadan voz kechishga to'g'ri keladi. Boshqa kunlar, ya'ni 8 kunga qadar va 19 kundan keyin homilador bo'lish xavfi juda kamayadi. Agar ayol yaqinda abort qildirgan yoki bola tashlagan bo'lsa, kelgusi hayz sikliga qadar kalendar usulidan foydalanmaganingiz ma'qul. Agar ayol yaqinda tuqqan yoki bolani emizayotgan bo'lsa, to 3 marotaba normal hayz sikli qaytarilmaguncha kalendar usulidan foydalanishi mumkin emas. Ba'zi kishilar hayz siklining o'rtasida faqat 1–2 kunlari fertil kuni, shu kunlari homiladorlikdan saqlansa etadi deb hisoblashadi. Bu xato: ayollarda hayz sikli davomida 12 kungacha fertil kuni bo'ladi.

Laktatsion amenoreya usuli. Ayollarga chilla davrida kontratsepsiyaning qaysi usuli ma'qul hisoblanadi? Laktatsion amenoreya usuli nima ekanligini bilasizmi? Laktatsion amenoreya usuli (LAU) – bu kontratsepsiyaning tabiiy usulidir. Laktatsion amenoreya atamasi lotin tilida – bolani emizish davrida fiziologik nuqtai nazardan hayz siklining bo'lmasligi degan ma'noni anglatadi. LAU ilmiy isbotlarga asoslangan, agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, homiladorlik bo'lmaydi. Faqat emchakdan emizish deganda bola o'z talabiga ko'ra kunduz kuni ham kechasi ham ona sutini emadi, biror xil qo'shimcha ovqat hattoki suv ham berilmaydi. LAU quyidagi 3 ta mezoniga amal qilgandagina butun laktatsiya davrida kontraseptiv himoya vazifasini bajaraoladi. Agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, kamida 8 marotaba, bunga tungi emizish ham kiradi va hech qanday qo'shimcha ovqat hattoki suv ham bermasa, tug'ruqdan keyin biror marta ham hayz ko'rmaydi. Shu tarzda kamida 6 oy, iloji boricha 2 yil davomida bolani emizish tavsiya etiladi. LAU ona va bola uchun juda ko'p qulayliklarga ega. Kontratseptiv usul sifatida 98% ko'proq samara beradi. Tug'ruqdan keyingi 6 oy ichida homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Ona va bola jismonan va ruhan bir-biri bilan aloqada bo'lishiga imkoniyat yaratadi. Tug'ruqdan keyin darhol foydalanish mumkin. Moddiy jihatdan chiqim, asbob-uskuna va

muolaja talab qilmaydi. Nojuya ta'siri iqtisodiy zarari bo'lmagan tabiiy usul hisoblanadi. Bu usul ta'sirli bo'lishi uchun bolani dastlabki talabi bo'yicha emizish kerak, ya'ni kunduzi ham, kechasi ham, hattoki ayol yoki bola kasal bo'lgan taqdirda ham emizishni davom ettiraverish kerak. Bola 6 oylik bo'lgunga qadar hech qanday ovqat, suv va boshqa suyuqliklar berishi man etiladi. Agar aytib o'tilgan 3 ta mezonga amal qilishmasa kontratsepsiyaning boshqa usulidan foydalanish ma'qul. Ba'zi ayollar uzoq vaqt emchakdan emizsa, homiladorlikdan samarali himoya qiladi deb o'ylaydi, ammo laktatsion amenoreya usuli samarali bo'lishi uchun yuqorida qayd etilgan mezonlarga amal qilish kerak.

Tug'ruqdan keyingi kontratsepsiya. Keyingi bolani tug'ish uchun kamida 3 yil sabr qilish kerak. Bu onaning va bolaning sog'ligi va umrini saqlaydi, chala va kam vaznli bolalar tug'ilish xavfini kamaytiradi. Ayollar uchun bolani emizishi yoki emizmasligiga qarab kontratsepsiyaning bir necha usullari mavjud. Tanlangan kontratsepsiya usuli bolani emizishga salbiy ta'sir ko'rsatmasligi lozim. Tarkibida mis bo'lgan BIVni tug'ruqdan 48 soat o'tgandan keyin bolasini emizish, emizmasligidan qat'iy nazar, yoki 4 hafta o'tgandan keyin xohlagan vaqtda qo'yish mumkin. Emizikli yoki emizmayotgan onalar prezervativ yoki spermisidlardan tug'ruqdan keyin jinsiy hayotni boshlashi bilan foydalanishi mumkin. Bolasini emizmayotgan ayollar kombinasiyalangan oral kontratseptivlardan tug'ruqdan 3 hafta o'tgandan keyin foydalanishi tavsiya etiladi. Ba'zi ayollar spermisidlar tarkibida ximikatlar bo'lgani uchun bolani emizmaslik kerak, chunki u sutning miqdorini kamaytirib bolaga zarar yetkazadi deb o'ylashadi. Spermisidlar tarkibida gormonlar va boshqa ximikatlar bo'lmaydi, ona sutiga o'tmaydi. Shuning uchun tug'ruqdan keyin uni bimalol qo'llash mumkin.

Nazorat uchun savollar:

1. Gormonal kontratsepsiyaning qaysi turlarini bilasiz?
2. Kontratsepsiyaning tabiiy usullariga nimalar kiradi?
3. Tezkor kontratsepsiya haqida tushuncha bering.
4. Spermisidlar qanday qo'llaniladi?
5. Bachadon ichi vositalari sifatida nima qo'llanadi?

XV BOB.

EKSTRAGENITAL KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARNI VA ISHLAYOTGAN AYOLLARNING SALOMATLIGINI NAZORAT QILISH

Respublika sog'liqni saqlash tashkilotlarining ma'lumotlariga ko'ra o'limga olib keluvchi sabablar orasida yurak qon-tomir kasalliklari birinchi o'rinda turib, ular 2004-yilda umumiy ko'rsatkichining 46% ini tashkil etgan. Masalan, 2004-yilda tibbiy ko'rikdan o'tkazilgan tug'ish yoshidagi ayollarning 5,3% da turli yurak qon – tomir hastaliklari aniqlangan, shu davr ichida 1,3% homilador ayollarda tug'ish jarayonida og'ir asoratlar aniqlangan.

Homiladorlik va tug'ruq vaqtida ayol sog'lom bo'lsa, organizm o'z vazifasini uddalaydi, yurak-tomir tizimining kasalliklarida esa ko'pincha qon aylanishi buziladi va ko'ngilsiz hodisalar ro'y beradi. Homiladorlik, tug'ruq va chilla davri aksari yurak-tomir kasalliklarining kechishini og'irlashtiradi.

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

Yurak ikki tabaqali klapanining porogi (mitral kasallik) va bunda mitral stenozining ustun kelishi, yurakning barcha revmatik kasalliklari (endokardit, miokardit), septik endokardit, stenokardiya ko'proq xavfli. Bu kasalliklar homiladorlik davrida og'ir o'tadi: ko'pincha yurak faoliyatining dekompensatsiyasi ro'y beradi va qon aylanishi buziladi (xalloslash, ko'karish, shish), shu munosabat bilan homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Yurak kasalliklari munosabati bilan tug'ruq vaqtida ayniqsa, homila tug'iladigan davrda yurak faoliyati va qon aylanishi osongina buziladi. To'lg'oq tutganda asab va muskul tizimiga juda zo'r kelishi

sababli yurak faoliyati buziladi. Homila tugʻilgach, qorin ichidagi bosim pasayishi tufayli kollaps roʻy berishi mumkin.

Yurak faoliyati buzilishi oqibatida ayol nobud boʻlishi mumkin. Yurakning dekompensatsiyalangan poroklarida homilador ayol chala tugʻishi mumkin, tugʻruq vaqtida koʻpincha homila asfiksiyasi roʻy berishi mumkin. Yurak poroklari 75–90% hollarda revmatizm natijasida orttirilib, 6,5–10% ayollarda esa tugʻma holda uchraydi.

Homiladorlik, tugʻruq va chilla davrining qanday oʻtishi porokning shakliga, yurak faoliyatining yetishmovchiligi, revmatizm jarayonining aktivligiga bogʻliqdir.

Orttirilgan poroklar shakliga koʻra mitral stenozi, mitral klapanlarning yetishmovchiligi, kombinatsiyalashgan mitral porogi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi va stenozi koʻproq uchraydi. Revmatizm jarayoni aktiv va noaktiv fazalarga boʻlinib, asosan homiladorlikning birinchi va uchinchi trimestrida qoʻzgʻalib, homilador ahvoli ogʻirlashib qoladi. Bunday holda periferik qonda aktiv revmatizmga xos oʻzgarishlar rivojlanadi.

Yurak poroklari bor baʼzi ayollarning yurak faoliyati chilla davrida dekompensatsiyaga uchraydi. Yurak-tomir tizimining kasalliklarini oʻz vaqtida aniqlash uchun homilador ayollar maslahatxonasida tekshiriladi, hamda terapevt va akusherning muntazam nazoratida boʻladi. Ayol sogʻligi uchun xavfli holatlar boʻlsa (stenoz, miokardit, dekompensasiya), homiladorlikning 12 haftalik muddatigacha abort qilinadi. Muddatidan oshib ketgan boʻlsa, homilani olib tashlash oʻta xavfli, shuning uchun ayol vaqti-vaqti bilan statsionarda yotqizilib davolanadi. Homilador ayolning ahvoli dori-darmonga qaramay yomonlashaversa, homila olib tashlanadi.

Gipertoniya (xafaqonlik) kasalligi. Gipertoniya kasalligi tugʻish yoshidagi ayollar orasida keng tarqalgan boʻlib, davo choralari koʻrilmagan taqdirda tugʻish jarayonida turli ogʻir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bularga homilaning vaqtdan oldin tugʻilishi, perinatal oʻlim, ogʻir gestoqlar va boshqalar kiradi. Jahon Sogʻliqni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra arterial gipertoniya koʻp hollarda onalar oʻlimining asosiy sabablaridan biridir. Qon bosimining koʻtarilishi kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblanadi va uning simob ustuni hisobida 140/90 mm va undan yuqori boʻlishi

arterial gipertenziya deb qaralmog‘i lozim. Qon bosimining o‘ta yuqori bo‘lishi, ko‘z tubidagi og‘ir o‘zgarishlar (retinopatiya, qon quyilishlar), buyrak yetishmovchiligi paydo bo‘lishi kasallikning og‘ir kechayotganligidan darak beradi. Kasallikning bu ko‘rinishiga chalingan ayollar homiladorlikdan doimo saqlanishlari shart. Mabodo bo‘ylarida bo‘lib qolgan taqdirda uni erta muddatlarda olib tashlash maqsadga muvofiqdir. Bu kasallik xuruji to‘satdan boshlanib, kuchli bosh og‘rig‘i va bosh aylanishi, yurakning tez-tez urishi hamda ko‘k-rak qafasida sanchishlar bilan namoyon bo‘ladi. Bemor ayol asabiy-lashib ta’sirchan bo‘lib qoladi, yuzida qizil dog‘lar paydo bo‘ladi.

Gipertoniya kasalligiga chalingan homiladorlarni davolashda dam olish, mehnat faoliyatini tartibga solish va ovqatda osh tuzini chegaralash alohida ahamiyatga ega. Gipertenziv dorilarni tavsiya etganda ularning ko‘pchiligi teratogen ta’sirga ega ekanligini unutmaslik kerak. Qon bosimining darajasi va kasallikning kechishi hamda homiladorlikning qaysi davrda ekanligidan kelib chiqib, turli guruhdagi gipertenziv dorilardan foydalaniladi. Jumladan, dibazol, papaverin, no-shpa, eufillin, magniy sulfat eritmalari tomir ichiga yoki mushak orasiga yuboriladi va ular homilaga deyarli salbiy ta’sir etmaydi. Siydik haydovchi dorilardan (furasemid, etakrin buyrakchasi) dan foydalanish mumkin. Lekin homilador hayoti xavf ostida bo‘lsa, ayolni saqlab qolish uchun barcha zarur bo‘lgan tibbiy vositalardan (shu jumladan teratogen ta’sirga ega bo‘lganlardan ham) foydalanish mumkin.

Revmatizm kasalligiga chalinayotgan bemorlarning soni keyingi 20–30 yil ichida tobora ortib bormoqda. Revmatizm biriktiruvchi to‘qimaning tizimli surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, asosan yurak qon-tomir a‘zolarini jarohatlaydi. Kasallik ko‘pincha shu kasallikka moyil bo‘lgan (7–15 yoshlarda) bolalar va o‘smirlarda β gemolitik streptokokkning A guruhi sababli yuzaga keladi. Revmatizm – 2,1–3,2% hollarda uchrab, nisbatan ko‘proq ayollar kasallanadi va 90% hollarda yurak illatlarining kelib chiqishiga sababchi bo‘ladi. Revmatizm o‘tkir kechganda kasallik yuqori isitma, poliartrit, revmorkardit, perikardit yuqori laboratoriya ko‘rsatkichlari faolligi bilan birga namoyon bo‘ladi va yallig‘lanishga qarshi davo choralari tez samara beradi. Cho‘zilib ketish – qaytalama revmatizmning eng ko‘p

uchraydigan xili (varianti) bo'lib, ko'proq yurak illati shakllangan ayollarda rivojlanadi, bu turi o'tkir bo'lib yurakning hamma pardalari shikastlanadi. Homiladorlik davrida revmatizm faolligini aniqlashning murakkabligi unga xos qator belgilarning fiziologik homiladorlik davrida ham kuzatilishi bilan bog'liqdir. Bularga subfebrilitet, jismoniy zo'riqishda hansirash, taxikardiya, darmonsizlik, charchash, leykositoz va EChT ning oshishi kiradi.

Revmatizmga chalingan homiladorlarni davolashda antibiotiklardan foydalaniladi, ammo tetrasiklin, fuzidin va shunga o'xshashlar berilmaydi, chunki ular embriotrop ta'sir ko'rsatadi. Penisillin boshlangich davrida 2 hafta davomida o'rta hisobda 500000 birlikda 1 kecha-kunduzga 4 mahal beriladi. Bundan tashqari penisillin qatoridagi yarim sintetik antibiotiklar (metisillin, oksasillin) kerak bo'lgan dozada homiladorlik muddatini hisobga olgan holda beriladi.

Homilaning organogenez davri tugagandan keyin revmatik jarayonning oldini olish uchun brufen, ibuprofen berishga o'tiladi. Asetilsalisil kislotasi berilmaydi, chunki u homiladorlikning boshlang'ich davrida teratogen ta'sir qilishi, ko'pincha homila tug'ma yurak illatini paydo qilishi, arterial (Batallov) yo'lni vaqtdan oldin berkitib qo'yishi, homiladorlik muddatini uzaytirishi mumkin. Revmatizm bilan xastalangan homilador ayollarni homiladorlikning dastlabki 3 oyi yoki 12 haftasiga qadar homiladorlik saqlangan holda revmatik jarayonning faolligiga qarab dori-darmonlar qo'llaniladi. Revmatizmning yuqori, II–III daraja faolligida kortikosteroidlar, brufen, antibiotiklardan penisillin, bisillin va penisillinning yarim sintetik qatorlari va C vitamini beriladi. Revmatizmga chalingan homiladorlar homiladorlik jarayonida 3 marotaba tug'ruq kompleksiga yotqizishlari shart: 12 haftasigacha, 26–32 haftasida, 36–38 haftasida statsionarga yotqiziladi.

Pielonefrit – homiladorlikning eng jiddiy og'irlashuviga sabab bo'luvchi buyrak oraliq to'qimalari va jomlarining kasalligidir. Pielonefritni keltirib chiqaruvchi sabablari asosan homiladorlik paytida kattalashgan bachadon tanasining siydik yo'llarini qisishi natijasida siydik oqishining susayishi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, chaqiruvchi uchoqdir (angina, surunkali kolit, tishlar kariozi va boshqalar) dan infektsiyaning gematogen yo'llar bilan

buyrakka tushishi oqibatida buyrak oralig'i to'qimalari va jomining yallig'lanishiga olib keladi. Pielonefritda ko'pincha homiladorlik og'ir o'tadi. Pielonefritni ko'pincha ichak tayoqchasi qo'zg'atadi. Tana harorati ko'tarilib, ayol qaltiraydi, bel sohasida og'riq paydo bo'ladi, ahvoli yomonlashadi. Siydigida leykositlar, epiteliy hujayralari va bakteriyalar topiladi. Pasternasskiy simptomi musbat bo'ladi. Bemorlar davolanganda aksari tuzalib ketadi. Homiladorlikda qovuq ham yallig'lanishi mumkin. Davolashda homiladorlikning birinchi yarmida penisillin, oksasillin, ampioks yoki ampisillinni 8–10 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Homiladorlikning ikkinchi davridan boshlab, 5 NOK, furadonin, makkajo'xori popugining damlamasi qo'llash tavsiya etiladi.

Glomerulonefrit – buyrak koptokchalarining birlamchi immun yallig'lanishidir. Bu kasallikda ikkala buyrakning ham shikastlanishi ko'riladi. Kasallik homiladorlik va tug'ruqda ko'p asoratlar keltirib chiqaradi. Eklampsiya, ona qornida homilaning o'lishi va va perinatal o'limga olib keladi. Ba'zan esa plansentaning barvaqt ko'chishi, homilani chala hamda gipotrofik tug'ilishi kuzatiladi.

Provard natijada bevosita onalar o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishi bo'yicha siydik tahlilida mikrogemoturiya, mikroprotenuriya, silindruriya va yuzda, qovoqlarda shishlar bilan xarakterlanadi.

Surunkali glomerulonefritda bemorlarning yuzi shishgan bo'lib, ularning oyoqlarida, bel sohasida, qornida xamirsimon yumaloq shishlar paydo bo'ladi, qo'l bilan bosilsa uzoq muddat saqlanuvchi chuqurchalar qoladi.

Bemorlarda bir vaqtning o'zida arterial gipertenziya va nefrologik belgilar yig'indisi kuzatilsa, bu surunkali glomerulonefritning aralash shakli bo'lib, kasallik juda og'ir kechadi.

Davosi: gipotiazid, oksadolinlar tavsiya etiladi. Qon plazmasi, albumin, protein venaga yuboriladi. Gipotenziv dorilardan foydalaniladi. Glomerulonefrit bo'lgan homilador ayol doimo nefrolog, terapevt, akusher-ginekolog kuzatuvida bo'lishi shart.

Endemik buqoq deb – patalogik kattalashgan qalqonsimon bezga aytiladi. Kasallik odamni o'rab turgan muhitda yod miqdorining kamayib ketishiga bog'liq, bu holat ovqat mahsulotlari va ichimlik

suvining yodga kam to'yinishiga va binobarin, organizmga yodning kam tushishiga olib keladi. Joy balandligi dengiz sathidan nechog'li yuqorilashgan sayin tuproq va suvdagi yod miqdori kamayib boradi. Bu qator omillar bilan, xususan tog'dan oqib kelayotgan suvlarning tuproqdagi yod saqlaydigan jinslarni yuvib ketishi bilan bog'liq. Tog'li rayonlar (Shveytsariya Alplari, Karpat tog'lari, Kavkaz, Pomir), adirlar – endemik buqoq tarqalgan joylardir. Biroq endemik buqoq bo'yicha tinch bo'lmagan joylarda ko'pchilik shaxslarda bu kasallik paydo bo'lmaydi. Binobarin, bu kasallikning paydo bo'lishiga tashqi muhitda yod yetishmasligidan tashqari, boshqa omillar ham ta'sir qiladi. Bularga muvozanatlashmagan ovqatlanish (oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar), jismoniy zo'riqish natijasida organizmning umumiy holsizlanishini kiritish mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning bosh simptomi qalqonsimon bezning kattalashuvi (ba'zan anchagina kattalashuvi) hisoblanib, bu yutishning buzilishiga, nafas olishning qiyinlashuviga olib keladi.

Kattalashgan qalqonsimon bez palpatsiya qilinganda zichligi turlicha (ba'zan anchagina qattiq) ekanligi ma'lum bo'ladi.

Ba'zan endemik buqoq qalqonsimon bezning o'zidagi yallig'lanish jarayoni bilan asoratlanadi, atrofidagi to'qimalarda xavfli aynish bo'ladi.

Davosi. Endemik buqoq bo'lgan rayonlarda profilaktika maqsadida yod preparatlarini go'daklikdan ichish kerak. Tarkibida yod saqlagan (yodlangan) osh tuzidan (1 kg osh tuziga 25 g kaliy yod) foydalanish maqsadga muvofiq. Endemik buqoq gipotireoz hodisalari bilan qo'shib kelish ehtimoli borligidan 0,2 g dan tireoidin tayinlanadi.

Xirurgik davolashga konservativ usullar samara bermaganda va buqoq muhim organlarni mexanik bosib qo'yganda kirishiladi.

Kasallikning oldini olish uchun baliq yog'i, dengiz karami, ko'p yod saqlaydigan mahsulotlarni yeyish kerak.

Qandli diabet. Etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabet yoki oldingi nom bilan atalganda qandli siyish, modda almashinuvi, asosan uglevod almashinuvi buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi, muntazam ravishda palapartish

ovqatlanish va boshqalar) ta'siri ostida rivojlanadi. Irsiyatning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

Kasallik mohiyati organizmning organlar va to'qimalarga ovqat bilan tushgan qand moddasini yig'ish qobiliyatining buzilishidan iborat. Singmagan qand qonga tushadi va siydikda paydo bo'lib, siydik orqali tashqariga chiqariladi.

Me'da osti bezida pankreatin orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida – insulositlarda – organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin gormoni ishlab chiqariladi. Xuddi shu insulin yetishmasligi qandli diabetning bevosita sababchisi hisoblanadi. Insulyar apparat faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror zvenosidagi buzilishlar bu apparat funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Normada qand siydik bilan ajralib chiqmaydi. Siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish prosessi buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli tashnalikka sabab bo'ladi. Natijada qand organizmga singimaydi va uning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlardagi oqsillar va yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi, bu tobora oriqlab ketishga olib keladi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlar farq qilinadi: 1) diabet oldi bosqichi; 2) yashirin (latent, subklinik) diabet; 3) yavdol (klinik) diabet.

Klinik manzarasi. Bemorlar tashnalik oshishi, ishtaha kuchayishi, ko'p siyishdan (sutkalik siydik miqdori normadan ancha oshadi), teri qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi, tana massasi kamayadi. Periferik tomirlar turi kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tiralish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik proseslar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi, shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol)

va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko‘rinishidagi ateroskleroz belgilari og‘irlashtirishi mumkin.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma’lumotlari siydikda qand paydo bo‘lishi – glyukozuriya (normada bunday bo‘lmaydi), siydik nisbiy zichligining oshishi, qonda qand miqdorining ko‘payishi – giperglikemiya hisoblanadi. Diabet og‘ir-yengilligiga qarab 3 darajaga bo‘linadi: yengil, o‘rtacha, og‘ir. Yengil darajasida uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste’mol qilingandagina uning qondagi miqdori ko‘tariladi va u siydikda paydo bo‘ladi. O‘rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o‘tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo‘ladi. Diabetning og‘ir darajasi bo‘lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yuqotadilar. Ularda diabetik koma paydo bo‘lishi ehtimol.

Diabetik komaning klinik manzarasi. MNS buzilishi qayd qilinadi, darmonsizlik, bosh og‘rig‘i paydo bo‘ladi, avval qo‘zg‘alish, keyin uyquchanlik vujudga keladi, bemor qusadi, shovqinli nafas oladi, hushidan ketadi. Terisi pushti rang, quruq, arterial bosimi pasaygan. Ko‘z soqqalarini barmoq bilan bosib ko‘rilganda yumshoq. Bemor og‘zidan aseton hidi keladi. Siydik tekshirilganda qand miqdori ko‘pligidan tashqari, aseton va β -oksimoy kislota topiladi. Organizmda yog‘lar jadal parchalanganda ko‘p miqdorda yog‘ kislotalari, masalan stearin kislota hosil bo‘ladi. Qandli diabetda bu kislotalar sog‘lom odamlarda bo‘lganidek, karbonat angidrid gazi va suvga parchalanmay, balki aseton, (β -oksimoy kislota va boshqa aseton tanachalar hosil bo‘lish bosqichida tutilib qoladi. O‘z vaqtida ovqat yeyilmaganda, insulin miqdori oshib ketganda gipoglikemik koma rivojlanadi: terini ushlab ko‘rilganda nam bo‘ladi, kuchli darmonsizlik, tremor (barmoqlar titrashi) rivojlanadi. O‘z vaqtida yordam ko‘rsatilmagan taqdirda bemor hushidan ketadi.

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog‘liq bo‘lgani sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo‘llanilguncha diyetoterapiya (parhez) o‘tkaziladi (dieta №9). Parhezni diabetning bosqich darajalarida (o‘rta va og‘ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qimmatini quyidagicha

aniqlanadi. Kunduzgi ovqat rasioni energiya qimmatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotish rejimida bo'lsa (og'ir shakli, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik qo'shilib kelgan ayrim hollari), bu holda 1 kg tana vazniga 104,6–125,5 kJ zarur bo'ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan yengil formasida o'rtacha og'irlikdagi nagruzkada bo'ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209,2 kJ oladi. Diabetli bemor rasionida oqsillar, yog'lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo'lishi kerak. Masalan, tana massasi 60 kg bo'lgan, qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o'rtacha og'irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25 104 kJ olishi kerak. Bu ratsionda uglevodlar 7531 kJ, oqsillar 3138 kJ, yog'lar – 1883 kJ (uglevodlar 450 g, oqsillar taxminan 180 g va yog'lar 50 gr) ni tashkil qiladi. Diabetning yengil formasida dietoterapiya bemor ahvolini insulin qo'llanmasdan yaxshilashga yordam beradi.

Insulinni dieta (parhez ovqat) bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Insulin bilan davolash taktikasi quyidagicha: 3–5 g glyukozani (o'rta hisobda 4 g) o'zlashtirish uchun 1 TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirilmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Masalan, bemor bir sutkada 4 l siydik ajratadi, siydikdagi qand miqdori 3% ni tashkil etadi, binobarin, siydik bilan ajratilgan o'zlashtirilmagan qand miqdori 120 g ni tashkil etadi (hisob quyidagi proportsiyadan chiqariladi: 100 ml siydikda – 3 g qand bor, 4000 ml da – x). Bundan tashqari, insulin tayinlashda siydikni butunlay «qandsizlantirish»ning maqsadga muvofiq emasligini nazarda tutish lozim, sutkalik siydik miqdoridagi qand miqdori ovqatdagi umumiy qand qimmatining 5% idan oshmasligi kerak. Ovqat bilan iste'mol qilinadigan 60% oqsillar va 10% yog'lar uglevodlarga aylanishi mumkinligidan ovqatning qand qimmatini nomini olgan qimmatini bemorning sutkalik ratsionidagi uglevodlarning umumiy miqdoridan, 60% oqsillar va 10% yog'lardan tashkil topadi. Mazkur holda ovqatning qand qimmatini 480 g ni tashkil etadi, deb faraz qilaylik, demak sutkalik siydik miqdoridagi umumiy qand miqdoridan 24 g ni (480 g ning 5%) ayiramiz va shu

tariqa mazkur bemor uchun zarur insulin miqdori hisob-kitobini 96 g hisobidan (120 g–24 g) bajaramiz, ya'ni insulin birliklari soni $96:4 = 24$ (TB) ga teng. Insulin odatda ovqatdan 20–25 minut oldin teri ostiga yuboriladi. Ko'p sonli in'yeksiyalar qilishning oldini olish maqsadida hozirgi vaqtda in'yeksiyalar uchun insulin bilan bir qatorda ta'siri uzaytirilgan insulin preparatlari: protamin – rux – insulin, insulin-rux-suspenziya va boshqalardan foydalanilyaptiki, ularning odatdagi insulinga qaraganda qator afzalliklari bor. Bunday preparatlar birmuncha uzoq vaqt 12–24 soat mobaynida o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Qandli diabetga davo qilishda insulin bilan birga tabletka ko'rinishidagi preparatlar: sulfonilmochevina unumlari (butamid 1 g dan kuniga 2 marta, bu karbon 0,5–1 g dan kuniga 2 marta, maninil – 5 mg dan kuniga 2 marta) va biguanidlar (adebit 0,1 g dan kuniga 2–3 marta, buforminretard – 0,1 g dan kuniga 2 marta, diforminretard – 0,85 g dan kuniga 2 marta tayinlanadi) qo'llaniladi. Diabetga qarshi barcha vositalar ovqatlanishdan keyin tayinlanadi. Diabetli bemorlar uchun mehnat va turmush rejimini to'g'ri tashkil qilishning ahamiyati katta (emotsional va ruhiy iztiroblar yo'qligi, parhezga, ovqat yeyish vaqtlariga qattiq amal qilish va boshqalar).

Diabetik komani davolash: diabetik komada zudlik bilan 100 TB gacha (teri ostiga) insulin yuboriladi. Uni venaga quyish ham mumkin. Agar bemorning ahvoli yaxshilanmasa, insulin yuborishni bemorni komatoz holatdan chiqarguncha davom ettiriladi (30–40 TBdan har 1/2–2 soatda). Keyinchalik insulin shu bemorga belgilangan sxema bo'yicha tayinlanadi. Bemorlarga 50–100 TB insulin yuborilganda o'sha vaqtda venaga 20 ml 40% li glyukoza eritmasi tayinlash zarur. Organizmning suvsizlanishiga qarshi kurashish uchun izotonik natriy xlorid eritmasi teri ostiga yuboriladi (1,5–2,5 l). Insulin dozasi oshirib yuborilganda gipoglikemik holat rivojlanadi. U keskin darmonsizlik, qattiq ochlik sezish, oyoq-qo'llar titrashida namoyon bo'ladi va komaga olib kelishi mumkin (teri oqargan, ko'z soqqalari tonusi oshgan).

Gipoglikemik komani davolash: bemorni komatoz holatdan chiqarish uchun ba'zan unga bir stakan shirin choy berishning o'zi kifoya. Agar bemor xushdan ketgan bo'lsa, venaga glyukoza yuborish zarur (50 ml gacha 40%li eritma).

Parvarishi. Bemor statsionardan chiqqandan keyin uyida teri osti insulin inyeksiyalarini qilishni davom ettiradi. Bemorga bu muolajani to'g'ri bajarishni o'rgatish lozim. Qandli diabeti bo'lgan bemor ovqatni qat'iy belgilangan soatlarda yeyishi, ovqat yeyishning insulin ineksiyalari bilan bog'liq holda olib borilishiga aniq rioya qilishi kerak. Bemor diabetik komaning ham, gipoglikemik komaning ham alomatlarini bilishi va u paydo bo'lganda hamisha yonida olib yuradigan qanddan bir chaqmog'ini og'ziga tashlashi kerak. Diabetli har bir bemorga terining yiringli kasalliklari profilaktikasini qunt bilan ta'minlash kerak, chunki diabetda ularga moyillik bo'ladi. Bemor vannada issiq suv bilan sovunlab cho'milishi, ich kiyimlarini, ayniqsa yozda badan terisi ko'p terlaydigan paytlarda muntazam alishtirib turishi kerak.

Anemiya – kamqonlik. Qon yaratilish kasalliklari orasida anemiya yoki kamqonlik eng ko'p uchraydi. Bu patologik holatda qonda gemoglobin, aksariyat, eritrotsitlar miqdori ham kamaygan bo'ladi. Anemiyaning eng ko'p uchraydigan quyidagi turlari farq qilinadi: postgemorrogek anemiya, qon yuqotish natijasida paydo bo'ladi. Temir moddasi yetishmaydigan anemiya, organizimda temir tanqisligi sababli rivojlanadi. Pernisioz anemiya, antianemik omil (sianokobolamin) yetishmasligiga bog'liq. Gemolitik anemiya, eritrositlar parchalanishidan paydo bo'ladi. Gipoplastik anemiya, suyak ko'migi funktsiyasi pasayib ketganda rivojlanadi. Homiladorlik davrida va emizikli ayollarda ko'proq temir yetishmovchiligi anemiyasi kuzatiladi.

Temir tanqisligi anemiyasi. Odam organizimida temir yetishmasligi qator sabablarga: ovqatda temir yetishmasligi, temirning hazm apparatida so'rilishining buzilishi va boshqalarga bog'liq. Buning natijasida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanadi. Temir yetishmasligidan bo'ladigan anemiyalarning quyidagi turlari: kechikkan va erta xloroz (kamqonlik) farq qilinadi. Kechikkan xloroz ayollarda asosan 30-45 yoshlarda me'dada xlorid kislota miqdori pasayib ketishidan (xlorid kislota temirning normal so'rilishiga imkon beradi) temirning so'rilishi buzilishi sababli paydo bo'ladi. Odatda bachadondan qon ketishi yoki boshqa qon ketishlar bilan bog'liq. Anemiya uchun xos bo'lgan umumiy klinik belgilardan tashqari,

kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda ta'm bilish sezgisi buziladi (bo'r, loy, kul kabilirni yeyish istagi paydo bo'ladi) va ishtaha pasayadi. Ko'zdan kechirganda bemorning o'zi oriqlamagani holda badan terisining oqarib ketganligi ma'lum bo'ladi. Shuningdek stomatit, til atrofiyasi, me'da va ichaklarda aniq patologik o'zgarishlar (me'da sekretor funktsiyasi axiliyaga qadar pasayib ketadi), ingichka ichakning ich ketish bilan o'tadigan og'ir funksional buzilishlari kuzatiladi.

Qonni tekshirganda eritrotsitlar soni o'rtacha kamayganda gemo-glabin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrotsitlar yomon bo'yalgan, ularning diametri kamaygan, leykotsitlar soni norma atrofida. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan tuxumdonlar gormonlarining suyak ko'migiga rag'batlantiruvchi ta'sirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Kasallik boshlanishi balog'atga yetish davriga to'g'ri keladi. Klinik manzarasida ayrim xususiyatlar: badan terisi yashilnamo tusda oqargan, teri deyarli qoraymagan, oz – moz asab – ruhiy beqarorlik paydo bo'ladi. Bu anemiya ham gipoxrom hisoblanadi.

ISHLAYOTGAN AYOLLARNING SOG'LIGINI NAZORAT QILISH

Ishlayotgan ayollarga va xodimlarga tibbiy xizmat ko'rsatish uchun taxminan 2000 ta ishchi biriktirilgan sex vrachi sex prinsipida yordam ko'rsatadi. Sex vrachi yoki terapevt vrach poliklinika sharoitida asosan profilaktika ishlarini amalga oshiradi. Sex vrachiga 1 haftada ishlaydigan ayollarga xizmat ko'rsatish uchun 9 soat, odatda haftasiga 3 marta 3 soatdan vaqt ajratiladi. Profilaktika ishlarini boshqa mutaxassis vrachlar, jumladan, ginekolog, xirurg, dermatolog, okulist, masalan, 1 haftada 2 marta 2 soatdan, otorinolaringolog 1 haftada 1 marta 3 soatdan, fitiziator 1 haftada 3 marta 2 soatdan va b. q. yordam ko'rsatiladi.

Ishlab chiqarishning va kasallikning xarakteriga ko'ra mutaxassis vrachlarning ish soatlari uzaytirilishi yoki aksincha kamaytirilishi

mumkin. Tibbiy sanitar qismning vrachlari ishini samaradorligi ishchilarning ish sharoiti, ishlab chiqarishning xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Shu sababli sex vrachlari va tibbiy sanitar qismning boshqa mutaxassislik vrachlari ishchilarining ish sharoitlari kasbiy patologiya va ishlab chiqarish protsesslarini o'rganishlari lozim. Uchastka yoki sex vrachi kasalliklarni barvaqt aniqlash, o'z vaqtida tashxis qo'yish va yuqori malakali tibbiy yordam ko'rsatadilar. Buning uchun laborator va funksional – diagnostik metodlaridan, fizioterapiya, davolovchi jismoniy tarbiya va b.q. Ishlab chiqarishdan travma va zaxarlanishlarda, kasalliklarni ilk davrida aniqlash uchun dispanserezasiya qilish, dispanserezasiya kontengentidagi shaxslarni dinamiuk kuzatish, sanatoriya kurort sharoitida davolash, dietaterapiya o'tkazish va h. k. lardan unumli foydalanish lozim.

Tibbiy sanitar qism faoliyatidagi asosiy qism bu dispanserezatsiya hisoblanadi. Shu sababli ishlaydigan ayollar sog'lig'idan qat'iy nazar 1 yilda 2 marta dispanser ko'rigidan o'tadilar. Homilador va emizikli ayollar tunggi navbatchilik va uzaytirilgan ish kunidan ozod qilinadilar. Travmatizm va kasbiy kasalliklar xavfi yuqori bo'lgan ish joylarida texnika xavfsizligi qonun-qoidalarini vrach xirurg tomonidan nazoratga olinadi. Xirurg har bir bo'lim muxandisi bilan texnika xavfsizligi qonun-qoidalarini ishlab chiqadi va u bilan ishchilarni tanishtiradi. Antisanitar holatlarda bo'limning ishlashini uchastka vrachi tomonidan to'xtatilishi mumkin.

Nazorat uchun savollar:

1. Buqoq kasalligining homiladorlikka ta'siri.
2. Yurak poroklarida homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
3. Anemiyada homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
4. Gipertoniya kasalligi va homiladorlik.
5. Revmatizmida homiladorlik va tug'ruqning kechishi.
6. Buyrak kasalliklarida homiladorlik va tug'ruq.

Tayanch so'z va iboralar:

Gipertoniya, giperterioz, anemiya, Pasternatskiy simptomi, glomerulonefrit, revmatizm, diabet, buyrak koptokchalari, buqoq, yurak poroklari.

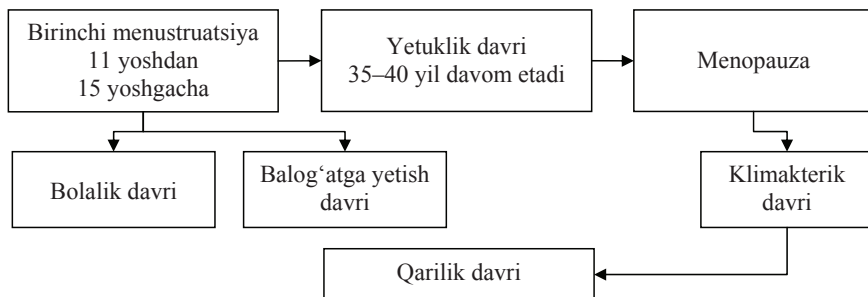
XVI BOB. KLIMAKTERIK DAVRDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

KLIMAKTERIK DAVRDA FIZIOLOGIK VA IJTIMOIIY RUHIY MUAMMOLARNING RIVOJLANISHI

Klimakterik davr (grekcha klimakter) pog‘ona, o‘tish davri degani. Klimakterik davr – bu davrda tuxumdonning funksiyasi asta-sekin so‘na boshlaydi va to‘liq to‘xtaydi. Jinsiy yetuklik funksiyasining to‘liq tugashigacha bo‘lgan davr. 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.

Oxirgi vaqtlarga kelib o‘rtacha yashash davri uzaydi. Taraqqiy etgan mamlakatlarda o‘rtacha yashash davri 75–80 yosh, endi taraqqiy etayotgan mamlakatlarda 65–70 yoshni tashkil etadi, menopauza esa doimiy saqlanib 49–50 yosh bo‘lib qolmoqda. Umrning uzayishi menopauza yoshidagilar sonining oshishiga va ko‘p qismi menopauza davriga to‘g‘ri keladi.

INSONNING HAYOT SIKLI VA KLIMAKTERIK DAVR



Menopauza – oxirgi menstruatsiyadan keyin bir yil davomida hayz koʻrmasa menopauzani bildiradi. Oʻzbekiston tugʻish boʻyi-cha yuqori koʻrsatkichli region hisoblanadi. Koʻp tugʻish gipofizar – tuxumdon sistemasini toliqtiradi, klimakterik davrni patologik oʻtishiga olib keladi. Klimakterik sindromda ayolning jamiyatda va oilada faolligi susayadi. Oʻzbekistonda aholining 51,2% ni ayollar tashkil etadi, shundan oʻrtacha 37% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi. 60% gipomenustral tipda, 32% giperminustral tipda, 8% hayz sikli bir vaqtda toʻxtaydi.

Muammoning dolzarbligi: Hozirgi vaqtda Oʻzbekiston Respublikasida ayollar aholining 50,2% ni tashkil qiladi, ulardan 37% klimakterik davrning patologik kechishidan zaxmat chekadi.

Hozirgi vaqtda klimakterik sindromli ayollarning hayoti sifati, yurak ishemik kasalligi, ateroskleroz va gemorragik insultni rivojlanishi xavfi qon zardobidagi past zichlikdagi lipoproteidlar (PZLP) darajasiga bogʻliqligi aniqlangan.

Shuningdek, perimenopauza davrida regular xayz sikllarining tiklanishi kuzatilgan boʻlib, bu esa estrogenlarning lipidlar perekisli oksidlanishi intensivligiga ijobiy taʼsir qilishi, azot oksidi hosil boʻlishini ortishi va endotelin hosil boʻlishini toʻxtashi, hamda tomirlar va silliq mushaklarning spastik holati xavfini kamaytirishi natijasida tomirlar endoteliysi faoliyatining yaxshilanishiladi.

Shu narsa aniqlanganki, simpatoadrenal tizimni faollashishi lipidlarni perekisli oksidlanishini intensivligini ortishi bilan kechadi, bu esa koʻpchilik olimlar fikriga koʻra menopauza davridagi ayollar organizmidagi metabolik oʻzgarishlar darajasini belgilaydi.

Aterogen lipoproteidlarni perekisli oksidlanish intensivligi va fermentlar faolligi koʻrsatkichlari bilan kompleks oʻrganish, bemor organizmining metabolik holatini baholash va yangi farmakologik preparatlarni qoʻllagan holda davolashning samaradorligini aniqlash uchun muhim hisoblanadi.

Nimaga klimakterik davr boshlanadi? Follikulalar atreziyaga uchraydi, ayollarda jinsiy gormoni estrogenning kamayishi kuzatiladi, gonadotrop gormonning koʻp sekretsiyasiga qarshi reaktivlik susayadi yoki tugaydi, menopauza boshlanadi.

Klimaksning paydo bo'lishida endokrin mezonlar: follikulalarni stimullovchi, lyuteinlovchi gormonlar miqdorining oshishi, estradiol miqdorining va estradiol/estron indeksining pasayishi hamda androgen/esterogen nisbatining oshishi bilan ifodalanadi.

Estrogen – gormonining butun organizmga ta'siri:

1. Jinsiy organlarga ta'siri: a) follikulalar yetilishiga, bachadonni rivojlantiradi, homiladorlik va tug'ruqqa tayyorlaydi, hayz siklini regulyasiya qiladi. b) bachadon bo'ynidan shilimshiq chiqishini regulyasiya 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 funktsiyasini nazorat qiladi. **4. Teriga ta'siri:** teri tonusini saqlab turadi. **5. Psixikaga ta'siri** miya hujayralarini qavvatlab turadi.

Estrogen gormoni yetishmaganda: Hayz siklining buzilishi, vegetotomirlar distoniyasi (vazomotor buzilish) issiqlikni buzilishi, terlash, bosh aylanishi, 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, yurak qon tomir kasalliklari, ateroskleroz, koronar kasalliklari, insult, osteoporoz, umurtqa pog'onasi, son va boshqa suyaklarning sinishi holatlari kuzatiladi.

Birinchi bo'lib reproduktiv faoliyat buziladi, keyin gormonal, fertil faoliyat menopauzadan oldin susayadi 35 yoshdan so'ng Klimakterik davrni qo'yidagicha bo'lish mumkin

Premenopauza 45–55 yosh klimakterik simptomlarning birinchi belgilari paydo bo'ladi hayz siklining o'zgarishi, issiq quyilishi, havotirlik, estrogen yetishmaslik holati bu menstruatsiya tugashiga 2 yil qolguncha davom etadi.

Menopauza oxirgi menstruatsiya $50 \pm 2,5$ yil bu davr menstruatsiyani 12 oy davomida bo'lmasligi. Agar menstruatsiya 40–44 yoshda tugasa bu erta, 36–39 yoshda tugasa vaqtidan oldingi menopauza hisoblanadi, 1% ayollarda 60 yoshda, 1% hollarda 40 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi.

Postmenopauza – hayzni 2 yil davomida bo‘lmasligidan 65–69 yoshga qadar bo‘lgan davr hisoblanadi. Menopauza davrdagi yosh irqqa, nasldagi xususiyatlar klimakterik davrga va ayolning sog‘lig‘iga bog‘liq. Gonadotropinlar miqdori ko‘payadi. FSG 14 marta, LG 3–4 marta ko‘payadi, LG 3–4 marta ko‘payadi, follikulyar apparat susayadi – estrogenlar miqdori kamayadi. 30–80% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi va klimakterik yoki menopauzal sindrom paydo bo‘ladi. Sun‘iy menopauza ham tavofut etiladi tuxumdonlarni operatsiya yo‘li bilan olib tashlanganda, radioaktiv va sitostatik vositalar qo‘llanilganda. Bunda ayollarda postkastrasion yoki postovarioektomik sindrom yuzaga keladi.

ERKAKLAR KLIMAKSI

Erkaklar klimaksi 45 yoshdan boshlanadi. Klimakterik sindrom – bu yosh o‘tishi bilan gormonal o‘zgarishlar va moddalar almashinuvidagi o‘zgarishlar, jinsiy bezlarning faoliyatini so‘nishi bilan namoyon bo‘ladi. Bu yoshda erkak organizmida patologik simptomlar paydo bo‘ladi, asab sistemasida, endokrin, yurak qon sistemasida bu patologik erkaklar klimaksi degan tushunchasi yuzaga keladi.

Erkaklar klimaksi belgilari turli xil bo‘ladi. Erta klimaks 45 yoshgacha, asosan 46–60 yosh, kechki klimaks 60 yoshdan so‘ng yuzaga keladi. Klimaks boshlanishiga ko‘pincha endogen va ekzogen faktorlar ta’sir etadi. Avvalambor jinsiy a’zolari tug‘ma neyrogumoral ta’minlashining sustligi, jinsiy a’zolar yetilishining buzilishi (Gipogonadizm, kriptorxizm), qandli diabet, hamma turdagi kastratsiya (travmatik, xirurgik, medikamentoz, nur bilan va ionizatsiyalangan radiatsiya), alkohol va boshqa surunkali intoksikatsiyalar ta’sirida. Erkaklardagi klimaks ayollarga nisbatan kech yuzaga keladi, kam hollarda sezilarli bo‘lmaydi va qarilik belgilari bilan uyg‘unlashib ketadi.

Erkaklar klimaksi psixoemosional buzilishlar bilan kuzatiladi.

1. Jahlning tez chiqishi, qo‘rquv, tez urishib qolish, xavotirlik. 2. Bosh

ogʻrishi, bosh aylanishi, eslash qobiliyatini susayishi, bir narsaga diqqat bilan eʼtibor berishining susayishi. 3. Ayrimlarda qoʻzgʻaluvchanlik holati, qon bosimining koʻtarilishi, birdan jahilning chiqishi, aksicha ayrimlarda uyquchanlik, darmonsizlik, depressiya holati kuzatiladi.

Erkak jinsiy bezlari tuxum faoliyati susayadi, qonda erkak jinsiy gormonlarni miqdori kamayadi va ikkilamchi erkak jinsiy belgilarini qayta rivojlanishiga olib keladi, terini burishib qolishi, yogʻ kletchatkasining dumba va son sohasida yigʻilishi, koʻkrak bezlarining kattalashishi (ginekomatstiya). Boshqa endokrin aʼzolarning faoliyati susayadi, qalqonsimon bezning (Giptireoz), oshqozon osti bezining faoliyati buziladi shuning oqibatida qandli diabet kasalligiga chalinadi. Erkaklar klimaksi 2–5 yil davom etadi, keyinchalik shikoyatlar sekin-asta yoʻqoladi.

ERKAKLAR KLIMAKSINI DAVOLASH

Davolashni klimaks belgilari juda namoyon boʻlsa va organizimning asosiy sistemalariga taʼsir etsagina boshlash zarur. Birinchi navbatda mehnat faoliyatini va dam olishni meʼyoriga solish lozim. Ovqatlanish meʼyoriga rioya qilish, tana vaznini sedativ vositali buyuriladi valeriana, piona, pustirnik, trankvilizatorlar sibazon, nozepam, trioksazin qoʻllaniladi.

XVII BOB.

KLIMAKTERIK SINDROMDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

KLIMAKTERIK SINDROMNING KLINIK BELGILARI

Ayollarda 35 yoshdan keyin anovulyator hayz sikli kuzatiladi, tuxumdonning reproduktiv faoliyati buziladi, hayz sikli muntazam bo'lib turadi, menopauzaga 4 yil qolganda hayz sikli buziladi.

O'tish davrida hayz sikli 4 turga ajratiladi: 1. Muntazam takrorlanib turuvchi. 2. Muntazam takrorlanib turuvchi sikl kun yoki haftalab, ayrimlarda oylab hayz siklining to'xtashi bilan almashinib turadi. 3. Oligoamenoreya hayz qonining kam kelishi. 4. Oligoamenoreya disfunktsional qon ketishlar bilan almashinib turadi.

5–10% ayollarda hayz sikli menopauza davrida muntazam bo'lib turadi, estrogen yetishmasligi kuzatilmaydi. Simptomlar kelib chiqishi vaqtiga qarab erta, o'rta, kechki simptomlarga bo'linadi. Ertangi simptomlar menopauza boshlanishi bilan boshlanib, 1–5 yilgacha davom etadi. Bular orasida isib ketish, ko'p terlash, bosh og'rig'i, gipo va gipertenziya, qaltirash, yurakni tez urishi va psixoemotsional (uyquchanlik, xolsizlik, depressiya, qo'rquv, eslash qobiliyatining buzilishi, libido (ishqiy mayilning susayishi).

Psixoemotsional buzilishlar klimakterik depressiya emotsional affektiv sindromlarni yuzaga kelishi; kayfiyatning tushkunligi, o'ziga va atrofdagi odamlarga nisbatan qiziqishning yo'qolishi, holdan toyishi, qo'rquv, bezovtalik, qarilik oldidagi qo'rquv, tez jahl chiqishi, o'z-o'zidan yig'lash, ayrimlarda agressivlik, jahildorlik, dushmanlik kabi fazilatlar kuzatiladi. **Kognitiv buzilishlar** ish qobiliyatini susayishi boshqa faoliyat bilan shug'ullanishi, eslab qolish qobiliyatini susayishi. **Seksual buzilishlar** ishqiy mayilini susayishi, jinsiy aktivlik saqlanib qoladi, ayrim ayollarda, aksincha

libido zo‘rayadi. **Endokrin metabolitik buzilishlar** tana vaznining ortishi, bel va son aylana indeksining oshishi, suyuqlikning ushlanib qolishi natijasida shish paydo bo‘lish, dispepsiya, bug‘inlardagi og‘riq, ko‘krak bezlarining kattalashishi, ko‘p suv iste‘mol qilishi.

O‘rta-oraliqda paydo bo‘ladigan simptomlar urogenital, doimiy abakterial sistouretritlar vaginitlar, jismoniy zo‘riqishda, yo‘talganda, aksa urganda siydikni ushlab turolmaslik, jinsiy a‘zolarining pastga siljishi, qinning quriqlashib qolishi, tashqi jinsiy a‘zolar sohasida qichishish, sistalgiya. **Teridagi o‘zgarishlar** (epiteliyni yupqalashib qolishi, atrofiyasi, infektsiyaga chalinuvchanligi). Terining qurishi, ajinlar paydo bo‘lishi, tirnoqlarning sinuvchanligi, sochning quruqligi va tushishi. **Ko‘rish a‘zolaridagi o‘zgarishlar** (quriq ko‘zlar sindromi, katarakta) yuqorida ko‘rsatilgan simptomlar menopauza boshlangandan keyin 1–3 kun o‘tgach paydo bo‘ladi. Bunday holatlarda davolashni quyidagi mutaxassislar dermatolog, ginekolog, urolog, okulistga yuboriladi.

Kechki simptomlar klimakterik sindromini xafvli simptomlari hisoblanadi. Bu simptomlar menopauza boshlagandan so‘ng 5–10 yil o‘tgach yuzaga keladi. Osteoporoz skelet kasalligi suyak hajmining kamayishi, yurak qon tomirlar kasalligi (yurak va tomirlar baseynida o‘tkir holatlar, yurak ishemik kasalligi xuruji) depressiya, Alsgeymer kasalligi. Osteoporoz katta ahamiyatga ega spirtli ichimliklar ichish, chekish, ovqat ratsionida kal‘tsiy yetishmasligi, menopauzani erta boshlanishiga va darmonsizlik, tez-tez charchash, dumg‘aza va bel sohasida og‘riq, tez-tez suyak sinishlari kabi belgilar paydo bo‘ladi.

Klinik tekshirish perimenopauza davrida shikoyat va anamnezni so‘rab-surishtirish, umumiy va ginekolog tekshirish, genital organlar va ko‘krak bezlarni ultratovush apparati yordamida tekshirish, glyukoza miqdorini aniqlash, qon bosimini o‘lchash, tana vaznini bo‘yiga nisbatan munosabatini aniqlash. Umumiy quvvatlovchi vositalar, ratsional gigiyenik rejim yoshi o‘tgan ayollarga tavsiya etiladi. Ovqat ratsioniga meva, sabzavot va vitamin preparatlari tavsiya etiladi. Vitamin A antigistamin xususiyatga ega vitamin C lipid almashuviga ta‘sir etadi. Vitamin E gipofizdagi qon almashi-

nuvini yaxshilaydi. Hozirgi vaqtda klimaterik buzilishlarni davolashda o‘rinbosar gormonal terapiya eng effektiv davolash usuli hisoblanadi. Postmenopauzal buzilishlarni oldini olish va davolash uchun o‘rinbosar gormonal terapiya qo‘llaniladi. 1. Qisqa muddatli tuxumdonlar yetishmasligini ilk simptomlarini bartaraf etishga qaratilgan 3–6 oy muddat davomida tavsiya etiladi. 2. Uzoq (himoya) muddatli terapiya kechki metabolitik buzilishlar va Alsgeymer kasalligini davolashda qo‘llaniladi.

O‘rinbosar gormonol terapiya. Qisqa muddatli: simptomlarga terapevtik ta’siri, neyrovegetativ, kosmetik, psixologik, urogenital ta’siri.

Uzoq muddatli: osteoporoz, IBS, depressiya, Alsgeymer kasalligining oldini olish maqsadida qo‘llaniladi.

O‘rinbosar gormonal terapiya maqsadida estrogenlar bilan gestagenlar kombinatsiyasi, estrogenlar bilan androgenlar kombinatsiyasi, monoterapiya progestinlar yoki androgenlar qo‘llaniladi.

Klimakterik davrda patologik klimaks sindromining oldini olish va garmonlar bilan davolash. 1. Tabiiy estrogenlar yoki uning analoklari (17β estradiol, estradiol vererat). 2. Estragenlar dozasi prolifratsiya fazasidagi miqdoriga teng. 3. Estragenlarni progestinlar yoki androgenlar bilan kombinatsiyada berish mumkin. 4. Osteoporoz, miokard infarkti va insultni oldini olish uchun 5–7 yil davomida gormonal terapiya o‘tkaziladi.

Klimakterik sindromda qo‘llaniladigan chora-tadbirlar: issiqlik ko‘tarilishi (yuzning isib ketishi va terlash) da, jinsiy xususiyatning susayishi va jinsiy aloqada og‘riq sezishlikda va osteoporoz va suyaklar sinishining oldini olish uchun. Siydikni ushlab tura olmaslik hollarida: mijozga tushuntirish, yashash tarzini o‘zgartirish tavsiya etiladi, sog‘lomlashtirish muolajalari o‘tkaziladi, oilasiga yordam beriladi.

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 kal’tsiy chiqariladi, suyak massasi kamayadi.

Siydikni ushlab tura olmaslikda hamshiralik parvarishi. Sababi: oraliq mushaklarining, siydik pufagi pardalarining atrofiyaga uchrashi sababli, siydikni ushlab turish qiyinlashadi.

Hamshiralik parvarishi. Mijozga tushuntirish, ruhiy qo‘llab-quvvatlash, chanoq mushaklarini gimnastika muolajalari yordamida mustahkamlash, kundalik hayotida yordam berishdan iborat.

Osteoporozi sabablari: mineral almashinuvi buziladi, siydik bilan kal'tsiy chiqishi kuchayadi. Ichaklarda kal'tsiy surilishi buziladi, natijada suyak miqdori kamayadi. Suyakning qattiqligi kamayib, osteoporozi rivojlanadi.

Osteoporozda hamshiralik parvarishi osteoporozni aniqlash, dietoterapiya, davolovchi gimnastikadan iborat.

XVIII BOB.

QARILIK DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

GERONTOLOGIYA VA GERIATRIYA FANI

HAQIDA TUSHUNCHA

Sogʻliqni saqlash tizimining dolzarb muammolaridan biri boʻlgan «Gerontologiya» insonning qarish jarayonini oʻrganadigan fan boʻlib, yunoncha geros – qari va logos – bilim degan maʼnoni anglatadi.

«Gerontologiya» ning asosiy maqsadi insonning faol va toʻlaqonli hayotini uzaytirish yoʻllarini izlab topishdir. Keksa yoshdagi bemorlarga xizmat qilish aksariyat tibbiyot xodimlarining kundalik vazifasi, chunki tibbiy xizmatga muhtoj barcha bemorlarning 25–30 foizi keksa yoshdagi bemorlardir. Jahondagi barcha mamlakatlarda demografik koʻrsatkichlar qariyalar hisobiga oshib bormoqda. Bu esa «Gerontologiya» va «Geri-atrriya» sohasidagi bilimlar doirasini kengaytirishni taqozo etadi. «Gerontologiya» fani quyidagi tarkibiy qismlardan iborat: qarish biologiyasi, geriatriya, gerogigiyena, gerontopsixologiya, gerodermiya, gerodietetika, geroekologiya.

Keksalik – umrning qonuniy tarzda yuz beradigan yakunlovchi davridir. Biroq muddatidan oldin qarish hodisasi ham hayotda bor haqiqatdir. Barvaqt qarish boshdan kechirilgan kasalliklar yoki tashqi muhitning zararli omillari taʼsirida yosh bilan bogʻliq oʻzgarishlarning bir muncha erta rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Fiziologik qarish aqliy va jismoniy sogʻlomlikni, maʼlum darajadagi ish qobiliyatini, dilkashlikni, tevarak atrofdagi hodisalarga qiziqishni saqlab qolish bilan belgilanadi. Tashqi muhit taʼsiri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erta qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning oʻsish va rivojlanishi toʻxtaganidan keyin boshlanadi.

«Gerontologiya» tibbiy biologiya bilan chambarchas bogʻliq boʻlib, u molekula va hujayralardan tortib butun organizmning qarish sabablarini oʻrganadi. Qarish – qarilik, yaʼni yosh ulgʻaya borishi bilan organizmda paydo boʻladigan oʻzgarishlarning qonuniy tarzda roʻy berish jarayonidir. Umuman olganda, bugungi kunda qarilik muammolarini har tomonlama oʻrganadigan turli fan sohalari paydo boʻldi va ular jadal rivojlanmoqda. Xususan, dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi «Geriatriya» fanining rivojlanishini yanada tezlashtiradi.

«Geriatriya» keksa, yoshi ulugʻ kishilarda kasallikning kechishi xususiyatlarini oʻrganadigan fan boʻlib, sogʻliqni saqlash tizimi amaliyotiga tobora chuqurroq kirib bormoqda. «Gerogigiya» esa keksaygan va katta yoshdagi kishilar gigiyenasini oʻrganmoqda. «Gerontopsixologiya» – keksalar ruhiy holati va feʼl-atvorini; «Gerodietetika» – keksaygan kishilar ovqatlanishi va uning xususiyatlarini; «Gerodermiya» – keksaygan kishilar teri qoplami xususiyatlarini oʻrganuvchi boʻlim. «Geroekologiya» – qarish jarayoniga ekologik omillarning taʼsir etishini oʻrganuvchi fan.

Bugungi kunda jahonda genetik olimlarning chuqur izlanishlari natijasida, qarish jarayoniga taʼsir etuvchi genlar borligi taxmin qilinmoqda. Agar bu taxmin tasdiqlansa, «Gerontologiya» fanida keskin oʻzgarishlar yuz berishi va insonning hozirgidan ham uzoqroq umr koʻrishiga erishiladi. Genetikaning rivojlanishi juda koʻp geriatrik kasalliklarning kamayishiga sabab boʻladi.

Umuman, qarilik davrini qanday aniqlash mumkin? 1963-yil Kiyevda oʻtkazilgan Butun Dunyo Sogʻliqni Saqlash tashkilotlarining qarilik jarayoni haqidagi seminarida qabul qilingani boʻyicha: 45 yoshdan 59 yoshgacha – oʻrta yoshlilar; 60 yoshdan 74 yoshgacha – keksalar; 75 yoshdan 89 yoshgacha-qariyalar; 90 yosh va undan katta yoshdagilar – uzoq umr koʻruvchilar deb hisoblanadi.

Inson hayotida qarish jarayonining kechishi. Qarilik – yosh ulgʻaya borishi bilan organizmda roʻy beradigan qonuniy oʻzgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon boʻlib, bunda organizmning moslashish qobiliyati cheklana

borib, turli patologik o'zgarishlar rivojlanadi va o'lim muqarrarliligi tezlashadi. Ko'p hujayrali murakkab organizmlar umri davomida nafaqat anatomik, balki funksional jihatdan ham ma'lum bir o'zgarishlarni boshidan kechiradi. Bu o'zgarishlar yoshi o'tgan sari ularning tashqi ko'rinishi yoki ularning «nabitus» ida ham namoyon bo'ladi. Qarilikda yuz terisi quruq, burishgan, serajin, ilvillagan, rangsiz tus oladi, yupqalashganligi natijasida teri ostidagi tomirlar bo'rtib ko'rinib turadi. Bosh qismida soch tolalari oqargan, siyraklashgan, ko'zlari nursiz, og'iz bo'shlig'ida tishlar yetishmaydi, umurtqa pog'onasi bukchaygan, harakatlari sustlashgan, qiyinlashgan, mana shular qarilikka xos bo'lgan ayrim belgilardir.

Ko'rish va eshitish qarilikda pasayadi. Qari odamning eti tez-tez junjikadi, bo'yi va vazni ham kamayadi. Erkak kishi 50–85 yoshlar o'rtasida kamida 3 sm. ga, ayollar esa 4 sm. ga pasayadi. Me'yorda erkaklarda tana vazni 40 yoshda, ayollarda esa 50 yoshda maksimal holatida bo'ladi. Yoshi ulg'aygan odam organizmining barcha fiziologiya tizimida asta-sekin o'zgarishlar rivojlanadi va ularning pasaygan imkoniyatlarga moslashuvi yuz beradi.

Organizmida chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involyusion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik o'zgarishlar qarilik atrofiyasi kurinishida, sklerozga moyillik holatida xarakterlanadi. Bu holat moddalar almashinuvining boshqacha bo'lib qolishiga, shuningdek, jinsiy bezlar funktsiyasining susayishiga hamda endokrin muvozanatining buzilishiga, ya'ni yangilanish va yemirilish muvozanatining buzilishiga olib keladi. Qarilikda ro'y beradigan anoreksiya – ishtahaning pasayib ketishi holati bunga yorqin misoldir. Bu holat to'qimalarning yashash uchun zarur bo'lgan energiya manbai, ozuqa moddalariga bo'lgan talabining pasayib ketishi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Qarilik atrofiyasi deganda hujayralarda yuz beradigan regressiv o'zgarishlar yig'indisi, ya'ni hujayralar hajmining, sonining kamayishi va ular protoplazmasida fizikaviy va morfologik o'zgarishlar ro'y berishi, terining yupqalashuvi, suyak va tog'ay to'qimalarining mo'rtlashuvi, teriostiyog' qatlamining yuqolishi tushuniladi. Ayollarda

«mensis» tugaganidan keyin, ya'ni «klimaks» boshlanganidan keyin tuxumdonlar va bachadon kichrayadi. Involjusion jarayonida bosh miya vazni ham kamayadi. Nerv to'qimalarida pigmentli yog'li degeneratsiya va trofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Qon aylanish sistemasida – ateroskleroz holati vazomotor o'zgarishlarga sababchi bo'ladi. Bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi bilan ifodalanadi, arterial bosim ko'pincha ko'tariladi. Yurakda miokardioskleroz qayd etiladi, bu esa yurak faoliyatini susaytiradi, qon aylanish sistemasining yetishmovchiligaga, organlarning ozuqa moddalariga va kislorodga to'yinmasligiga va ma'lum bir klinik simptomlarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Bular bosh aylanishida, xotiraning pasayishida, uyquning buzilishida, oyoq-qo'llarning kuchsizlanishi, qaltirashida va boshqa belgilarda namoyon bo'ladi. Qarilik har bir organizmda individual rivojlanadi. Insonning yoshini kalendar, ya'ni xronologik tarzda o'rganish mumkin. Ko'pincha, qarish jarayoni insonning yoshiga mos kelmaydi. Masalan, 60 yoshli odam organizmda 70 yoshga kirgan odam organizmiga xos bo'lgan struktur o'zgarishlar, funktsiyalar buzilishi kuzatilishi mumkin. Demak, fiziologik qarish bilan bir qatorda, erta qarish jarayoni ham mavjud ekan. Insonning kalendar yoshi biologik yoshidan qancha katta bo'lsa, qarish jarayoni shuncha sekin kechadi, umri uzayadi. Hozirgi tibbiyotning vazifasi erta qarishning oldini olish va unga qarshi kurashdan iborat. Insonning turmush tarzi, ijtimoiy muhit qarishga ta'sir etadigan omillardir.

Gerontologiyada hamshiralik parvarishining o'ziga xos xususiyatlari. Hamshiralik ishi bo'yicha yuksak malakali mutaxassislar mavjudligi odamlar sog'lomligi va jamiyat jadal rivojlanishining muhim omillaridan biridir. Respublikamizda jahon andozalariga mos, davrtalabigato'lajavobberaoladiganshundaymutaxassislartayyorlash uchun izlanishlar olib borilmoqda. Shuning uchun «Gerontologiya»da hamshiralik ishiga: «Gerontologiyada hamshiralik jarayoni», «Gerontologiyada kommunikasiya», «Hamshiralik faoliyati falsafasi» kabi yangi tushunchalar kiritildi. Zamon hamshiralik ishini «fan» sifatida rivojlantirishni taqozo etmoqda. Bugungi hamshira kasallik belgilariga

asoslanib bemorga «Hamshira tashxisi» qo‘ya olishi lozim. Keksa va qari bemorlarning dardini eshita, tushuna olish, ular bilan insoniy muloqotga kirisha bilish, bemor oldida javobgarlikni to‘la his etib, uning sog‘ligini ijobiy tomonga o‘zgartirish shu kunning talabidir. Hamshiralik ishini fan va sanoat darajasiga ko‘targan amerikalik nazariyotchilardan biri V.Xenderson tibbiyot hamshiralarining noyob vazifasi – inson, sog‘lom odam yoki bemorga o‘zining sog‘ligini tiklashi, mustahkamlashi, umrini osoyishta yashab o‘tishga ko‘mak bera oladigan darajada malaka va bilimga ega bo‘lishdan iborat deb hisoblaydi. Demak, gerontologiyada hamshiralik ishining maqsadi quyidagilardan iborat: 1. Keksa va qari yoshdagi kishilarning asosiy ehtiyojlarini tushunmoq. 2. Yoshi o‘tgan va qari kishilarning sog‘lom bo‘lishiga, sog‘ligini saqlashga va tiklashga erishish. 3. Keksa va qari yoshdagi kishilarning o‘ziga-o‘zi qaray olishiga erishish. 4. Vaqti soati kelgan yoki og‘ir, tuzalmas kasallik bilan og‘rigan insonning (keksaning) umrini osoyishta yashab o‘tishiga imkoniyat yaratish. 5. Qariyalar uchun sog‘lom turmush tarzini yuzaga keltirish va rivjollantirish zarur.

Gerontologiyada hamshiralik jarayoni – hamshira tafakkurining va harakatining alohida bir turi. Chunki keksa yoki qari kishilarga qarash, ularni davolash hamshiralardan alohida ma’suliyat, muomala madaniyati, ilmini talab etadi. Gerontologiyada yoshi o‘tgan, keksaygan shaxsning muammosini hal etishda hamshira rejali ravishda ish olib borishi zarur. Hamshiralik jarayoni – dinamik, o‘sib boruvchi va o‘zgaruvchan harakatli jarayondir.

Keksa, qari kishi yoki bemorlarning dardi ko‘p. Demak, ularning parvarishiga bo‘lgan munosabat ham shunga mos ko‘p qirrali bo‘lishi lozim. Boshqacha aytganda qariyalarni parvarishlash rejasi vaziyatga qarab muttasil o‘zgarib turadi. Bu jarayon ularning ehtiyojlarida mujassamlangan. Demak, parvarish rejasi bunday bemorlarning asosiy ehtiyojlariga asoslanib tuziladi.

Hamshiralik jarayoni aniq bir maqsadga yo‘naltirilgan, moslashuvchan jarayon. Hamshiraning ishi shifoxonalarda, oilalarda, qariyalar uylarida, poliklinikalarda olib boriladi. Hamshira bu

jarayonda o'z mutaxassisligi bo'yicha bilimi, iste'dodi, tajribasi va mantiqiy fikrlash qobiliyatini bemorning sog'ligini tiklash, uni parvarish qilishga, muammolarini hal etishga sarflashi zarur. Gerontologiyada hamshiralik jarayoni 5 ta bosqichdan iborat:

1-bosqich. Ma'lumot to'plash, tahlil qilish va ularni baholash. Bu shaxs muammolarini aniqlash va parvarishni rejalashtirish uchun bajariladi. Ushbu bosqichda bemorning holatini kuzatish o'zidan, yaqinlaridan, tanishlaridan, tibbiy kartasidan ma'lumot to'plashdan iborat. Bu bosqichda to'plangan ma'lumot bo'yicha hech qanday xulosa qilinmaydi. Lekin bemorning muammosini bilish uchun undagi kasallikning obyektiv va subyektiv belgilari bilan bir qatorda bemorning asosiy ehtiyoji aniqlanadi. Demak, bemor bilan muloqotda uning asosiy ehtiyojlarini bilish uchun biz har tomonlama mutaxassislik kommunikatsiyasidan foydalanishimiz lozim. Gerontologiyada kommunikatsiya – kekxa yoki qari bemor bilan hamshira o'rtasidagi muloqot bo'lib, bu bemorning shaxsiyatiga tegmaydigan tarzda uning ruhiy kechinmalarini bilish, agar sog'ligiga salbiy ta'sir etsa ularni bartaraf etish yoki yengillashtirish usullarini aniqlab, bemor atrofida psixoemotsional osoyishtalik yaratib, parvarishni olib borishdir.

Hamshira kekxa yoki qari bemor bilan muloqotda mutaxassislik kommunikatsiyasi tamoyillari qoidasiga amal qilishi kerak. Bunda:

1. Muloqotda aniq va ravshan murojaat etish.
2. Faol ravishda eshitish – bemorning dardini tinglay bilish.
3. Savol berish texnikasidan foydalanish.

Kekxa va qari bemorni suhbatga – dardlashishga chorlovchi, tinch, osoyishta muhitni yaratish.

Kekxa bemorning ruhiyati, emotsional holatidan kelib chiqqan holda, muloqot ko'proq ularni qiziqtiruvchi yo'nalishda olib boriladi. Buning uchun alohida faol ravishda eshitish qoidalarini qo'llash zarur.

1. Tashqi qiyofasi bilan (bosh qimirlatish, tasdiqlash). 2. Fikrni davom ettiruvchi so'zlarni ishlatish. Misol uchun: Keyin nima bo'ldi? – Siz uchun ma'qulmi? – va hokazo.

Bemorning fikrini bilish, buning muhimligini bildirish.

Avaylash, g'amxo'rlikni his qildirish.

So‘zlashganda yuz va tana harakatlariga e’tibor berish.

Yoshi o‘tgan va qari kishilar tashvish – muammosini hal etish uchun uning mohiyati negizini qayta-qayta aniqlash va bilib olishga erishish. Buning uchun verbal (so‘z orqali), noverbal (harakat orqali) muloqot turidan foydalanish zarur.

Inson yoshi o‘tganda, keksayganda katta hayotiy tajribaga ega bo‘ladi. Bunday odamlar hamshiraning muloqotidan o‘ziga nisbatan munosabatni va hamshira haqidagi ma’lumotni ham bilib olish qobiliyatiga ega bo‘ladi.

Muloqotda ma’lumotning 30% gapda ifodalanadi. Bunda 7% so‘zdan, 13% ohangidan, 10% mazmunidan bilib olinadi. 70% ni esa tashqi ko‘rinish: qo‘l, yuz, tana harakati bilan, hatto hid orqali bilib olish mumkin.

Kommunikatsiyada savol berish usulidan to‘g‘ri foydalanish zarur. Savollar uch xil yo‘nalishda beriladi.

1. Yopiq savollar – izoh talab qilmaydigan savollar. Misol: Siz bugun yaxshi uxladigizmi? Ha yoki yo‘q.

2. Ochiq savollar – izoh talab qiladigan savollar. Misol: Nega bugun yaxshi uxlay olmadingiz?

3. Yo‘naltiruvchi savol – fikrni davom ettirishga undovchi savol. Misol: Balki havo ta’sir qilgandir? Demak, savol berish qoidasi bemorning muammosini chuqur aniqlash uchun yordamchi vosita hisoblanadi.

Hamshiralik jarayonining barcha bosqichlarida hamshira kommunikatsiya tamoyillariga amal qilishi kerak.

2-bosqich. Hamshiralik tashxisi. Ya’ni kasallik etiologiyasi va klinik belgilarga asoslanib, bemorning asosiy muammosi aniqlanadi va belgilab olinadi. «Hamshira tashxisi» – Hamshiralik jarayonining asosidir. Hamshira tashxisini qo‘yishdan maqsad, bemorning ahvoriga va kasallikning kechishiga to‘g‘ri baho berishdir. Bemor bilan kommunikatsiyada bo‘lish bemorda kasallik oqibatida paydo bo‘lgan muammolarni aniqlash, shu asosida bemorni kuzatuv kundaligini olib borish, bemorni sog‘lomlashtirishni tashkil qilishdir. Hamshira hamshira tashxisi qo‘yishda nazariy bilimlarni egallash bilan birgalikda

mukammal amaliy ko'nikmalarga ham ega bo'lishi kerak. Bemor muammosini aniqlashda MASLOU ehtiyojlar pog'onasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

MASLOU pog'onasida keksa yoki qari kishining o'z kasaliga yoki holatiga munosabati, kasalikni yengishiga ishonchi, umuman fiziologik jarayonlar kechishiga qanday munosabatda bo'lishi va bunga nima ta'sir ko'rsatishi, tashqi muhitning ta'siridan o'zini himoya qila olish, olmasligi, yordamga muhtoj, muhtoj emasligi, o'zini jamiyat, yaqinlari bilan hamnafas his etishi yoki yolg'izlanib qolganligi kabi holatlar aniqlandi. MASLOU pog'onasiga asoslanadigan bo'lsak inson pog'onaning eng pastki qatoridagi ehtiyojlarini qondirgandagina yuqori pog'onadagi ehtiyojlarga intilishi mumkin. Ehtiyojlar va talab pog'onasi pastdan yuqoriga qarab quyidagi tarzda joylashadi: 1. Hayotiy zaruratdan kelib chiqqan holda ehtiyojlarni qondirish. 2. Xavfsizlikka ishonch, barqarorlik, erkinlikni his qilish (pul, sug'urta, oila, do'stlar). 3. Odamlar bilan muloqotga bo'lgan ehtiyojini qondirish (yolg'izlik – katta muammo). 4. O'zini-o'zi hurmat qilish (ehtiyoj qondirilmasa odam o'zini kuchsiz, ishonchsiz sezadi). 5. Yaratishga, yashnatishga, rivojlantirishga ehtiyoj (san'at, sport, ijod) sezishi zarur.

3-bosqich. Muammoni hal qilish yo'llarini rejalashtirish. Rejalashtirish imkoni boricha bemor bilan birgalikda olib boriladi. Hamshira bemor holatini yengillashtirish, kasallik asoratlarning oldini olish, ya'ni bemorning sog'ligi muammolarini hal qilish rejasini tuzadi va buni hamshiraning kuzatish kartasiga belgilab boradi.

4-bosqich. Rejalashtirilgan vazifani bajarish va uni hujjatlashtirish. Bu bemorni parvarishlash va ma'lumotlarni navbatchi hamshiraga topshirish uchun parvarishlash jarayonini qayd etib borishdir.

5-bosqich. Yakuniy natijani, xulosani baholash yoki parvarish rejasi asosida olib borilgan ishlardan ijobiy natija olingan yoki olinmaganligini baholash, agar kerak bo'lsa, hamshiralik tashxisini o'zgartirib yangi tashxis asosida boshqa reja tuzish va muolajani shu asosda olib borishdan iborat.

Xulosa qilib aytganda, hozirgi zamon talabiga javob bera oladigan yetuk hamshira gerontologiya faniga tayangan holda, keksa va qari yoshdagi kishilarga nafaqat kasallik paytida, balki fiziologik qarish jarayoniga moslashish, to‘laqonli hayot faoliyatini davom ettirishda yordamchi mutaxassis bo‘lishi shart.

GERIATRIK YORDAMNI TASHKIL QILISH

Aholi sonining qariyalar hisobiga ortib borishi geriatrik yordamini to‘g‘ri tashkil qilish, uning tibbiy va ijtimoiy asoslarini bilishni taqozo etadi. Qariyalarga yordam ko‘rsatish, sog‘liqlarini tiklash faqat tibbiy choralalar bilan cheklanib qolmay, balki masalaga ijtimoiy nuqtai nazardan yondoshishni talab qiladi. Bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatish bilan bir qatorda, uning ish qobiliyatini tiklashga, ruhiy tetikligini oshirishga va Qizil Yarim Oy jamiyati bilan aloqani o‘rnatishga yordam bermoq lozim. Yolg‘iz yashaydigan, o‘ziga-o‘zi xizmat qila olmaydigan qariyalar uchun qariyalar uyi tashkil qilingan bo‘lib, ularda barcha shart-sharoitlar yaratilgan.

Geriatriyada qon aylanish doirasining yoshga aloqador o‘zgarishlari va kasalliklari, qon tomirlarning morfologik o‘zgarishlari kuzatiladi. Yirik qon tomirlar devorlarida sklerotik o‘zgarishlar, muskul qavatining atrofiyasi va elastikligining susayishi namoyon bo‘ladi. Bu esa qon tomirlarning kengayishi va qisqarish qobiliyatini pasaytirib, qon aylanishini izdan chiqaradi, arterial bosim ko‘tariladi. Miokarddagi sklerotik o‘zgarishlar yurak qisqarishlarini kamaytiradi. Shu nuqtai nazardan qarilik yoshidagi ayollar organizmini zo‘riqtirmaydigan jismoniy mashqlar, sekin-asta piyoda yurish, tez va oson hazm bo‘ladigan ovqatlarni ichak faoliyatini tartibga soluvchi oziq va moddalarni iste‘mol qilishi, shaxsiy gigiyena qoidalariga qat‘iy rioya qilishlari ko‘proq toza havoda sayr qilishlari lozim. Kasal bo‘lib yotib qolgan paytlarida yotoq yalarining oldini olish parvarishlarini, o‘pka ventilyasiyasini kuchaytirish mashqlarini hamshira yordamida bajarishlari kerak.

Bu borada ayniqsa, qarovchisi bo'lmagan qariyalarning uylariga doimiy ravishda sog'ligini nazorat qilish, kerakli hamshiralik parvarishini tashkillashtirish maqsadida maxsus hamshiralar biriktirilishi maqsadga muvofiqdir. Bu masala Qizil Yarim Oy jamiyati hamda oilaviy poliklinikalar xodimlari bilan hamkorlikda amalga oshirilishi lozim.

Nazorat savollari:

1. Klimakterik davr haqida tushuncha.
2. Klimakterik davrda tuxumdonda bo'ladigan o'zgarishlar.
3. Jinsiy gormonlarning kamayishi natijasida organizmdagi o'zgarishlarning ro'y berishi.
4. Klimakterik sindrom.

Tayanch so'z va iboralar:

Klimaks
Menopauza oldi davri
Klimakterik davr
Klimakterik sindrom
Neyro vegetativ o'zgarishlar
Psixosotsial o'zgarishlar
Urogenetal simptomlar
FSH gormoni
LH gormoni Keksalik.
Qarilik.

XIX BOB.

GINEKOLOGIK KASALLIGI BO'LGAN MIJOZLARGA KO'RSATILADIGAN HAMSHIRALIK PARVARISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Ginekologiya (*gyne* – ayol, *logos* – ta'limot) ayollar jinsiy a'zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganuvchi fandir.

Ginekologiya terapiya, xirurgiya va boshqa tibbiy fanlar bilan birgalikda klinik meditsinaning asosini tashkil etuvchi ixtisoslar jumlasiga kiradi.

Ginekologiya bo'limi ixtisoslashtirilgan turli statsionarlar tarkibiga (ko'p tarmoqli shifoxonalar, tug'ruq komplekslari, onkologik, silga qarshi kurash, endokrinologik dispanserlar) kirishi mumkin.

Umumiy ixtisosdagi ginekologiya bo'limi xirurgik yo'l bilan davolanishga va konservativ yo'l bilan davolanishga muhtoj kasallarga mo'ljallangan bo'limlardan iborat: qabul bo'limi, palatalar, tekshirib ko'rish, bog'lash, muolaja xonalar, oshxona, xodimlar xonasi, meditsina hamshirasi postlari, katta va kichik operatsiya xonalari, operatsiyadan keyingi xona, endoskopik xona, tuvak va kleyonkalar yuviladigan va quritadigan xonalar.

Asosiy hujjatlar: Registratsiya qilish jurnali. Kasallik tarixi F №003/U. Homiladorlikni to'xtatish (abort) tibbiy kartasi F №027/U. Statsionardan chiqish varaqasi F № 027/u. Perinatal o'lim to'g'risida guvohnoma F № 106 – 2/u. O'lim to'g'risida guvohnoma F – 106 /U

AYOL JINSIY A'ZOLARI KASALLIKLARINING HOZIRDAGI HOLATI

Ayol jinsiy a'zolar kasalliklari orasida tuzaladigan va tuzalmaydigan kasalliklar mavjud. Tibbiyot rivojlanishi bilan ba'zi tuzatib bo'lmaydigan kasalliklarning ham, hozirgi kunda davosi topilmoqda.

Hozirgi kunda tibbiyotda yaratilayotgan dori vositalardan kasalliklarni davolashda samarali foydalanilmoqda. Jarrohlik amaliyoti zarur bo'lganda yangi tibbiy texnologiyalardan laparoskopiya yordamida a'zolari davolash va jarohatni olib tashlashda qo'llanilmoqda. Shu bois a'zolar amputatsiyasi kamaydi. Bunday jarrohlik usulidan so'ng, bemorni shu kuni uyga qaytarish imkoniyati bo'lib, tez muddatda sog'ayish kuzatilmoqda. Ammo ba'zi xavfli o'smalar va surunkali kasalliklarni hali-hanuz davolash imkoniyati mavjud emas.

O'zbekistonda ayollar sog'ligi holati 100000 aholi soniga ko'rib chiqilganda ko'rsatkichlar quyidagicha: xavfli o'smalar 75,5 bo'lib, boshqa davlatlarga nisbatan pastroq ko'rsatkich, ammo ko'krak bezi xavfli o'smalari nisbatan yuqori ko'rsatkichni beradi. Bachadon tanasi va bo'yni xavfli o'smalari 12,4, tuxumdon o'smalari 4,2 % ni tashkil etadi.

O'zbekistonda bepushtlik 8,2, yuqumli va parazitlar kasalliklari 1000 ta aholi soniga olinganda 377,4 ni tashkil etadi (2003 yil Goskomstatning salomatlik statistikasi ma'lumotidan).

GINEKOLOGIK BEMORLARGA TASHQI OMILLARNING TA'SIRI

Ovqatlanish. Ovqatlanish sog'lom turmush tarzini shakllantirishda katta ahamiyatga ega bo'lib, uni sifatini yaxshilaydi. To'g'ri ovqatlanish nafaqat qabul qilayotgan ovqatning turiga, balki uning hajmi, qabul qilingan vaqti va boshqa ovqatlar bilan mosligiga ham bog'liq.

To'g'ri ovqatlanishdagi 10 ta qadam: 1. O'simlik bilan boy bo'lgan mahsulotlar. 2. Kraxmal bilan boy bo'lgan mahsulotlar ovqat miqdoridagi sarf bo'ladigan ozuqani yarmini tashkil qilishi lozim. 3. Sabzavotlar va ho'l mevalar har xil turda bo'lishi. 4. Go'sht mahsulotlari iste'mol qilinadigan ozuqaning 10 % ni tashkil etishi. 5. Sut va sutli mahsulotlar yog'siz bo'lishi kerak. 6. Yog' mahsulotlari iste'mol qilinadigan ozuqalarni 15–30 % ni tashkil etishi lozim. 7. Osh tuzi bir kunda 6 g dan oshmasligi kerak. 8. Tana vazni me'yordan oshmasligi.

9. Jismoniy faol bo'lish. 10. Bir xil mahsulotlardan ko'p egandan ko'ra, turli xil mahsulotlardan kam-kam iste'mol qilish kerak.

Tashqi omillarning salbiy ta'siri. Tashqi omillarning salbiy ta'siri somatik kasalliklar va jinsiy a'zolar kasalliklarini yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Bu omillar xavfli omillar deyiladi. Bir nechta xavfli omillar yig'indisi kasallik kelib chiqishi hollarini ko'paytiradi.

Kasallik belgilari bo'lmagan insonlar sog'lom hisoblanadilar, lekin xavfli omillari aniqlanganligi sababli bu insonlarda kasallik rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Kasallik keltirib chiqarishi xavfi bo'lgan bir necha guruh omillar aniqlangan:

Klimatik (iqlimiy) – atmosfera bosimi noturg'unligi, quyosh nurlari ta'siri, quruq havo, shamol, chang, issiq iqlim kiradi. Iqlimning nojuya ta'sirida quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuzatiladi: gipo va gipertenziya kasalliklar revmatizm, buyrak kasalliklari endokrin tizim kasalliklari.

Ekologik – atmosfera, yerning, suvning, oziq-ovqatning ifloslanishi, yo'l va transportning yomon holati. Bunday hollarda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuzatiladi: xavfli o'smalar, qon aylanish tizimi kasalliklari, ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari, travmatizm (shikastlanishlar).

Mehnat sharoiti – kimyoviy va fizik omillar, tayanch va harakat tizimi, sezgi a'zolarining ta'sirlanishi, zo'riqish va gipodinamiya. Bunday hollarda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuchayadi: nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish a'zolari, siydik-tanosil a'zolari o'sma kasalliklari, endokrin va qon aylanish tizimi kasalliklari.

Ijtimoiy-iqtisodiy – stresslar, genetik omillar, irsiy moyillik. Bunda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuchayadi: asab tizimi kasalliklari, qon aylanish sistemasi kasalliklari, nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish a'zolari va xavfli o'smalar.

Zararli odatlar – chekish, noto'g'ri ovqatlanish, mehnat sharoitining nojo'ya ta'siri, moddiy-maishiy sharoitning yomonligi, narkotiklar, alkogol va dori moddalarni suiste'mol qilish. Oiladagi notinchlik, yolg'izlik, madaniy turmush tarzining pastligi, urbanizatsiyaning yuqori darajasi. Bunda barcha a'zolar va tizimlarda kasalliklar kuzatilishi mumkin.

Tibbiy omillar – profilaktik tadbirlarning samarasizligi, tibbiy yordamning vaqtida ko‘rsatilmasligi va malakali emasligi.

Yuqorida ko‘rsatilgan omillar ayol jinsiy a‘zolarida kasalliklar rivojlanishiga ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

JINSIY A’ZOLAR KASALLIKLARIDA MIJOZLARNING XUSUSIYATLARI

Jinsiy kasalliklarni bir tizim kasalliklar deb qaramasdan balki ayol hayoti davrlarida har bir kasallik xususiyatlarini ko‘rib chiqish lozim. Mijozni tushunish uchun uning vaziyatiga kirib ko‘rish kerak, ya’ni hozirgi kundagi o‘rni (jamiyatdagi va oiladagi o‘rni), o‘tmishdagi kechinmalarni tushunish, uning ruhiyatidagi jarohatlarni (kasalliklar, ularni davolash usullari, keyingi asoratlari) va moddiy yetishmovchiligini e’tiboriga olishi kerak. Ayol jinsiy a‘zolari kasalliklarida inson huquqlarini hisobga olgan holda xususiyligini muhofaza qilish lozim. Tibbiy muassasalarda, ayniqsa homiladorlik vaqtida, yuqumli kasalliklar bilan kasallanganda, OITS va boshqa kasalliklar bilan kasallanish holatlarida xususiylikni muhofaza qilish kerak. Yuqorida ko‘rsatilgan kasalliklar jinsiy a‘zolarga ta’luqli bo‘lganligi sababli tekshirish va yordam ko‘rsatish vaqtida mijozning uyalishi, o‘zini noqulay his qilishi, qo‘rquvini tushinib yetgan holda hamshira ortiqcha gap so‘zsiz uni tushunishi va og‘rig‘ini qoldirishi uchun mijozga sharoit yaratishi kerak.

HAMSHIRALIK PARVARISHINING O‘RNI VA MAQSADI

Hamshiralik parvarishi bu ko‘rikdan o‘tayotgan mijozning ruhiy holatini tushunib, unga to‘g‘ri yordam ko‘rsatishdan iborat. Kerak bo‘lganda statsionarga yotqizish, to‘g‘ri parvarish ko‘rsatish, shifoxonadan chiqqach uyida va ishxonasida xotirjam ishlashi uchun g‘amxo‘rlik qilish va qulay sharoit yaratish lozim. Jinsiy a‘zolardagi kasalliklar og‘riq va qon ketish kabi belgilar bilan o‘tadi. Qo‘shimcha belgilardan, ko‘ngil aynishi, qusish, isitma ko‘tarilishishi mumkin.

Bunday hollarda hamshiralik parvarishida sababni topish va belgilarni yumshatishdan iboratdir. Kechiktirib bo'lmaydigan hollarda qattiq og'riq, ichki va tashqi qon ketish kabi belgilar inson hayotiga xavf soladi va gospitalizatsiya qilishni talab etadi. Statsionarda mijozning holatini aniqlash uchun unga hamshiralik parvarishi ko'rsatiladi. Mijoz kuzatiladi va hayoti uchun muhim bo'lgan ko'rsatkichlar tekshiriladi. Parvarish ko'rsatilayotganda og'riqni qoldirgan holda tekshirish va muolajalarni bexatar o'tkazish kerak. Shoshilinch yordam ko'rsatilganda mijoz tomonidan tushunmovchilik kuzatilishi mumkin. Bunday hollarda mijozga bu muolajalarning ahamiyatini hamda ularni jismoniy og'riq qoldirish uchun zarurligini tushuntirib berish lozim.

Jismoniy yordam nafaqat kechiktirib bo'lmaydigan hollarda, balki hayz vaqtidagi og'riqlarda, qorin pastidagi bel va bel sohasidagi og'riqlarda va boshqa hollarda ham ko'rsatiladi. Bunday hollarda mijozga o'z-o'zini parvarishlashi kerakligini tushuntirib o'rgatilishi lozim. Agar mijozga jarrohlik amaliyoti o'tkaziladigan bo'lsa, hamshiralik parvarishi jarrohlikdan oldin va keyin yuzaga keladigan og'riqlarda ham ko'rsatilishi kerak. Bunda jarrohlik muolajasi va anesteziya turiga bog'liq parvarish ko'rsatiladi. Jarrohlikdan so'ng og'riqlar kuzatilishi mumkin, asoratlarni oldini olish va tez kunlarda mijoz sog'ayib ketishi uchun hamshiralik parvarishini to'g'ri olib borish zarur, buning uchun mijoz holatini o'zgartirib turishi kerak, chunki bu ilmiy isbotlangan hamshiralik parvarishining asosi hisoblanadi.

Muolajalarni bexatar o'tkazish maqsadida bemorni tekshirishda hamda tashxislash o'tkazganda hamshiralik parvarishi katta ahamiyatga ega. Ginekologik kasalliklarda hamda somatik kasalliklarda tekshirish asosiy usul hisoblanadi. Bunday hollarda bemorga tekshirish usuli haqida tushuntirish va uning ruxsatini olish kerak. Mijoz bunday vaziyatda o'zini noqulay sezib, uyalishi mumkin. Shuning uchun mijozni tekshirayotganda u bilan gaplashib, uyatli joylarni berkitib turish kerak.

Ruhiy ijtimoiy yordam. Og‘riqni jismoniy qoldirish tez yordamni talab etadi. Buni esa ruhiy ijtimoiy yordamsiz to‘liq amalga oshirib bo‘lmaydi. Ko‘p hollarda yordam ko‘rsatishda jismoniy, ruhiy va ijtimoiy yordam barobar ko‘rsatiladi. Bu og‘riqlarni ba‘zan bir og‘iz so‘z bilan ham qoldirish mumkin. To‘g‘ri aytilgan so‘z mijozning bezovtaligini hamda qo‘rquvini qoldirishda katta ahamiyatga ega.

Mijozning oilasi uchun qo‘llanma. Hamshira o‘rni – bu nafaqat yordam ko‘rsatish, balki mijoz holatini tushunish hamda tez fursatda sog‘ayishi uchun pedagogik qobiliyatga ega bo‘lishi lozim. Pedagogik pozitsiya bu mijozning o‘z sog‘lig‘ini nazorat qilishini o‘rgatishdir. Bu usul yordamida mijoz jinsiy yo‘l bilan yuqadigan yuqumli kasalliklardan va turli xil yallig‘lanish kasalliklardan saqlanishi mumkin. Jinsiy a‘zolarining nuqsonlarini aniqlash maqsadida maktab, oila va ish joylarida sanitar-oqartuv ishlari olib borishga ega bo‘lish ham pedagogik pozitsiya hisoblanadi.

XX BOB.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologik kasalliklar subyektiv (shikoyatlar, anamnez) va obyektiv tekshirish ma'lumotlariga asosan aniqlanadi (diagnoz qo'yiladi).

Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish umumiy va maxsus tekshirishdan iboratdir. Maxsus tekshirish 2 qismdan iborat:

1. Asosiy tekshirish usullari: tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish, ko'zgular yordamida tekshirish, qin orqali tekshirish: a) qinni tekshirish, b) ikki qo'llab qin va ichki jinsiy a'zolari tekshirish – bimanual (vaginal-abdominal tekshirish), to'g'ri ichak orqali tekshirish: a) rektal va rekto – abdominal yo'l bilan tekshirish. b) rekto – vaginal yo'l bilan tekshirish.

2. Qo'shimcha tekshirish usullari: kolposkopiya, bachadonni zondlash, qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punktsiya qilish, biopsiya, rentgenologik tekshiruv, ultratovush tekshiruv, laboratoriya usulida tekshirish (siydik chiqarish kanalidan, qindan, bachadon bo'ynidan laboratoriya tekshiruv uchun surtma olish, qon va siydik tahlillari), endoskopik tekshiruv, funksional diagnostik tekshiruv usullaridan iborat.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Bemorning asosiy shikoyatlarini bilib, oldingi hayoti va boshdan kechirgan kasalliklari to'g'risida, ushbu kasallikning qanday boshlanganligi to'g'risida ma'lumotlar olinadi. Dastlab umumiy ma'lumotlarni: bemorning familiyasi, ismi, otasining ismi, oilaviy ahvoli, kasb-

kori, yoshi, turmushi va ovqatlanish sharoitlari, zararli odatlari bor yo'qligini bilish kerak.

Bemorning yoshi muhim ahamiyatga ega, chunki bitta simptomning o'zi ayol kishi hayotining turli davrlarida har xil kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin. Bemorning kasb-kori, mehnat sharoitlarini bilish ko'pgina patologik, jarayonlarning sabablarini aniqlab olishga yordam beradi. Masalan: Og'ir yuk ko'tarish, tik oyoqda uzoq turib ishlash ayol kishi jinsiy a'zolarining noto'g'ri holat olishiga yo'l ochadi. Ishlab chiqarishda mehnat – sanitariya gigiyena sharoitlari va xavfsizlik texnikasi buzilgan chog'larda vibratsiya, kimyoviy va radioaktiv moddalarga yaqin yurish ayollarning hayz ko'rish funksiyasiga va bola tug'ish funksiyalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Uzoq muddat sovuqotish yoki haddan tashqari issiqlab ketish bilan aloqador ish yallig'lanish jarayonining qo'zishiga olib kelishi mumkin. Umumiy ma'lumotlarga ega bo'lgandan keyin uni vrachga kelishga majbur qilgan shikoyatlarini aniqlash kerak. Ginekologik bemorlar odatda og'riq borligi, oqchil kelayotgani, hayz sikli buzilganligidan (bachadondan qon ketayotganligi yoki hayz ko'rmasligidan), farzandsizlikdan noliydi.

Og'riqlar ginekologik kasalliklarda (vaqti-vaqti bilan tutib turadigan, kemirayotgandek bo'lib seziladigan, mudom simillab turadigan) ular zo'rligi, seziladigan joyi, xarakteri, tarqaladigan joyi jihatdan har xil. Anamnez yig'ishda irsiyatga ahamiyat berish kerak. Bemorning ota onalari yoki yaqin qarindoshlarida xronik infeksiyalar (sil va boshqalar, ruhiy, tanosil, o'sma kasalliklari, qon kasalliklari, moddalar almashinuvi kasalliklari, alkogolizm borligi bemorning ana shu kasalliklariga moyil-moyil emasligini aniqlab olishga yordam beradi). Bemorni so'rab surishtirish hayot anamnezini go'daklik davridan boshlab aniqlab olinadi. Ginekologik kasalliklarning sabablarini aniqlab olishda ilgari umuman boshidan kechirilgan dardlarning ahamiyati katta. Odamning tez-tez angina, revmatizm bo'lib turgani, jigar kasalliklari, neyroinfektsiya va boshqa kasalliklar bilan og'rigani aksari hayz funksiyasining buzilishiga jismoniy va jinsiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishga olib keladi.

AKUSHERLIK-GINEKOLOGIK ANAMNEZ

Ayol organizmi spesefik funktsiyalari: hayz, jinsiy, bola tugʻish va sekretor funktsiyalarining xususiyatlari toʻgʻrisidagi maʼlumotlarni oʻz ichiga oladi. Soʻrab surishtirishni birinchi marta qachon hayz kela boshlaganini (menarxe), hayz funktsiyasining tipini (hayz sikli va hayzning qancha davom etishi, keladigan qon miqdori, ogʻriq boʻlish-boʻlmasligini), qachon soʻnggi marta hayz boʻlganini aniqlashdan boshlash kerak. Jinsiy funktsiya xususiyatlari: jinsiy hayotning qachon boshlangani, jinsiy hissiyot, jinsiy aloqa vaqtida koʻriladigan oʻzgarishlar (ogʻriq sezilishi, jinsiy aloqadan keyin qon aralash ajralmalar kelishi), boʻyida boʻlishdan saqlanish (kontratsepsiya) usullari ginekologik kasalliklar bilan bevosita bogʻlangan boʻladi. Diagnostika aniqlashda bemor erining yoshi va salomatligi ham katta ahamiyatga ega. Bola tugʻish funktsiyasining xarakterini aniqlab olishda ayol kishining necha marta boʻyida boʻlgani, homiladorlikning qanday oʻtgani va oqibati nima boʻlgani sinchiklab surishtirib bilib olinadi. Bemor farzandsizlikdan noliydigan boʻlsa, avval qanday tekshirishlar va davo qilib koʻrilganini aniqlab olish kerak. Sekretor funktsiya xarakteri jinsiy yoʻllardan patologik ajralmalar (oqchillar) kelish-kelmasligi va bularning miqdori haqidagi maʼlumotlar aniqlanadi. Koʻpincha vulva, qin, bachadon boʻyni va jinsiy sistema yuqorida yotgan aʼzolarining har xil etiologiyali yalligʻlanish kasalliklari oqchillar kelib turishiga sabab boʻladi. Oqchillar bachadon polipi va rakning belgisi boʻlishi mumkin. Oqchil suyuq, suvsimon, yiringsimon, shilimshiqsimon, tvorogsimon boʻlishi mumkin.

Akusherlik – ginekologik anamnez xususiyatlarini aniqlab, bilib olgandan keyin mazkur kasallik anamneziga oʻtiladi. Mazkur kasallikning qay tariqa avj olganligi toʻgʻrisidagi maʼlumotlar: uning qachon paydo boʻlganligi, abort, tugʻruqlar, birga davom etib kelayotgan kasalliklar, hayz, sovuqotish, umumiy infektsiya va qilingan davoning xarakteri va natijalari toʻgʻrisidagi maʼlumotlar alohida diqqatga sazovordir.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologik kasalni obyektiv tekshirish umumiy va maxsus tekshirishdan iborat. Umumiy tekshirish organizmning ahvoli to'g'risida umuman tasavvur hosil qilishga imkon beradi. Bemorni umuman ko'zdan kechirib, (tana tuzilishi, tipi, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoli, jun qoplaminig xarakteri, sut bezlarining holati va nechog'lik rivojlanganligini aniqlash) a'zo va sistemalarni umuman meditsinada qabul qilingan usullar bilan tekshiriladi. Ko'zdan kechirib chiqishdan tashqari qorinni va ko'krak qafasini palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya qilinadi.

Keyingi umumiy tekshirish tana harorati, arterial bosimni o'lchab ko'rish, qon, siydik va axlatni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish. Ginekologik bemorni tekshirish uchun ginekologik kresloga yoki qattiq kushetkaga yotqiziladi. Kresloning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi, tizzalardan bukilib, ikki yonga keng kerilgan oyoqlar oyoq tutgichlarda turadi. Ayolning ichi kelmagan bo'lsa tozalovchi huqna qilinadi. Bemor qovug'ini bo'shatib olishi kerak.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNI KO'ZDAN KECHIRISH

Jun qoplaminig tipiga, katta va kichik jinsiy lablar tuzilishiga, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining holati, qin dahlizidagi parauretral va katta bezlar chiqarish yo'llari; oraliq hamda orqa chiqaruv teshigi sohasining ahvoliga ahamiyat beriladi.

Qin dahlizini ko'zdan kechirish uchun jinsiy lablarni chap qo'lnig bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan ochib ko'riladi. Jinsiy yoriqning qanchalik ochilib turganiga ahamiyat beriladi. Bemorga kuchanib ko'ring deb, buyurib qin devorlari va bachadonning pastga tushgan – tushmaganligi aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin ko'zgular yordamida tekshiriladi.

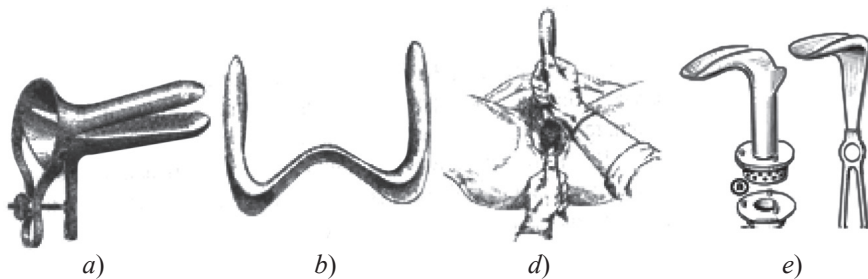
KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

Tabaqali (Kusko) va qoshiqsimon (Sims) ko'zgularidan keng foydalaniladi. Meditsina hamshirasi ko'zgu solish texnikasini bilishi kerak. Chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar ochilib, tabaqali ko'zgu yumilgan holda qinning o'rtasiga qadar kiritiladi. Ko'zguni ko'ndalangiga burib, tabaqalar ochiladi. Qoshiqsimon ko'zgu avval qirrasi bilan qinning orqa devori bo'ylab kiritiladi, so'ngra, ichkari kiritilgach, ko'ndalangiga burilib, orqa tomonga – oraliq tomonga tortiladi. Oldingi ko'zgu bilan qinning oldingi devori ko'tarib turiladi. Ko'zgular bilan tekshirishda bachadon bo'yining shakli (konussimon, silindrik, deformatsiyaga uchragan bo'lishi mumkin), holati, katta kichikligi, shilliq pardasining rangi, patologik jarayonlar bor yo'qligi aniqlanadi. Ko'zguni chiqara borib qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

QIN ORQALI TEKSHIRISH (ICHKI)

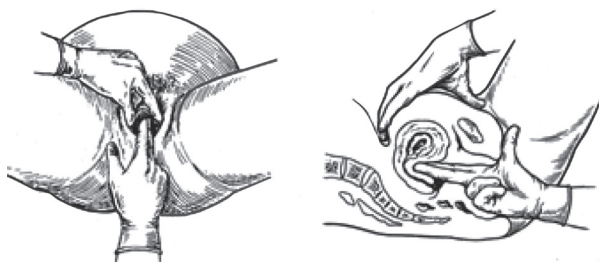
Oraliq, chanoq tubi muskullari, uretra, qin daxlizi katta bezlari, qin devorlari va bachadon bo'yni qin qismining holatini aniqlashga imkon beradi.

Ikki qo'llab tekshirish (bimanual, vaginal-abdominal tekshirish) bachadon, bachadon ortiqlari, qorin pardasi chanoq qismi va chanoq kletchatkasi kasalliklarini aniqlash maqsadida qo'llaniladi. Avval bachadon tekshirilib, uning holati, katta kichikligi, shakli, konsisten-



6-rasm.

a – Kusko kuzgusi; *b* – Sims kuzgusi; *d* – kuzgularni kiritish; *e* – ko'targichlar.



7-rasm. Ayollarni ikki qo‘l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish.

siyasi, harakatchanligi, og‘rish-og‘rimasligi aniqlanadi. Ikki qo‘llab tekshirishda bachadon yuqori, past, oldingi tomonga va ikkala yon tomonga bir qadar suriladi, lekin keyin avvalgi holatini egallaydi. Shu narsa harakatchanligini fiziologik xarakterini belgilaydi. So‘ngra bachadon ortiqlarini tekshiriladi. Ikkala qo‘l barmoqlari (tashqi va ichki tomondan) bachadon burchaklaridan chanoqning yon devorlariga qarab asta-sekin suriladi. O‘zgarmagan bachadon naylari qo‘lga sezilmaydi, tuxumdonlar kichikroq tuxumsimon tuzilmalar paypaslanadi.

Rektal va rekto-abdominal tekshirish – qizlarda qin atreziyasi yoki stenozi mahalida, shuningdek jinsiy sistemada yallig‘lanish yoki o‘sma jarayonlari bo‘lganida qo‘llaniladi. Tekshirishni rezina qo‘lqop ustidan barmoqqa vazelin surilgan napalchnik kiyib tekshiriladi.

Rekto-vaginal tekshirish. Qin orqa devori yoki to‘g‘ri ichak oldingi devori kasalliklarida foydalaniladi. Bunda qinga ko‘rsatkich barmoq, to‘g‘ri ichakka esa o‘ng qo‘lning o‘rta barmog‘i kiritilib, tekshiriladi.

GINEKOLOGIYADA QO‘SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Kolposkopiya – bachadon bo‘yni qin qismini kolposkop yordamida 10–30 baravar kattalashtirilgan holda ko‘zdan kechirish. Bu rak oldi holatini aniqlashga, bachadon bo‘ynida rakni dastlabki darajalarida gumon qilishga, bachadon bo‘ynidan nishonga olib turib biopsiya qilinadigan joyni tanlab olishga imkon beradi. Kolpo-

skopiyani o'tkazish uchun hamshira 2 ta bankachada 3% li sirka kislotasi eritmasi (bachadon bo'yni yuzidagi shilimshiqni olib tashlash uchun) va lyugol eritmasi (Shiller sinamasini qilib ko'rish uchun) tayorlab qo'yish kerak. Bu kengaytirilgan kolposkopiya uchun qo'llaniladi.

Bachadonga zond solish. Buning uchun bachadonning vaziyatini aniqlab, bo'yni va devorlarida o'smalari yoki shikastlangan joylari bor yo'qligini bilish uchun sm larga bo'lingan maxsus metall zond – bachadon zondi ishlatiladi.

Meditcina hamshirasi qoshiqsimon ko'zgular, tugmachali qisqichlar (pulevoy qisqich), korntsang va bachadon zondi, qin va bachadon bo'yni shilliq pardasini tozalash uchun paxta sharchalar bilan dezinfektsiyalovchi eritmalarini tayyorlab qo'yish kerak.

Qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punktsiya qilish. Qorin bo'shlig'idagi suyuqlik tabiatini (unda ekssudat, qon, yiring bor yo'qligini) bilish maqsadida, bachadondan tashqari homiladorlik deb gumon qilganida bajariladi. Buning uchun hamshira qoshiqsimon ko'zgu, kornsang, tugmachali qisqich, teshigi keng o'tkir uzun igna (Bir ignasi) va shu ignaga mo'ljallangan shpris, dezinfektsiyalovchi eritmalar, paxta sharchalar tayyorlashi kerak.

Biopsiya qilish – kesib olingan to'qimani gistologik tekshirishdan o'tkazish uchun foydalaniladi. Xavfli o'sma deb gumon qilinganda, bachadon bo'yni, qin hamda tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi patologik o'zgargan joydan biopsiya olib ko'riladi. Kesib olingan to'qima bo'lagi 10 % formalin yoki spirtli bankaga solinadi, gistologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Hamshira quyidagi steril asboblarni tayyorlashi kerak: qoshiqsimon ko'zgu, tugmachali qisqich (Myuzo qisqichi), kornsang, xirurgik uzun pinset, skalpel yoki konxotom, igna, igna tutgich, qaychilar, tikuv materiallari tamponada qilish uchun 8–10 sm steril bint, konxotom ishlatilsa elektrokoagulyasiya qilinadi.

Rentgenologik tekshirish – usullarida ginekologiyada gisterosalpingografiya – ya'ni kontrast modda yuborgandan keyin bachadon, bachadon naylari rentgen suratini olish ko'p qo'llaniladi.

Kontrast moddalar (kardiotrast, diodtrast, diofen, verografin) suvda tayyorlanadi. Yodolipol – yog‘da tayyorlanadi. Shprisga ulangan maxsus nakonechnik orqali bachadon bo‘shlig‘iga yuboriladi. Gisterosalpingografiyada bachadon bo‘shlig‘i katta kichikligi va shaklini, bachadon naylari o‘tkazuvchanligini o‘zgartira oladigan patologik jarayonlarni (submukoz mioma, poliplar rivojlanish nuqsonlarini) aniqlanadi. Hamshira bemorga tozalovchi huqna qo‘yadi, tekshirish oldidan siydik pufagini bo‘shatishiga ko‘z-quloq bo‘lib turadi. Kerakli asboblarni tayyorlaydi. Ko‘zgularni ushlab turadi. Asboblarni yig‘ishtirib, yuvib oladi.

Ultratovush yordamida tekshirish – zichligi har xil bo‘lgan to‘qimalarning ultratovush energiyasini har xil darajada yutish xossasiga asoslangan. Aks etgan impulsar elektron nur trubkasining ekranida exogrammalar ko‘rinishida qayd qilib boriladi.

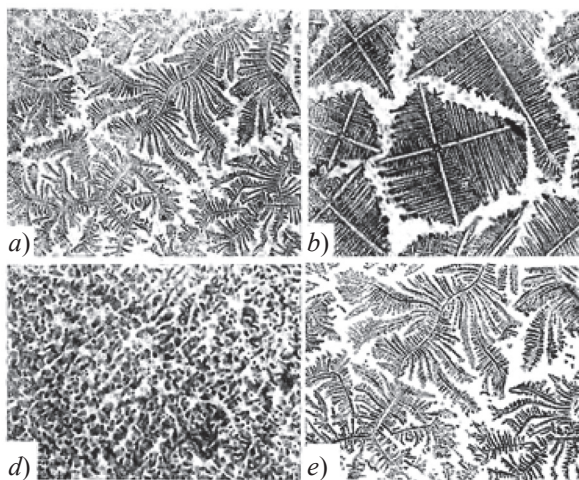
Bakterioskopik tekshirishda qin, bachadon bo‘yni kanali va uretradan chiqadigan ajralmalar tekshiriladi. Bemor surtmalar olinishiga 2 soat qolganida siymasligi kerak. Hamshira 2 ta buyum oynachasini tayyorlab qo‘yishi shart. Har bir oyna maxsus qalam bilan 3 qismga bo‘linadi. Biriga U, (bu *urethra* degan ma‘noni bildiradi), ikkinchisi C harfi (*cervix* – bachadon bo‘yni), uchinchisi V harfi (*vagina* – qin) yozib qo‘yiladi. Ayol ginekologik kresloga yotqizilib, avval uretradan surtma olinadi, buning uchun qinga kiritilgan barmoq bilan uretra ohista massaj qilinadi. Uretradan material salgina qirish yo‘li bilan olinadi, U belgisi qo‘yilgan buyum oynasiga doiracha ko‘rishida tushiriladi. Bachadon bo‘yni kanalidan, so‘ngra qin orqa gumbazidan pinset yoki kornsang bilan olinadi (shtrix belgilab qo‘yiladi). Surtmalar quritilib, keyin tegishli yozuv bilan laboratoriyaga yuboriladi.

So‘zak kasalligi gumon qilingan bemorlarda **provokatsiya** o‘tkaziladi. Provakatsiya – organizmga maxsus ta‘sir ko‘rsatib, yallag‘lanish jarayonini qo‘zg‘ashiga qaratilgan chora-tadbirlardir. Fiziologik, biologik, termik, ximik, mexanik va alimentar provakatsiyalar tafovut qilinadi.

Endoskopik tekshirish usullari bemor jinsiy a‘zolarini maxsus optik asbob yordamida ko‘zdan kechirib chiqish. Kolposkopiya,

gisteroskopiya, laporoskopiya va kuldoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya qoʻllaniladi. **Laparoskopiya** anesteziya ostida oldingi qorin devoridan teshik ochilib, asbobni shu teshik orqali qorin boʻshligʻiga kiritib koʻriladi. **Kuldoskopiya** asbob qin orqa gumbazi orqali kiritiladi. Bunda kichik chanoq aʼzolari koʻzdan kechiriladi. **Sistoskopiya** – qovuq ichki yuzasi koʻzdan kechiriladi. Rektoro-manoskopiya – toʻgʻri va sigmasimon ichaklar ichki yuzasi koʻzdan kechiriladi.

Funksional diagnostika usuli – bu tuxumdonning gormonal funktsiyasiga baho berishda qoʻllaniladi. **1. Bazal haroratni oʻlchash.** Toʻgʻri ichak, qin, ogʻiz haroratini oʻlchash ishlari kiradi. Oʻzbekiston Respublikasida hayz siklini tartibga soluvchi markazning gipertermik taʼsiriga asoslangan. Oʻrinda yotgan holda har kuni 1 soatda, 1 ta (almashtirilmagan) termometrni toʻgʻri ichakda 5–10 daqiqa qoʻyilib, harorati oʻlchab, yozib boriladi. Bir necha oy davomida olingan natija grafikka tushirilib, oʻshanga qarab estrogen va progesteron muvozanati, yana ovulyatsiya bor yoʻqligi aniqlanadi. Estrogen –



8-rasm. Bachadon boʻyni kanali shilligʻining arborizatsiya (qirg boʻgʻin) simptomi.

a, e – arborizatsiya simptomi yaqqol koʻzga tashlanadi (+++); *b* – arborizatsiya simptomi qisman rivojlangan (+); *d* – arborizatsiya simptomi manfiy (–).

progesteron muvozanati, normada bo‘lib, ovulyatsiya bo‘lgan holatda grafikda 2 faza (interpretatsiya) kuzatiladi. Ya’ni, 1-faza gipotermiya fazasi bo‘lib, T-37°C gacha, ovulyatsiyadan keyin T-38,4°C gacha ko‘tariladi. Bu ma’lumot ovulyatsiya bo‘lib, sariq tana taraqqiyoti natijasida progesteron yetarli darajada ajralayotganligidan dalolat beradi.

2. «Ko‘z qorachig‘i fenomeni». Bu usul yordamida estrogen gormonining konsentratsiya holati aniqlanadi. Hayz siklining follikulyar fazasida bachadon bo‘yni kanalidagi bezlar ko‘p miqdorda shilliq ajratadi. Estrogen – follikulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ularning miqdori oshib boradi. Ovulyatsiya davrida sekret ko‘payadi. Sekret oshgan sari bachadon bo‘ynining tashqi teshigi kengaya boradi. 0,25-0,3 sm gacha. Hayz siklining 8–9 chi kunidan boshlab ko‘z qorachig‘iga o‘xshab ketadi. Bachadon bo‘yni kanalida tiniq shilliq bo‘lib, bachadon ichi qorong‘u bo‘lganligi uchun qoramtir ko‘rinadi. Estrogen bachadon bo‘ynidan ajraladigan shilliqni suyultiradi, progesteron quyultiradi va kamaytiradi. Ko‘z qorachig‘i fenomeni quyidagicha belgilanadi: a) agar (–) bo‘lsa (manfiy) aniq emas; b) agar (+) bo‘lsa (musbat) biroz aniq; d) agar (++) bo‘lsa, bachadon bo‘ynini kanalining tashqi teshigi 0,2 sm ochiq, qisman aniq; g) agar (+++) bo‘lsa 0,3 sm ochiq, shilliq ko‘p, estrogen yetarli.

3. Bachadon bo‘yni shillig‘ining kristallga aylanish belgisi (arborizatsiya, kristalizatsiya, qirq bo‘g‘im fenomeni). Bachadon bo‘yni kanalidan ajraladigan shilliq tarkibida natriy xlor bo‘lgani sababli, uni olib xona haroratida quritilsa, kristalga aylanadi, paportnik bargi shaklini oladi, buni mikroskop ostida kuzatiladi: a) (–) estrogen kam, kristalizatsiya yo‘q, shilliq amorf holatda, Hujayra elementlari to‘plangan holatda. b) (+) estrogen oz miqdorda bo‘ladi, kristalizatsiya aniq bo‘lmaydi, ayrim shoxchalar va kristallar ko‘rinadi. d) (++) estrogen qisman bor, paportnikning aniq shakli ham bor, shakli yupqa. e) (+++) estrogen maksimal holatda, kristallar yirik, turkum turkum bo‘lib joylashgan, paportnik shakli aniq, uning shoxlari qalin.

4. Bachadon bo‘yni kanali shillig‘ining cho‘zilish darajasini aniqlash. Uzun pintset yordamida bachadon bo‘yni kanalining shillig‘i olinib, uni cho‘zib ko‘riladi. Uning maksimal cho‘zilish darajasi ovulyatsiya vaqtiga to‘g‘ri keladi.

a) (+) shilliq 6 sm gacha cho‘ziladi, estrogen kam miqdorda.
b) (++) shilliq 8–10 sm gacha cho‘ziladi, yetarli darajada estrogen bor.
d) (+++) shilliq 10–15 sm cho‘ziladi, estrogen gormonlari maksimal konsentratsiyada. Sitologik tekshirish usulida rak kasalliklari aniqlanadi.

Nazorat savollari:

1. Ginekologiya fani nimani o‘rgatadi?
2. Ginekologiya bo‘limining tuzilishi va hujjatlari.
3. Ginekologik bemorlarni so‘rab surishtirish.
4. Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish.
5. Ginekologik bemorlarni asosiy tekshirish usullari.
6. Ginekologik bemorlarni qo‘shimcha tekshirish usullari.

Tayanch so‘z va iboralar

Anamnez	UTT
Qin ko‘zgulari	Endoskopik tekshirish
Qin orqali tekshirish	Menarxe
Kolposkopiya	Sekretor funktsiya
Kuldoskopiya	Oqchillar
Laparoskopiya	Provakatsiya
Sistoskopiya	Arborizatsiya
Rektoromonoskopiya	Bachadonni zondlash
Biopsiya	

XXI BOB.

HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA PREDMENSTRUAL SINDROM

Balogʻatga yetgan, boʻyida boʻlmagan, ayol organizmida navbat bilan takrorlanuvchi murakkab oʻzgarishlar roʻy beradi, bu oʻzgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Normal hayz koʻrish sikli har 28 kunda, 30–35 kunda, 21 takrorlanib turadi. Hayz faoliyatining buzilishiga: asab ruhiy kasalliklar, ginekologik kasalliklar, tashqi muhit, hayotning umumiy moddiy maishiy sharoiti, ovqatlanish buzilganligi, yuqumli kasalliklar, tuxumdonda jinsiy gormon ishlab chiqish siklining oʻzgarishi sabab boʻlishi mumkin.

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

1. Amenoreya – 6 oy va undan koʻproq muddatgacha hayz koʻrmaslik.
2. Disfunktional qon ketish (anovulyator, yuvenil qon ketish).
3. Siklik oʻzgarishlar (gipomenustral sindrom va gipermenustral sindrom).

Gipomenoreya – hayzning juda oz kelishi. **Oligomenoreya** – hayzning qisqa bir ikki kun davom etishi. **Opsomenoreya** – hayzning oʻrtada 35 kundan koʻproq vaqt oʻtkazib, ahyon ahyonda kelishi. **Gipermenoreya** – hayz vaqtida bir talay qon kelishi. **Polimenoreya** – hayzning 7 kundan koʻproq davom etishi. **Proyomenoreya** – har 15–20 kunda tez-tez hayz koʻrish. **Algodismenoreya** – hayz qonining ogʻriqli kelishi. **Atsiklik qon ketishlar** – metrorragiya. Shuningdek quyidagi sindromlar shaklida ham namoyon boʻladi: a) hayz oldi-predmenstrual sindrom; b) klimakterik sindrom; d) postkastratsion sindrom.

Prepubertat davrda qizlar juda ko‘p qon yo‘qotib, kamqon bo‘lib qolishi mumkin. Aqlan, ruhan charchash, jismonan charchash, endokrin bezlar kasalliklari, modda almashinuvining buzilishi bilan davom etadigan kasalliklar (yog‘ bosishi), ovqatlanishning buzilishi, ekstragenital kasalliklar sabab bo‘lishi mumkin. Qizlarning barvaqt balog‘atga yetishi sababli haddan tashqari erta hayz ko‘rishi (menstruatsiya proecox) hodisasi ham hayz ko‘rish funksiyasining buzilishiga kiradi. Masalan 8–10 yoshda hayz ko‘rish. Bunda ikkilamchi jinsiy belgilar ham barvaqt ko‘zga tashlanadi (qovga, qo‘ltiq ostiga jun chiqadi, chanog‘i kattalashadi, tashqi jinsiy a‘zolar va sut bezlari taraqqiy etadi). Barvaqt balog‘atga yetishning etiologiyasi hamma vaqt ochiq ravshan bo‘lavermaydi. Tuxumdon o‘smalari (ko‘pincha teratomalari), shuningdek gipofiz, buyrak usti bezlari va boshqa a‘zolarining o‘smalarida kuzatilgan.

Haddan tashqari kech hayz ko‘rish 20–21 yoshda kechikkan hayz ko‘rish (menstruatsiya tarda) deyiladi. Bunday hollarda infantilizm belgilari kuzatiladi.

AMENOREYA

Tasnifi: amenoreya – 6 oydan ko‘proq muddatgacha hayz ko‘rmaslik. **Fiziologik amenoreya** – qiz bola balog‘atga yetguncha, prepubertat davrda, klimakterik (menopauza) davrda, homiladorlik davrida, bir necha vaqtgacha bola emizish (laktatsiya) davrida hayz ko‘rmasligi fiziologik amenoreya hisoblanadi. **Patologik amenoreya** – azaldan hayz funksiyasi bo‘lmay kelayotgan bo‘lsa **birlamchi amenoreya**, qandaydir kasallik munosabati bilan davom etib kelayotgan hayz to‘xtalib qolsa, **ikkilamchi amenoreya** deyiladi. **Soxta amenoreya** – qizlik pardasi teshigi bo‘lmasligi (atrezia hymeni), qinning bo‘lmasligi (atrezia vagini), bachadon bo‘yni kanalining bitib qolishi kabi anomaliya holatlarida siklik o‘zgarishlar sodir bo‘lgan bachadon shilliq qavatidagi funksional qatlam ko‘chib, hayz qoni tashqariga chiqmasdan qolish hollari soxta amenoreya hisoblanadi. Soxta amenoreyalar hamshiralik amaliyotida muhim ahamiyat kasb etadi. Aksariyat hollarda qishloq joylarida

yashaydigan qiz bolalarda balogʻatga yetsa ham hayz koʻrmasligi, bir necha sikldan keyin qorinda hayz koʻrik kunlari kelganda qattiq ogʻriq boʻlishi, qorin pastki qismida shish paydo boʻlishi koʻpincha qiz bolalar appendisit yoki oʻtkir qorin diagnozi bilan operatsiya boʻlishiga, qorin boʻshligʻida oʻsma bor degan taxmin qilinishiga sabab boʻladi. Bunday xatolar amaliyotda koʻp uchraydi. Shuning uchun birinchi marta qizlar bilan hamshira duch keladi, buni yaxshi bilishi zarur. **Chin amenoreya** – qiz bolaning jinsiy yetilish davridan boshlab umuman hayz koʻrmaslik holati. Aksariyat hollarda bachadon atreziyasi (bachadon boʻlmasligi), tuxumdonlar gipoplaziyasi natijasida organizmning esterogen gormonlari bilan taʼminlanmasdan qolishi, gipofiz – gipotalamus sistemasidagi keskin oʻzgarishlar sabab boʻlishi mumkin.

Bachadondan **atsiklik**, yaʼni siklga aloqasiz holda qon kelib turish xollari (**metroragiya**) odatda hayz funksiyasining buzilishiga bevosita aloqador boʻlmaydi va ayollar jinsiy aʼzolarida oʻsmalar paydo boʻlganda kuzatiladi. Asosan submukoz fibramiomalar, bachadon boʻyni va tanasi raki rivojlangan hollarda. Bachadondan **disfunktsional, yuvenil qon ketish, anovulyator (bir fazali)** qon ketish hollari, gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon sistemasidagi neyroendokrin regulyasiyaning patologik tarzda oʻzgarishi munosabati bilan boshlanadi. Ayni vaqtda bir yoki bir necha follikula funksiyasi buzilib, uzoq choʻzilib, **ovulyatsiya** sodir boʻlmaydi, **sariq tana** hosil boʻlmaydi. Bunday patologik jarayonlarda tuxumdonlarda siklik ravishda jinsiy gormonlar ishlanib chiqishi buziladi va odatda ayol organizmiga estrogenlar uzoq taʼsir etib turadi.

Klinikasi: Uzoq qon ketish, koʻp qon ketish, kamquvvatlik, ikkilamchi anemiya.

Diagnostika: Bachadon tanasining shilliq pardasidan diagnostika maqsadida qirma olib, tekshirib koʻrilganda endometriyning giperplaziyaga uchragani maʼlum boʻladi. Bazal haroratni oʻlchash, qin epiteliyasining sitologiyasini aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Davolash. Gormonal gemostaz deganda 3–5 kun davomida (ketyotgan qon toʻxtaguncha) esterogen gormonlari (sinestrol, dietil-

stelbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan ineksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib qonni to'xtatish mexanizmi tushuniladi.

ANOVULYATOR, YUVENIL QON KETISHLAR

Sabablari: 1. Endokrin bezlarning birortasi asosan gipofiz bezining faoliyati buzilishi. 2. Infektsiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining buzilishi. 3. Ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishiga fermentlar stimulyatsiyasining yetarli bo'lmashligi. 4. Biror bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi. 5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi. 6. Markaziy nerv tizimida (gipotalamo-gipofizar tizimdagi) o'zgarishlar (qattiq hayajon, qo'rqish ta'sirida).

ANOVULYATOR QON KETISH

Yuqorida qayd etilgan sabablarga ko'ra follikulalar yorilmasdan qolib, ular mayda kistachalarga aylanishi yoki follikula yetilmasdan atreziyaga uchrashi oqibatida bir fazali hayz sikli rivojlanishi – anovulyator hayz sikli deyiladi. U yuvinel qon ketishi, klimakterik qon ketishlar shaklida namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Anovulyator yuvenil qon ketishi hayzning to'xtab qolishi (7–8 hafta davomida) ya'ni hayz kelish muddatidan bir yarim ikki oy o'tib ketib, birdaniga bachadondan kuchli qon ketishi bilan xarakterlanadi. Ba'zan normal hayz ko'rish bir muncha qisqargan holda, yuvenil qon ketish bilan almashinib turadi. Kamqonlik kasalligiga olib keladi.

Yuvenil qon ketish deganda qiz bolalarning balog'atga etish davridagi anovulyator qon ketish tushuniladi.

Jinsiy taraqqiyot davri – jismoniy jinsiy jihatdan farq qiladi. Ularda biologik yetilish tez ro'y beradi, ammo pubertat yoshining 1 – fazasi boshlanishi sekinlashib, kattaroq yoshga yetganda qon ketish surunkali bo'ladi.

Diagnostikasi. Bemorning shikoyatlari anamnezi va obyektiv tekshirish usullari yordamida aniqlanadi. Qo‘shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi, muhim diagnostika ahamiyatga ega.

Davolash: Prepubertat davrdagi qon (yuvencil) ketishda – estrogenli gemostaz, progestinli gemostaz, bachadon bo‘ynini elektrostimulyatsiya qilish, siklik gormonal terapiya o‘tkazish. Gormonal gemostaz deganda 3–5 kun davomida (kelayotgan qon to‘xtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, dietilstilbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan in‘eksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib reflektor yo‘l bilan qonni to‘xtatish mexanizmi tushuniladi. Pubertat davrdagi qon ketishda – gormonal gemostaz. Yetuklik davridagi qon ketishda – bachadon shilliq pardasini qirish, bachadon ichiga yod yuborish, bachadon bo‘ynini elektrostimulyatsiya qilish va krioterapiya, siklik gormonal terapiya, estrogen-gestogen dori vositasi bilan davolash. Klimakterik davrdagi qon ketishda – bachadon shilliq qavatini qirish, gormonal gemostaz, bachadon ichiga yod yuborish, estrogen-gestogenlar, gormonlar ta’sirida tuxumdon funksiyasini so‘ndirish.

Profilaktikasi. Hayz funksiyasi buzilishi hollarining profilaktikasi ona qornida ayol jinsidagi homila rivojlanayotgan davrda, jinsiy sistema vujudga kelib, tabaqalanishga kirishadigan mahalda boshlanadi.

Antenatal, homila muhofazasiga doir chora-tadbirlarni ko‘rish kerak. Homilador ayolni noqulay tashqi muhit omillaridan (ximiyaviy moddalar, nur energiyasi, dori-darmonlarning salbiy ta’siridan) infeksiya, virusli kasalliklardan saqlash kerak.

Sog‘lom turmush tarzi, to‘g‘ri ovqatlanish, ekstragenital, ginekologik kasalliklarni vaqtida davo qilish – hayz funksiyasining buzilishini oldini olishga imkon beradi.

Predmenstrual sindrom, klimakterik sindrom, postkastrasion sindromlar – asosiy neyro endokrin sindromlar hisoblanadi.

Predmenstrual sindrom – hayz siklining ikkinchi yarimida hayz boshlanishiga bir necha kun qolganda bosh og‘rishi, ko‘ngil aynishi,

et uvishishi, uyqusizlik, tajanglik, yig'loqilik, taxikardiya va boshqa patologik simptomlar kuzatilishi mumkin. Bunday o'zgarishlar siklik tarzda paydo bo'lib turishi, hayzdan keyin yo'qolishi mumkin.

Davosi: Psixoterapiya, umumiy tetiklantiruvchi chora-tadbirlar, tinchlantiradigan, siydik haydaydigan dori vositalari va jinsiy gormonlar buyuriladi.

Klimakterik sindrom – his tuyg'ulari ko'p tug'yonga keladigan, shuningdek 46–50 yoshga kelib, organizmi qayta tuzilayotganda, ichki a'zolarining xronik kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda avj oladi.

Klinikasi. Birdan qizib ketgandek seziladi, terlash, yurak o'yna-shi, bosh og'rishi, et uvishishi, bo'g'ilish, ko'ngilni vahima bosish, yurak sohasida og'riq, qo'l oyoqlar uvishib turishi kabi klinik manzara ko'zga tashlanadi.

Postkastratsion sindrom – tuxumdonlar olib tashlangandan keyin kasallik boshlanadi. Klinikasi klimakterik sindromday.

Postkastratsion sindrom uchun asteniya (asteniya odam o'zini bequvvat, charchoq sezishi, xotira pasayishi bilan ifodalaydi) avj olib borishi, shuningdek odamning semirib, ateroskleroz paydo bo'lishi xarakterlidir. Davosi. Klimakterik va postkastratsion sindromga qilina-digan davo umuman tetiklantiradigan chora-tadbirlar (suv muolaja-lari, davo gimnastikasi, massaj). Parhez tutish, tinchlantiruvchi dori-darmonlar (seduksen, frenolon, tazepam valeriana preparatlari), vitaminlar, jinsiy gormonlar beriladi.

ALGODISMENOREYA

Hayz ko'rish kunlari qattiq betob bo'lib, tibbiy yordam olish uchun murojaat qiladigan qizlar uchrab turadi. Qorinning pastki qismi, bel, dumg'aza sohasida lo'qillab, g'ijimlab, sanchib turadigan og'riq, yoki dapqir-dapqir tutib turadigan og'riq sezilishi mumkin.

Algodismenoreyada og'riq turli vaqtda, hayz ko'rishga bir necha kun qolganda, hayz ko'rish vaqtida, hayz ko'rish oxirida, hayz ko'rish davomida kuzatilishi mumkin. Sabablari. Bachadonning noto'g'ri joylashadi, yallig'lanish kasalliklari, infantilizm, nevrasteniya, iste-riyada, o'smalarda, og'riqli hayz kuzatilishi mumkin.

Davosi: Asosiy kasallikning davo chorasini ko‘rish. Simptomatik davo. Og‘riq refleksini keltirib chiqaradigan sabablarni bartaraf qilish. Dismenoreya bo‘lgan ayollarning nerv psixik holatini davolash. Nerv kasalligi sababli kelib chiqqan bo‘lsa bemorni vrach nevropatologga yuborish. Gimnastika, sport bilan shug‘ullanish, fizioterapiya, gormonoterapiya. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

HAYZ VAQTIDAGI GIGIYENA VA HAMSHIRA PARVARISHI

Hayz vaqtida ayol odatdagi ishlarini bajarib yurishi mumkin. Biroq charchash, jismoniy zo‘riqish, sovuq qotish va haddan tashqari isib ketishdan saqlanishi kerak. Hayz oldidan va hayz vaqtida achchiq, sho‘r taomlar va spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish man etiladi. Hayz qoni bemalol oqib, maxsus gigiyenik paxta dokali taglikka shimdirilishi lozim. Tashqi jinsiy a‘zolari kuniga 2–3 marta iliq qaynagan suv bilan yuvish kerak. Vannaning o‘rniga dush qabul qilish tavsiya etiladi, chunki vannadagi ifloslangan suv qinga tushishi mumkin. Bir marta ishlatiladigan gigiyenik paketlar ko‘p qon ketadigan ayollarga ma‘qul hisoblanadi, chunki u qonni ushlab olish xususiyatiga ega. Tamponlar tor kiyim ostida ham bilinmaydi, sport musobaqalarida qatnashish va raqsga tushishga xalaqit bermaydi.

Ajralmalar miqdoriga qarab gigiyenik paket, tampon va taglikni har 3–6 soatda almashtirib turish kerak. Hayz davrida gigiyenik muolajalar tez-tez bajariladi.

Ogohlantirish. Qinda qolib ketgan tampon ahvolning yomonlashishiga va bakteriyalar ko‘payishiga, zararli mahsulotlarining so‘rilishi natijasida toksik shokka sabab bo‘lishi mumkin. Tamponlarni muntazam almashtirib turish bunday asoratning oldini oladi.

Nazorat savollari:

1. Hayz siklining buzilishi tasnifi.
2. Amenoreya. Amenoreya turlari, kelib chiqish sabablari, davolash.
3. Algodismenoreya, sabablari, klinikasi, davosi.
4. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

XXII BOB.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifiga uchta tamoyil asos qilib olingan.

Etiologik omil kasallik qo'zg'atuvchisi infeksiyon, mexanik, termik, kimyoviy, tromboz, qon quyilishi, to'qimalarning nekrozga uchrashi kabi omillar. **Infektsiyaning tarqalishi** limfagen yo'l bilan, gematogen yo'l bilan, kanalikulyar yo'l bilan. **Klinik o'tishi** o'tkir, yarim o'tkir, surunkali va kasallikning qayta qo'zg'alish davri. **Kasallik chaqiruvchi mikroblarning guruhlari** septik yallig'lanish kasalliklari, spesefik yallig'lanish kasalliklari. **Kasallik qamrab olgan joyiga qarab** tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi. **Infektsiya ekzogen va endogen yo'l bilan yuqadi.** Kasallikning klinik o'tishi qo'zg'atuvchisining virulentligiga, hamda organizm himoya kuchining xususiyatlariga bog'liq.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI

Vulvit – asosan jinsiy lablar yallig'lanishi. Ayol qinga kirish sohasi achishib, og'rib turganidan, qichishuvdan noliydi. Ko'zdan kechirilganda to'qimalar qizarib, shishgani, yiringsimon ajralmalar kelayotgani ko'rinadi, yaralar ham topilishi mumkin.

Davosi: 2% li borat kislota eritmasi, moychechak damlamasi, bilan yuvib tozalab sintomisin yoki streptosidli emulsiya surtiladi yoki primochka qilinadi ya'ni eritmasi shimdirilgan salftetka bilan yopib qo'yiladi.

Bartolinit – katta vestibulyar bezlarning yallig‘lanishi. Katta jinsiy lab sohasi qattiq og‘rib, shishib ketishi va infiltratsiya paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Yallig‘lanish yiringli bo‘lsa, tana harorati ko‘tariladi. O‘tkir bosqichda bemorga o‘rnidan turmay yotishi, zararlangan bez sohasiga muzli xalta qo‘yish antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari buyuriladi.

Yiringli yallig‘lanishda xirurgik yo‘l bilan davo qilinadi. Yiringlagan joyni yorib, bo‘shlig‘iga 10% gigipertonik natriy xlor eritmasiga ho‘llangan trundalar, so‘ngra Vishnevskiy mazi surtilgan trundalar qo‘yiladi. So‘rilish bosqichida fizioterapevtik davo UVCh qo‘llaniladi.

ICHKI JINSIY A‘ZOLARNING YALLIG‘LANISHI

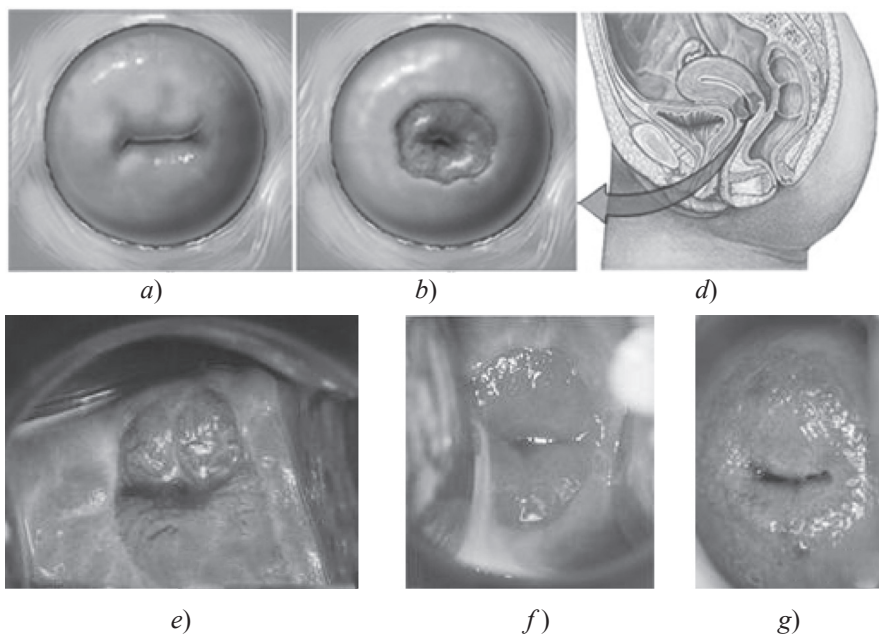
Kolpit – qinning yallig‘lanishi. Oqchil kelishi, qinning qichishib og‘rib turishi. Ko‘zdan kechirilganda qin devori qizargan, shishgan, ba‘zan och qizil tusli mayda toshmalar va yiring g‘uborlari borligi ko‘rinadi. Trixomonadali kolpitda ajralmalar sarg‘ish yashil ko‘pikli, zamburug‘li kolpitda, suzmasimon, oq massa ko‘rinishida. Kasallikni keltirib chiqaruvchi qo‘zg‘atuvchini hisobga olib davo qilinadi. Qiz bolalarda vulvovaginit ko‘proq uchraydi. Sababi – ostrisalar, yot jismlar qinga kirib qolganda paydo bo‘ladi. Davo yo‘li etiologik faktorga bog‘liq.

Endotservitsit – bachadon bo‘yni kanali shilliq pardasining yallig‘lanishi. Klinikasi. Oqchil kelib turishi, dumg‘aza sohasida tortib cho‘zayotgandek bo‘lib seziladigan og‘riqlar tutib turishi. Qin ko‘zgulari yordamida ko‘zdan kechirib qaralsa, bachadon bo‘yni kanali qizargan, bachadon bo‘yni kanalidan shilimshiq yiringli ajralmalar kelib turgani topiladi.

Davosi. Antibiotikli, sulfanilamidli dori darmonlar. Qinni chayib, mazli tamponlar qo‘yish. Bachadon bo‘yni kanaliga protorgol yoki lyugol eritmasi surib qo‘yiladi.

Bachadon bo‘yni eroziyasi – Bachadon bo‘yni tashqi teshik atrofidagi ko‘p qavatli yassi epiteliyning zararlanishi, yara bo‘lishi. Bachadon bo‘yni qin qismi ko‘p qavatli yassi epiteliylarning defekti

chineroziya deyiladi. Bachadon bo'yni kanalidan chiqadigan patologik ajralmalardan ta'sirlanib, eroziya paydo bo'ladi. Chin eroziya och qizil rangda, noto'g'ri shaklda, sal tejinganda qonaydi. Bachadon bo'yni qin qismi epiteliylarining defekti yaralangan sohasiga silindrik epiteliylar o'sib qoplab, go'yoki yara tuzalayotgan holatga keladi. Aslida bu holat tuzalish emas – soxta (psevdo) eroziya holati hisoblanadi. Silindrik epiteliylar eroziyalangan sohadagi faoliyat ko'rsatib, sekret ajratib turgan bezlarning yo'lini bekitib qo'yadi va sekret to'plangan joyda mayda-mayda pufakchalar paydo bo'ladi, ularni Nabotov tuxumchalari (ovuli Nabotici) deb aytiladi. Psevdo eroziyada- silindirsimon epiteliy bilan to'lishib, eroziya yuzasi och qizil bo'lib ko'rinadi. Eroziyalar bachadon bo'yni kanalining yirtilib ketgan joylaridagi shilliq pardasi ag'darilib qolganda ham hosil bo'ladi (eroziya ektropioni).



9-rasm.

a – bachadon bo'yining sog'lom holda ko'rinishi; *b, d, e, f, g* – bachadon bo'yni eroziyasining har xil ko'rinishlari.

Davosi: Shifobaxsh vannachalar, mikrobg qarshi preparatlar, tamponlar qo'yiladi. Biopsiyadan keyin elektroagulyasiya. Krioterapiya. Lazer bilan davolash yangi usul hisoblanadi.

Endometrit – Bachadon shilliq qavatining yallig'lanishi. Klinikasi qorinning pastki va dumg'aza sohasida simillab og'rib turishi. O'tkir shaklida tana haroratining ko'tarilishi, taxikardiya, et uvishishi ko'zga tashlanadi. Bimanual tekshirishda bachadon bezillab og'rishi, qisman kattalashuvi, bachadondan yiringli chiqindi kelishi kuzatiladi.

Salpingoofarit – (adneksit) Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi. Yallig'lanish jarayonlari zo'rayib borsa, bachadon ortiqlari sohasida xaltasimon yiringli o'sma – tubovarial o'sma (pio – saktosalpinks) paydo bo'ladi. Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi farzandsizlikka, bachadondan tashqari homiladorlikka, hayz funktsiyasining buzilishiga olib keladi.

Parametrit – Bachadon atrofi kletchatkasining yallig'lanishi. Qorin pastida, oyoqlar va dumba sohasida og'riq, zo'r og'riqlar tufayli siyish va hojatga borishning qiyinlashib qolishi, umumiy ahvol yomonlashuvi, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Parametral infiltrat yiringlaganida qovuq yoki to'g'ri ichakka yorib chiqishi mumkin.

Pelvioperitonit – Kichik chanoqdagi qorin pardasining yallig'lanishi bo'lib, qorinning pastida qattiq og'riq. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi. Qusish, qabziyat va qorin damlash hollari kuzatiladi. Intoksikatsiya belgilari: pulsning tezlashishi, arterial bosimning pasayishi, og'izning qurib qolishi, holsizlanishi bilan xarakterlanadi.

Peritonit – qorin pardasining tarqoq yallig'lanishi bo'lib, yiringli pelvioperitonitning zo'rayishi yoki bachadon ortiqlaridagi yiringlagan joylarning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Bunda intoksikatsiya zo'rayib borib, tana haroratining yuqori darajasigacha ko'tarilib ketishi, qorinning barcha bo'limlarida qorin pardasi ta'sirlanishiga xos alomatlarining ro'y rost sezilishi bilan xarakterlanadi. Operativ yo'l bilan davolanadi.

JINSIY A'ZOLAR YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH

Umumiy quvvatni oshiruvchi dorilar, bachadonni qisqartiruvchi preparatlar, antibakterial terapiya, sulfanilamid preparatlari, dezintoksikasion terapiya, disensebillovchi terapiya, simptomatik davo, mahalliy davo, fizioterapevtik davo muolajalarini qo'llash tavsiya etiladi. Kasallikning o'tkir davrida yotoq rejimi, tinchlik, qorinning pastki qismiga muz xalta qo'yiladi. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarining profilaktikasi: hayz paytida, tug'ruq, abortdan keyin, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilib borish. Jinsiy hayot gigiyenasiga amal qilish. Abortlarni oldini olish. Organizmdagi barcha surunkali kasalliklarning o'choqlarini bartaraf etish.

QIZ BOLALARDA KO'PROQ UCHRAYDIGAN GINEKOLOGIK KASALLIKLAR

Vulvit – tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi.

Sabablari: 1. To'g'ri ichakdan o'tadigan gijjalar tufayli jinsiy a'zolarida qichishish yuzaga keladi va jarohatlangan teridan infektsiya kirishi; 2. Semirib ketgan qizlarning ko'p terlashi natijasida qichishib, terlar orqali tashqi jinsiy a'zoga infektsiya kirishi; 3. Follikulit, piodermit, chipqonlar ham infektsiya manbai bo'lib xizmat qiladi; 4. Siydik ta'sirida bichilib, vulvit paydo bo'ladi; 5. Qin va bachadondan turli kasalliklar natijasida ajraladigan chiqindilar sababli vulvit paydo bo'lishi mumkin.

Davosi: Tashqi jinsiy soha tuklarini olib tashlab, gigiyenik omillardan foydalanish, antiseptik eritmadlar bilan yuvish. Bemor o'rinda yotishi, ovqatlanish rejimiga rioya qilish, umumiy quvvatni oshiradigan dorilar tavsiya etish.

Vulvovaginit – tashqi jinsiy a'zo va qinning yallig'lanishi. Spesefik va nospesefik yallig'lanishga bo'linadi. Vulvovaginitlarni keltirib chiqaradigan sabablar asosan yosh qizlarda qinga yot jismlarning kirib qolishi (o'yinchoqlarning mayda qismlari va shunga o'xshash narsalar), ko'pincha gijja kasalliklari (ostrisa),

shikastlanishlar hisoblanadi. Diagnostikasida bemor qiz bolalarni ko'zdan kechirish, o'zidan va onasidan anamnez yig'ish, quloq voronkasi orqali vaginoskopiya qilish, sistoskopni qizlik pardasidan ohista kiritib, vaginoskopiya qilish etarli samara beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi mumkin.

Davolash: Ingichka kateter yordamida dezinfektsiya qiladigan eritmalar rivanol (1:5000), Furatsilin (1:10000), vodorod peroksidi 3% li eritmasi bilan qinni chayiladi. Qinga ekmalin (10MLN), penisillin 30000 birlikda, dizosin 4 ml 0,25% li bolon yordamida purkab turiladi. Polimiksin, furazolidon, neomitsin 100000 bir. Og'riqni kamaytirish va yallig'lanish jarayoniga qarshi dori vositalarini qo'llash tavsiya etiladi.

Nazorat savollari:

1. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari qo'zg'atuvchilari, tarqalish yo'llari.
2. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifi.
3. Tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi.
4. Ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi.

Tayanch so'z va iboralar:

Vulvit, bartolinit, vaginit, kolpit, ektropion, endotservitsit, psevdoroziya, chin eroziya, endometrit, biopsiya, krioterapiya, fizioterpiya.

XXIII BOB.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YUQUMLI KASALLIKLARI

Trixomoniaz. Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm – qin trixomanadalarini chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo‘li bilan yuqadi.

Klinikasi – kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko‘zga tashlanavermaydi. O‘tkir trixomanizda ayollarda qindan ko‘piksimon, yashil tusli, badbo‘y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo‘lishi mumkin. Obektiv tekshirib ko‘rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomoniaz to‘g‘risida xulosa qilishga undaydi. Erkaklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

Diagnostikasi – kasallikning belgilariga qarab, hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya‘ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo‘shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida ko‘rilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumi va yadrosi bo‘lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko‘ki yoki gemotoksilin – iozin bilan bo‘yab, keyin mikroskopda ko‘rilsa trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitga qindan olingan ajralma ekiladi va uning kulturasi o‘stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o‘sib chiqsa, trixomoniaz ekanligi ma‘lum bo‘ladi. Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba‘zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho‘kmadan mikroskopda tekshirib ko‘rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida

dalolat beradi. Kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi – trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 7 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (trixopol, tinidazol) tabletkasidan ichishi va bir vaqtning o'zida qinga ham qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi. Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir. Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

So'zak. Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi. Tarqalishi. So'zak JYOYuK ning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba'zi bir xil taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% gacha so'zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki Afrika mamlakatlarida tug'ilayotgan chaqaloqlarning 2–4% da tug'ma oftalmoblenoreya kasalligi uchraydi.

Klinikasi. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. Unga xos bo'lgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemorlarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko'plab kelishi jinsiy a'zolarida og'riq bo'lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishiga – endometrit, salpingit, salpingooforit, pleveopertonit kabi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Natijada ichki jinsiy a'zolarida bitishmalar paydo bo'lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepusht bo'lib qolishi mumkin. Erkaklarda so'zak yuqqandan keyin dastlabki 12–72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a'zolarida og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va uning o'rnida keyinchalik chandiq hosil bo'lib, bitib qolishi (striktura) va oxir oqibatda erkaklar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Diagnostikasi. Ayollarda qin, bachadon bo'yni kanali, uretra va to'g'ri ichakdan (erkaklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus

laboratoriyada bakterioskopiya (mikroskopda ko‘rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o‘stirish bakteriologik yo‘l bilan kasallik qo‘zg‘atuvchisi aniqlanadi. Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokklarni ko‘rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi. Surunkali so‘zakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalari sharoitida maxsus provakatsiya (sun‘iy ravishda kasallik xurujini chaqirish) – biologik, fiziologik, kimyoviy, termik usullar yordamida kasallikni aniqlash mumkin. Bu haqida ginekologiya kitobida etarlicha ma’lumot berilgan.

Davolash. O‘tkir so‘zakni davolashda bir marotaba 500 mg miqdorda siprofloksasin, 400 mg miqdorda sefiksini ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim+400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripim), 3 kun davomida 10 tabletka ichiladi. 250 mg seftriakson (rosefin), 2 gr spektinomisin yoki 2 gr kanamitsin muskul orasiga ineksiya qilinadi. Kasallikni davolashda albatta er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanganlik kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

Xlamidioz. Xlamidioz cheamydia trachomatis nomli odam mikroplazmasi chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo‘li bilan yuqadi.

Klinikasi – hamisha ham aniq simptomlari ko‘zga tashlanmaymaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo‘li bilan ichki jinsiy a‘zolariga o‘tsa kasallik belgilari ma’lum bo‘lmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon bo‘yni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon bo‘yni salga qonaydigan bo‘lib qolishi xlamidioz to‘g‘risida o‘ylashga majbur qiladi. Erkaklarda xlamidiya infektsiyasi 50% hollarda gonokoksiz uretritlarga sabab bo‘ladi. Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo‘llaridan shilimshiq-yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servisit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo‘llardan shilimshiq – yiringli ajralma kelishi, og‘riqli bo‘lishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi – xlamidioz ko‘pincha jinsiy a‘zolar yallig‘lanish kasalliklarini, so‘zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o‘tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda qindan, bachadon bo‘yni kanalidan, bachadondan yiringli chiqindilar kelganda albatta xlamidiozga ham surtma olib o‘stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda cheamydia trachomatis topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

Davolash – 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksisisiklin ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak. Tetrasiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun davomida ichiladi.

Genital herpes. Genital herpesni qo‘zg‘atuvchi-oddiy herpes virusi bo‘lib, virus tarkibida DNK si bo‘ladi. Viruslar ikki turga bo‘linadi. Birinchi turi asosan lab, ko‘z, burun kabi a‘zolarining teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a‘zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi – herpesning mahalliy belgilari jinsiy a‘zolarida (qin, bachadon bo‘yni) uretra va oraliqda ko‘zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko‘plab qichishadigan pufakchalar hosil bo‘lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o‘rnida og‘riqli yaralar paydo bo‘ladi, yaralar 2–4 haftada chandiq hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba‘zan u joyga ikkilamchi infektsiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan, chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo‘lishi mumkin.

Diagnostikasi – agarda herpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va obyektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

Davolash – 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mgdan Asiklovir (Zoviraks, Famvir va boshqalar) ichiladi.

Zaxm. Zaxm (yunoncha sifilis) surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, uni oqish treponema (spirocheta pallida) qo‘zg‘atadi. 1905-yilda F. Shaudin va Ye. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Oqish treponema ilgarilanma, mayatniksimon, to‘lqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so‘lagida, nerv to‘qimalarida va umuman, hamma a‘zolarida hatto sutida yoki erkak shahvatida ham bo‘ladi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir. Sog‘lom kishi bilan o‘pishganda, jinsiy aloqa qilganida, idish tovoqlaridan foydalanganida kasallik yuqadi.

Zaxmning birlamchi davri. Bu terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo‘lganidan to teri va shilliq qavatlarda ikkilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo‘lgan davrni o‘z ichiga oladi. Bu muddat 6–7 haftani tashkil qiladi.

Qattiq shankr paydo bo‘lgandan so‘ng birlamchi zaxmning ikkinchi simptomi kuzatiladi, bunda regionar limfa tugunlari yallig‘lanib shishadi, kattalashadi va biroz qattiqlashadi. Limfa tugunlaridagi oqish treponemalar limfa tomirlari orqali qonga tushadi va organizmda zaxm infeksiyasiga qarshi immunologik o‘zgarishlarni vujudga keltiradi. Birlamchi zaxmning birinchi 3 haftasida Vasserman va cho‘kma reaksiyalar manfiy bo‘ladi, keyinchalik esa (odatda qattiq shankr paydo bo‘lgandan so‘ng 4 hafta o‘tgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm).

Zaxmning ikkilamchi davri odatda qattiq shankr paydo bo‘lganidan so‘ng 6–7 hafta o‘tgach boshlanadi. Shilliq qavatlarda rozeolyoz, papulyoz toshmalar toshadi. Zaxmning ikkilamchi davri 2–4 yil davom etib, bunda serologik reaksiyalar musbat bo‘ladi. Ikkilamchi davrda toshmalar toshishi 3–4 marta qaytalanishi mumkin.

Zaxmning uchinchi davri, bemorning hammasiga ham kuzatilavermaydi. Vaqt o‘tishi bilan organizmdagi oqish treponemalar soni kamayadi, lekin to‘qimalarning infeksiya qo‘zg‘atuvchisiga nisbatan bo‘lgan sensibilizatsiyasi oshadi. Yallig‘langan infiltratlar, olcha danagidek do‘mboqchalar yoki tuxumdek, ba‘zan undan kattaroq

gummalar paydo bo'lib, to'qimalarni emiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Miya, yurak, tomir, jigar, kabi hayot uchun muhim a'zolar zararlangan, bemor hayoti xavf ostida qoladi, yuz zararlangan bo'lsa, burun skeleti emirilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Harakat, ko'ruv, eshituv a'zolari, nerv sistemasining zararlanishi kishini umrbod nogiron qilib qo'yadi.

Yashirin zaxm. Yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning badan terisi, shilliq qavatlar, ichki a'zolari, nerv sistemasi, harakat a'zolari tomonidan zaxmning klinik ko'rinishlari kuzatilmaydi.

Yashirin zaxmning erta va kechki hamda noma'lum turlari tafovut qilinadi. Erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar terisi va shilliq qavatlarida yuqumli toshmalar toshishi mumkin. Anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish, bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishilarni tekshirish yashirin zaxmning muddatini va prognozini aniqlashga yordam beradi: kasallanish muddati qancha qisqa bo'lsa, prognoz shuncha yaxshi bo'ladi. Kechki yashirin zaxm epidemiologik jihatdan xavfli emas. Zaxmning bu xili bilan og'rigan bemorni asosan serologik reaksiyalar va profilaktik tekshirish vaqtida aniqlanadi. Zaxm infeksiyasining simptomlarsiz kechishining sabablari hali to'liq ma'lum emas. Ba'zi olimlar fikricha, kasallikning bunday kechishi makroorganizm va mikroorganizm orasidagi muvozanatga ko'p jihatdan bog'liq. Bunda oqish treponema organizmning spesefik va tabiiy rezistentligini yenga olmaydi va kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi. Organizmning immun sistemasi esa oqish treponemalarni butunlay nobud qilish qobiliyatiga ega bo'lmaydi.

Tug'ma zaxm. Zaxm bilan kasallangan homilador onadan zaxm infeksiyasi qorindagi homilaga o'tadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deyiladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab 4 turga bo'linadi: 1. Homila zaxmi. 2. Erta tug'ma zaxm (tug'ilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr). 3. Kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda). 4. Yashirin tug'ma zaxm turli yoshda uchraydi.

Zaxm infeksiyasi homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sir ko'rsatadi. Zaxm bilan og'rigan homilador ayol spesifik davo olma-

sa, u holda 24–28 haftalar orasida uning bolasi nobud bo‘lib tushadi yoki tug‘ma zaxm belgilari bilan tug‘iladi. Homiladorlikning 28 haftasigacha spesifik davo olgan ayolning bolasida tug‘ma zaxm belgilari rivojlanmaydi. Homilador ayol ultratovush bilan tekshirilganda yo‘ldoshning haddan tashqari qalinligi va anatomik strukturasining buzilgani aniqlanadi. Zaxm infeksiyasi bilan zararlangan homilada gepatosplenomegaliya, me‘da ichak tizimining obstruksiyasi (berkilishi) kuzatiladi. Zaxm bilan og‘rigan homilador ayolning nerv muskul apparati energetik qobiliyatining pasayishi oqibatida tug‘ishning birlamchi va ikkilamchi jarayoni sustlashadi, tug‘ruq faoliyati diskoordinatsiyasi va yo‘ldosh tushish vaqtining uzayishi kuzatiladi. Zaxm infeksiyasi homilador ayoldagi gestozning rivojlanishi va og‘ir kechishiga ham o‘z ta’sirini o‘tkazadi.

Davolash. 1. Benzatin penisillin sutkalik dozasi 2,4 mln BRni tashkil etadi. Shu dozani kuniga 2 marta yuboriladi. 2. Prokain penisillin 600000 BR muskul orasiga 10–14 kun davomida. 3. Benzilpenisillin 1 mln dan har kuni muskul orasiga 10–14 kun, 4. Doksisisiklin 200 mg dan har kuni yoki 100 mgdan, 2 mahal 14 kun, 5. Tetratsiklin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 6. Eritromitsin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 7. Azitromisin 500 mg dan kuniga 1 marta 10 kun. 8. Seftriakson 250–500 mg dan muskul orasiga, kuniga 1 marta, 10 kun yuborilishi tavsiya etiladi.

Kandidoz (Achitqi infeksiyasi). *Klinikasi* – ayollarda qindan suzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy a’zolarining qichishi, erkaklarda esa qichishadigan balanopastit bo‘lishi.

Yuqish yo‘li – xuddi bakterial vaginoz singari.

Diagnostikasi – kasallik simptomlariga asoslanadi hamda qindan surtma olib, tuzli eritma tomizilib, mikroskop ostida ko‘rilganda achitqi zamburug‘larini ko‘rish mumkin.

Davolash – ayollarda mahalliy davo qilinadi. Zamburug‘larga qarshi – nistatin, 2 hafta davomida 100000 tibbiy birlikdagi tabletkadan har kuni kechqurun ichish, 7 kun davomida qinga klotrimazol, levorin mazidan tampon qo‘yish yoki mikonazol, nistatin shamchalari qo‘yiladi.

Erkaklarda kandidozli balanit bo'lganda kasal joyga gentsian violet eritmasi yoki nistatinli krem surtib, kasallik belgilari yo'qolgancha davolanadi.

Nazorat uchun savollar:

1. JYOYuK larning tasnifi.
2. JYOYuK larning asoratlari.
3. JYOYuK xavfli guruhiga kiruvchi shaxslar.
4. JYOYuK yuqish yo'li va profilaktikasi.
5. OITS (ortirilgan immun tanqisligi sindromi) yuqish yo'llari, simptomlari, davosi.
6. Urogenital kandidoz. Achitqi infeksiyasi.
7. Trixomoniaz klinikasi, diagnostikasi va davolash.
8. Xlamidioz. Eraklardagi va ayollardagi klinik belgilari diagnostikasi, davosi.
9. Donovanoz klinikasi, diagnostikasi, davosi. (Chov granulemasi).
10. Jinsiy a'zolar sohasi uchug'i. (Genital herpes).
12. So'zak sabablari, tasnifi, diagnostikasi, davosi.
13. Zaxm.

Tayanch so'z va iboralar:

JYOYuK	OITS
Kandidoz	Trixomoniaz
Xlamidioz	Donovanoz
Genital herpes	Bakterioskopik tekshiruv
Bakteriologik tekshiruv	Zaxm
So'zak	

XXIV BOB.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING O'SMA KASALLIKLARI

Chin o'smalar a'zo va organlarning xususiy to'qimalaridan iborat tuzilmalardir. Shishsimon o'smalar esa biror bir bezlarning sekret chiqarish yo'li bekilib qolishi hisobiga suyuqlik to'planib, kattalashuvi, ular tovuq tuxumidan ayol kishi mushtidek o'lchamda bo'ladi. O'smalarni morfologik tuzilishi va klinik jihatdan o'tishiga qarab xavfsiz va xavfli o'smaga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar qaysi a'zoda yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha a'zo doirasidan tashqariga chiqmaydi.

XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALAR HAQIDA TUSHUNCHA

Xavfli o'smalar quyidagi xususiyatlarga ega bo'ladi:

1. Taraqqiy etish jarayonida tevarak atrofdagi to'qimalarni o'rab o'sadi, ularni yemirib boradi (o'smaning atipik, infiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi deb shunga aytiladi). 2. Birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin residiv va metastaz beradi. 3. Bemorning umumiy ahvoriga va modda almashinuviga yomon ta'sir qilib, ko'pincha kaxeziyaga (cho'pday ozib ketishga) olib keladi.

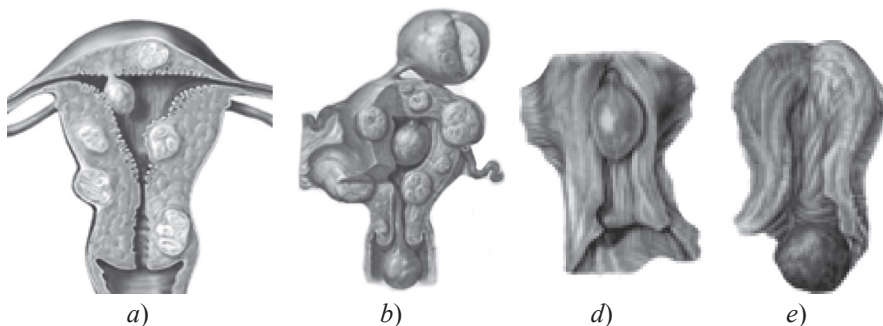
Xavfsiz o'smalar esa shu organning to'qimalaridan tashqariga qo'shni a'zolarga tarqalmaydi, ularni qisishi, funktsiyasiga ta'sir etishi mumkin. Ba'zi yaxshi sifatli o'smalar bemorni umumiy ahvoriga ta'sir qilishi mumkin. Masalan: fibromiomalarda uzoq vaqt qon ketishi tufayli anemiyaga olib keladi. Yaxshi sifatli o'smalar o'zgarib yomon sifatli o'smaga aylanishi malignizasiya deyiladi. O'smaga o'xshaydigan tuzilmalarga retension kistalar kiradi (retintio-to'xtatmoq). Ular biron bir bez sekretini to'xtalib qolishi yoki

patologik produktlarning (ekssudatlar, transsudatlar, suyuq qonning) bo'shliqlarda saqlanib qolishidan hosil bo'ladi. Retension kistalar tevarak atrofga tomon o'sib bormaydi, ichidagi suyuqlik ko'payib borishi hisobidan kattalashadi, oyoqchalik bo'lishi mumkin. Bunday o'smalarga follikulyar kista, sariq tanacha kistalari, paraovariol, intraligamentar kistalar va qindagi Gartner, Folf yo'li kistalari kiradi.

BACHADONNING XAVFSIZ O'SMALARI

Bachadon miomasi deb, mushak to'qimasidan, fibromioma deb, biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10–27%da, 30 yoshga etgan bemorlarning 20% da, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% da uchraydi. Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi, tuxumdonlar 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



10-rasm. **Bachadon miomalari.**

a – interstetsial, submukoz miomalari; *b* – subseroz, interstetsial, submukoz miomalari; *d, e* – tug'ilayotgan submukoz miomalari.

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 ro'l o'ynaydi, deb taxmin qilinadi.

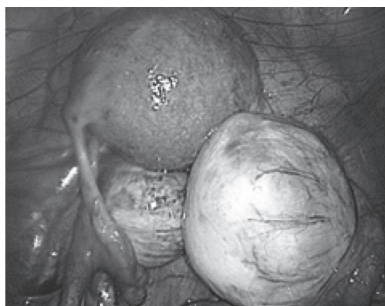
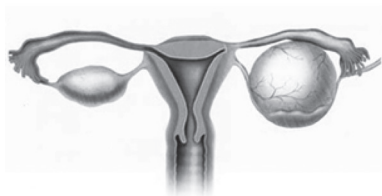
Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60–80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi alomatlarini turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi – menorragiya kuzatilsa, ba'zilarida tartibsiz, juda ko'p to'xtovsiz qon ketib, og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga sabab bo'lishi mumkin. Hayz 10–12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi. Og'riq, asosan, o'smaning o'lchamiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'sma qo'shni a'zolar faoliyatini buzadi. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarishda kuchli dardsimon og'riq paydo bo'ladi. O'smaning infektsiyalanishi kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi, chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi, o'smaning oziqlanishi buziladi.

Davosi. Miomasi bo'lgan hamma ayollar dastlab umumiy davolanadilar, konservativ davolash usuli samara bermasa, operatsiya yo'li bilan bachadon olib tashlanadi.

Endometrioiz. Endometrioiz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy), hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioiz joylashgan o'choqda proliferasiya, sekretiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilishi, belgilari, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi. Endometrioizlar o'z atrofida joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioiz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyak usti pardasiga, hatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi. Endometrioiz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioiz 8–30% hollarda uchraydi.

Klinikasi endometrioizning qaysi sohada joylashganligiga bog'liq. Endometrioizning asosiy va doimiy belgilaridan biri – og'riqdir. Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqdan, hayz sikli davrida og'riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og'riq hayz kunlaridan oldin paydo bo'lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og'riqlar endometrioiz o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi. Bachadon endometriozi hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zolardan – to'g'ri ichak, siydik chiqarish yo'llari faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra ayol siyish vaqtida og'riqlar bo'lishidan, tez-tez siyishidan shikoyat qiladi. Endometrioiz bilan kasallangan a'zo hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana dastlabki hajmda bo'lishi kuzatiladi. Bemorda ovulyatsiya jarayoni bo'lmasligi tufayli sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarda ko'pincha yallig'lanish alomatlari bilan birgalikda kechganligi sababli chandiqlar paydo bo'ladi, bepushtlikka sabab bo'ladi.

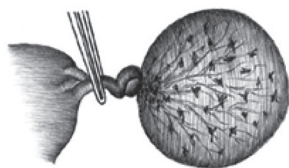
Davosi. Bemorning yoshi, lokalizasiyasi, tarqalish darajasi, atrof to'qimaning yallig'lanish alomatlari bor-yo'qligiga qarab konservativ yoki operativ davolanadi.



11-rasm. Tuxumdonning retension kistasi.

Tuxumdonning xavfsiz o'smalari. Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab ginekologik kasalliklarning 6–8 %ni tashkil etadi. Bu kasallik juda xavfli, chunki asta-sekin o'sib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlari qo'shilgandan keyin belgilar paydo bo'ladi, afsuski bu paytda davolashning foydasi bo'lmaydi. Ko'pincha tuxumdon o'smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20–25% hollarda xavfli o'smalarga aylanadi.

Tasnifi. Tuxumdonning chin o'smasi – «kistoma», retension yoki shishsimon o'smalari – «kista» deb yuritiladi. **Retension kistalar** sekret tutilib qolishi bo'lib, bu o'smasimon kistalar bezlarining ishlab chiqargan sekretlari to'planib qolishi natijasida paydo bo'ladi va kistalarning 34% ini tashkil etadi. Follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial, intraligamentar kistalar (10%)ni tashkil etadi. Tuxumdonda endometrioz kistalar ham uchraydi. Follikulyar kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, lyutein



12-rasm. Tuxumdon kistomasi oyoqchalarining buralib qolishi.

kistalar esa elboʻgʻoz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikulalar yorilmay qolib, sariq soʻnmasdan rivojlanadi. yaʼni hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar yumaloq shaklli, diametri 6–8 sm dan oshmaydi va koʻpincha klinik belgilersiz kechadi. Kistalar oyoqchalari buralishi tufayli kamdan kam hollarda oʻtkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar odatda konservativ usulda davolanadi (yalligʻlanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).

Blastomatoz kistomalar chin oʻsmalar boʻlib, tuxumdon oʻsmalarining 66% ini tashkil qiladi. Toʻqimalar proliferatsiyasi, boʻshliqlarning suyuqlik bilan toʻlishi tufayli oʻsmalar oʻsishi kuzatiladi. Turli-tuman toʻqimalardan oʻsishi boʻyicha – epitelial, biriktiruvchi toʻqimadan tuzilgan, teratoid va gormonal tuxumdon oʻsmalariga boʻlinadi. Chin oʻsmalar, oʻz navbatida, xavfsiz va xavfli oʻsmarlarga boʻlinadi. Xavfsiz oʻsmalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay oʻsib boradi. **Oddiy seroz kistomalar** eng koʻp uchraydigan tuxumdon oʻsmalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan 30–40 sm gacha kattalashishi, hatto butun qorin boʻshligʻini egallashi mumkin. Kistoma odatda bir kamerali, poʻstlogʻi yupqa, tekis, shar shaklida, elastik konsistensiyali boʻladi. Uning boʻshligʻida seroz suyuqligi yigʻiladi. Oʻsma koʻpincha bir tomonda – chap yoki oʻng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan boʻladi, chunki uning tuxumdon boylamlari va bachadon naylaridan iborat anatomik «oyoqchasi» bor. Kistoma oʻsgan sari bu boylamlar choʻziladi, bir-biriga yaqinlashib oʻsmaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda oʻsma chapdan oʻngga yoki oʻngdan chapga siljib turadi va koʻpincha 180–360 gradusga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq ogʻriq sezadi, koʻngil aynishi, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo boʻladi. Bu holat «oʻtkir qorin» deb aytiladi. Bunday holda bemor tezda ginekologiya boʻlimiga yotqizilib, darhol operatsiya qilinishi kerak. Tuxumdon fibromasi shu aʼzoning biriktiruvchi toʻqimasidan kelib chiqqan oʻsma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7–5%), koʻpincha bachadon miomasi bilan birga uchraydi.

Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% ni tashkil etadi. Ularning tuzilishida, odatda, uchala embrional qavat qatnashadi. Dermoidlar sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, harakati chegaralangan va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik, uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi. Ko'pincha yog'simon massa tarkibida inson embrional taraqqiyotining birlamchi davridagi elementlar – soch, tish, tirnoq va shunga o'xshash elementlar topiladi.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING XAVFLI O'SMALARI

Tashqi jinsiy a'zolar raki. Vulva raki 2–3% uchraydi (yoshlarda kam, qarilarda 70 yoshda ko'proq uchraydi) leykoplakiya, krouroz, eritroplakiyadan keyin rakka olib kelishi mumkin. **Simptomlari:** jinsiy a'zolarida «so'gal» o'smalar paydo bo'lishidan boshlanadi. Bu o'simtalar sekin-asta kattalashib, tez yara bo'ladi. Vulvaning ko'p qismi zararlanganda ham o'sma siydik chiqarish kanaliga uzoq vaqt yoyilmay turadi. Chov limfa tugunlarida metastaz paydo bo'ladi. O'sma shakli har xil: teridan ko'tarilib turadigan ekzofit tuzilmalar; zich diffuz infiltratlar; ko'pincha infiltrativ asosli va chekkasi zich noaniq qirrali yaralar paydo bo'ladi.

Ayol uretrasining raki kam uchraydi, uretra rakining turli shakllari uchrashi mumkin. 1. Ekzofit o'smalar – ko'pincha yaralanib va patologik karash bilan qoplanib turadi. Uretra devorlariga 2–3 sm chuqurlikda infiltrasiya beradi. 2. Polip yoki polipoz tuzilmalar. 3. Yarali shakli. Siydik chiqarish kanali sohasi bo'ylab, klitor sohasidagi to'qimalarning infiltratsiyalanishi yoki uretra bo'ylab qin oldingi devorining infiltratsiyalanishi. 4. Butun uretrada zich infiltrasiya paydo bo'lib, ayrim joylar yaralanadi.

Qin raki. Birlamchi raki kamroq uchraydi. Ko'pincha bachadon bo'yni rakidan tarqaladi, uning 4 darajasi tafovut qilinadi. **Simptomlari:** jinsiy aloqada qonli chiqindi (sub coits) kuzatiladi.

O'sma qon tomirlarini yemirib yuboradi, bir talay qon ketadi, sassiq chiqindi kelishi parchalanayotgan o'smaga infektsiya tushganligidan darak beradi. Og'riq sezilishi o'sma jarayonining chuqur yoyilib, chanoqdagi nerv stvollari va chigallarini qisib qo'rganidan yoki yemirilishidan guvohlik beradi.

Davosi: ximioterapiya, nurlar bilan davolanadi.

Bachadon bo'yni raki bachadon rakining 80% gacha bachadon bo'yni rakiga to'g'ri keladi, ko'proq 40–60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon bo'yni raki g'oyat turli tuman bo'ladi. O'sish yo'nalishiga qarab ekzofit (tashqari) va endofit (ichkariga), aralash (ham tashqariga ham ichkariga) o'sish shakli kuzatiladi. Ekzofit shaklida o'sma yirik, mayda, g'adir-budir o'simtalar shakliga kiradi, (bu o'simtalar gulkaramga o'xshaydi) ular ba'zan qinning butun gumbazini to'ldirib turadi, ko'pincha qoramtir po'st (o'smaning irigan, parchalangan qismlari bilan qoplanib yotadi). Asbob tekizilganda qonaydi. Endofit shaklida bachadon bo'yni kattalashib, zichlashadi, shilliq pardasi to'q qizil tusga kiradi. Shilliq parda yuzida mayda qon tomirlari shaxobchalari ko'rinadi. O'sma parchalanib, bo'lak-bo'lak bo'lib ko'chganda bachadon bo'yni qisman yemirilib chuqur yara vujudga keladi. Chetlari noto'g'ri o'yilgan, tubi g'adir-budir bo'ladi. Yaradan loyqa serroz suyuqlik chiqib turadi. **Simptomlari:** suvga o'xshash oqshil kelib turadi, bu jinsiy aloqa qilinganda, hojat paytida, yuk ko'targanda, kasalni qin orqali tekshirib ko'rilganda keladi. Kontaktli qon kelishi, qonli selob (go'sht yuvganga o'xshash suyuqlik kelishi). Bachadondan asiklik qon ketishi kuzatiladi. **Diagnostikasi.** Kolposkopiya, surtmani sitologik yo'l bilan tekshirish, biopsiya qilish, diagnostika maqsadida bachadon devori shilliq pardasini maqsadli qirish, sistoskopiya, rektoromanoskopiya va turli xil sinamalar o'tkaziladi.

Davosi: I-darajada operatsiyagacha nur berish. Bachadon ekstirpasiyasi. Operatsiyadan keyin nur berish, ximioterapiya. II- darajada. Kengaytirilgan ekstirpasiya (Vertgeym usulida) qo'shma nur bilan davolash. III-darajada. Qo'shma nur bilan davolash. IV-darajada. Simptomatik davo.

Bachadon tanasining raki. Bachadon rakining 15–20%, umuman jinsiy aʼzolar rakining 5% gacha uchraydi, koʻpincha 50–60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon tanasining rak oldi holatiga neyroendokrin boshqarishning buzilishi, gonodotrop gormonlar balansining oʻzgarishi, endometriyning travmatik shkastlanishlari sabab boʻlishi mumkin. Rak oldi kasalliklariga: Adenomatoz (polipoz) giperplaziyaga uchragan endometriyning residiv berishi, menopauzadan keyingi giperplaziyalar kiradi. Simptomlari: aksariyat hollarda menopauza davrida (menstruatsiyadan qolgandan keyin) birdaniga asiklik qon ketish bachadon tanasi rakining dastlabki simptomi hisoblanadi. Ana shu simptomga eʼtibor berib bemorning bachadoni devorlari shilliq qavatini alohida-alohida qirib olib, gistologik tekshirish eng muhim diagnostik ahamiyatga egadir.

Diagnostikasi: bachadon shilliq qavatini har bir devorini alohida qirish va gistologik tekshirish yoʻli bilan kasallik aniqlanadi.

Davosi: operativ, nur va kimyoviy terapiya oʻtkaziladi.

Tuxumdonning xavfli oʻsmalari. Tasnifi boʻyicha 3 xil rak farqlanadi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak.

Birlamchi rak 4,5% hollarda, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Klinik belgilari koʻzga tashlanmaydi, lekin tezda qorin boʻshligʻida assit paydo boʻlishiga qarab tuxumdon raki haqida gumon qilinadi.

Ikkilamchi rak 60–50 % hollarda seroz papillyar oʻsmalar rakka aylanishidan rivojlanadi, tez oʻsib, suyuqliklar hajmi oshib, assit paydo boʻladi. 17–20% hollarda musinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizasiyasi asta-sekin, koʻpincha 50 yoshdan keyin kuzatiladi.

Metastatik rak (10–30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali oʻtadi. Shuning uchun tuxumdonda siljmaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali oʻsma topilsa, albatta oshqozon ichak yoʻllarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya yoʻli bilan davolab boʻlmaydi.

Tuxumdon sarkomasi juda kam uchraydi. Odatda operatsiyadan keyin oʻsmi gistologik tekshirishdan oʻtkazib, diagnoz qoʻyiladi.

Davolash, asosan, o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni ortiqlari bilan olib tashlashdan iborat, so'ngra rentgen va radiy nurlari chuqur ta'sir ettiriladi. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda yomon bo'ladi.

JINSIY A'ZOLARDA O'TKAZILADIGAN OPERATSIYALARDAN OLDIN VA KEYINGI DAVRDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Jinsiy a'zolarida operatsiya o'tkaziladigan bemorlar, operatsiya reproduktiv faoliyatga javob beruvchi a'zolarida amalga oshirilgani uchun bezovtalanish, ayollik hissini yo'qotish, jinsiy hayotdagi muammolar, bola tug'ish faoliyatidan judo bo'lish kabi juda ko'p muammolarga duch keladi. Bundan tashqari operatsiyadan keyin kelib chiqishi mumkin bo'lgan kasallik, uning davolanishi cho'zilib ketishini inobatga olib, operatsiyadan keyingi davrda hamshiralik parvarishi individual bo'lishi, ruhiy va ijtimoiy muammolarni hisobga olishi kerak.

Operatsiyadan avvalgi hamshiralik parvarishi. Bemor operatsiyadan avval qo'rqadi, bezovtalanadi, shuning uchun unga operatsiyadan avval tekshiruvlarni to'g'ri tushuntirib, bezovtaligining oldi olinadi. Bemor ruhiy va jismoniy holatini yaxshilash, operatsiya yaxshi o'tishiga zamin yaratadi.

Operatsiyadan avvalgi tekshiruvlar. Qon va siydikning klinik va biokimyoviy tahlili, EKG, jigar, buyrak, yurak qon tomirtizimi faoliyatini tekshirish, OITSga, gepatit V va S ga, RW, qonning ivuvchanligini tekshirish, ko'krak qafasi flyurografiya, UTT, bemorning kasallik tarixini o'rganish, rentgenogramma qilish va boshqalar. Umumiy holatni kuzatish, tana harorati, puls, arterial bosimni o'lchash, og'riq va qon ketishini kuzatish, ko'rsatmaga binoan qon quyish. Agar qon quyishga ko'rsatma bo'lsa, qon quyish markaziga qon guruhi va miqdori, qon quyiladigan vaqt haqida axborot beriladi. Qon kelgach, kasallik tarixidagi ko'rsatmalari aniqlanib, bemorga qonni mos kelishi tekshiriladi va qon quyishga mas'ul shaxslarga (direktor o'rinbosari, shifokor va anesteziolog) topshiriladi.

Tuklarni qirish. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalarda qorinning pastki qismidagi va jinsiy a'zolardagi tuklar qirib tozalaniadi. Agar qin orqali operatsiya qilinsa faqat jinsiy a'zolardagi tuklar qiriladi (bemorning xohishi inobatga olinadi).

Tana gigiyenasi. Tana gigiyenasiga qat'iy rioya qilinadi, bemor ahvoriga qarab ko'rsatmalar bo'lsa, nam sochiq bilan butun tana artiladi.

Kechki ovqatni qabul qilmaslik. Ko'rsatmalarda ovqat qabul qilmaslik yozilgan bo'lsa, ovqat qabul qilinmaydi, 18.00 dan keyin ovqatlanmaslik kerak.

Uyquga ketishdan avval dori qabul qilish. Bemorning bezovtaligini oldini olish uchun uxlatadigan dorilar va sedativ preparatlar beriladi.

Operatsiyaga ko'rsatmalar varaqasi bo'yicha operatsiyadan bir kun avval anesteziolog tekshiruvchidan o'tiladi, tekshiruv tafsiloti operatsiya xonasiga anesteziolog e'tiboriga xavola qilinadi.

Operatsiyaga yozma rozilik berish. Operatsiya boshlanmasdan avval, oila a'zolari maxsus shakldagi hujjatlarni to'ldirib berishlari kerakligi tushuntiriladi.

Operatsiyadan avval tushuntirish. Bemorning bezovtalanishi oldini olish uchun operatsiya qilish tartibi va xavfsizligini tushuntirish kerak. Operatsiyadan avvalgi muolajalarni zarurligini tushunib yordam berish; bemor shaxsiy buyumlari haqida: tilla taqinchoqlar, soat, linzalar, tish protezlari, monikyurlarni olib tashlash; hamshira bemorning qimmatbahojihozlarini olib, oilasiga berishini va hamshira bunga mas'ul ekanligini tushuntirish.

Operatsiya bo'ladigan kundagi hamshiralik parvarishi. Nonushta qilmaslik, ko'rsatmalarga binoan xuqna qo'yish (sovonli xuqna, yumshatuvchi shamchalar). Bemorni ichak va qovug'i bo'shatilganligini aniqlash, bemorni operatsiyadan 30 daqiqa oldin operatsiya xonasiga olib kelish; Anesteziya. Ko'rsatmalarda premedikasiya yozilgan bo'lsa hamshira bosh hamshiradan ruxsat olgan holda uni bajaradi. O'rin joy tayyorlash: krovatga suv o'tkazmaydigan choyshab solinadi va kerak bo'ladigan shtativ, tonometr stetoskop, lotok tayyorlab qo'yiladi, bemorning ko'rsatmalar varaqasi tekshiriladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI HAMSHIRALIK PARVARISHI

Bemor uchun g'ildirakli aravacha hozirlanadi, operatsiya tugagach kiyim-kechak kiydirib osonlik bilan operatsiya stolidan olish uchun shart-sharoit yaratiladi, bemorni katakaga olgach, umumiy ahvoriga e'tibor beriladi va issiq choyshab bilan usti yopib qo'yiladi, palataga olib kelib, oila a'zolariga operatsiya qanday o'tganligi haqida axborot beriladi. Anesteziyadan so'ng qanday ahvolda uyg'onganligiga ahamiyat beriladi, umumiy holatiga hamda jarohat yuzasiga, jinsiy a'zolariga, qusganiga va qon ketishiga e'tibor qaratiladi. Bemorni transportirovka qilinayotganida silkinmasligiga e'tibor berish kerak. Bemorni palataga olib kelgach, ehtiyotlik bilan kravotiga yotqiziladi. Issiqlikni saqlash: kerak bo'lganda isitgich va issiq adyol yopib qo'yiladi. Isitgichdan foydalanganda ehtiyot bo'lish zarur, chunki bemor anesteziyadan butkul uyg'onmagan bo'lsa, kuyib qolishi mumkin. Bemor anesteziyadan so'ng reflektor tarzda qusishi mumkin, shuning uchun bemor yoniga lotok qo'yiladi, unga alohida e'tibor qaratiladi.

Operatsiyadan 1 sutka o'tgach ko'rsatiladigan hamshiralik parvarishi. Bemorning umumiy ahvoli, faolligi, siydik ajratishi, ich ketishi, ovqatlanishi, jinsiy a'zolar gigiyenasi, asoratlarning oldini olish masalalari qabul qilingan standartlar bo'yicha bajariladi. Hamshiralik parvarishi operatsiyadan keyingi parvarish kabi olib boriladi.

Operatsiyadan keyin kelib chiqqan asoratlarda yordam berish. Operatsiya vaqtida ichki a'zolar, ya'ni ichak va siydik qopining nerv tolalarini jarohatlab qo'yish mumkin, chunki ular bachadon bilan yonma-yon yotadi. Ayniqsa, keng qamrovli total gisterektomiyada nervlar jarohatlanishi ko'proq uchraydi, siydik ajratish va ich ketganda yordam berish uchun qo'llanmalardan foydalanish kerak. Defekasiyaning buzilishi: defekasiyani nazorat qilish. Ovqatlanish: operatsiyadan so'ng ichaklar perestaltikasi kamayadi, shuning uchun oson hazm bo'ladigan ovqatlar qabul qilish kerak. Qiyin

hazm bo'ladigan ovqatlar ichaklar motorikasini pasaytiradi. Siydik ajratishni buzilishi: agar operatsiya jarayonida siydik ajratishga javob beruvchi nerv jarohatlansa, siydik ajratishiga xohishi bo'lmay qoladi va qoldiq siydik yig'ilib qoladi. Qovuqni trenirovka qilish va siydik ajratish uchun tavsiyalar berish (qorin orqali nafas olish uchun qo'llanmalar berish, siydik ajratish uchun qulay vaziyat egallashi kerak). Qoldiq siydik miqdorini aniqlash: siydik ajralgandan so'ng, siydik qopi faolligini aniqlash uchun kateterizasiya qilinadi va qoldiq siydik miqdori aniqlanadi.

Operatsiyadan so'ng ayolning ruhiy holati. Ayollik a'zosini yo'qotish hissi bemorning yoshi, oilaviy sharoiti, kasallik tarixiga bog'liq bo'ladi. Agar bachadon menopauzadan avval olib tashlangan bo'lsa, hayz kelishi tugaydi. Shuning uchun, ba'zi bemorlarda a'zoni yo'qotish hissi emas, balki engillik hissi paydo bo'ladi, chunki bachadonni olib tashlashdan avvalgi og'riqlardan xalos bo'ladi. Ba'zi ayollar esa, tushkunlikka tushadi, chunki o'zini ayollik sifatini yo'qotgan deb o'ylaydi. Bunda ayolni har tomondan qo'llab-quvvatlash katta ahamiyatga ega, chunki bemorning kayfiyati oilasi, turmush o'rtog'i va atrofidagi odamlarning kasallikka va operatsiyaga munosabatiga bog'liq.

Stasionardan chiqishiga qaratilgan qo'llanma. Bu kundalik hayotiga qaytishiga yo'naltirilgan boshqaruv bo'lib, jarrohlikdan, so'nggi stressdan qaytish hamda bachadon yoki tuxumdonning olib tashlanishi bilan bog'liq bo'lgan ruhiy va jismoniy zo'riqishni kamaytirishdan iborat. Operatsiyadan keyin paydo bo'lgan buzilishlarni aniqlab, bemorning aniqlab, bemorning ijtimoiy hayotiga bog'liq bo'lgan axborotni yig'ish: yoshi, fe'l-atvori, oilaviy sharoiti, ijtimoiy sharoiti bundan tashqari shaxsiy muammolarini aniqlab, unga mustaqil hayot kechirishi uchun yordam berish kerak. Stasionardan chiqqandan so'ng va ishga qaytganidan so'ng juda ehtiyot bo'lishi kerak (og'ir yuklarni ko'tarmaslik, toksik moddalar ishlatiladigan va qaltis harakatlar bajaradigan ishlardan saqlanishlari kerak) ayniqsa, operatsiyadan keyingi 3 oy davomida. Operatsiyadan keyingi muammolarni aniqlash uchun bemorni ko'rikdan o'tkazib

turish kerak. Ko'rikka keladigan kunlarini aniqlash zarur bu jarayon operatsiyadan keyingi 1 oy davomida o'tkaziladi. Bemorga ko'rikka kelguniga qadar qorin pastida og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, jinsiy a'zolardan qon kelishi, jarohat yuzasidagi o'zgarishlar (shish, qizarish, yiringlash), siydik ajratish, buzilishi kabi shikoyatlar bezovta qilsa, darhol shifokorga murojaat etish kerakligi tushuntiriladi. Bemor va uning oilasiga, ayniqsa eriga ayoldagi jismoniy o'zgarishlar haqida va operatsiyadan keyingi reabilitasiya bo'yicha ko'rsatmalar berishi kerak, chunki oila a'zolari va ayniqsa eri uni tushunishi uchun bemorni shaxsiyatini saqlagan holda undan avval oila a'zolari va eriga bu haqida gapirish mumkinligini aniqlagandan keyin ko'rsatmalar berish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Xavfli va xavfsiz o'smalar.
2. Tashqi jinsiy a'zolarning rak oldi kasalliklari.
3. Bachadon bo'ynining rak oldi kasalliklari.
4. Bachadon bo'yni raki, tarqalish bosqichlari, diagnostikasi va davolash.
5. Bachadon raki, tarqalish boshqichlari, diagnostikasi va davolash.

Tayanch so'z va iboralar.

Krauroz, leykoplakiya, diskeratozlar, eritroplakiya, ektropion, o'tkir kandidoma, ekzofit rak, endofit rak, metastaz, infiltratsiya, kolposkopiya, sitologik tekshiruv, rektoromanoskopiya, menoragiya, metroragiya.

XXV BOB.
AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING TARAQQIYOT
NUQSONLARI (ANOMALIYALARI)

TASHQI JINSIY A'ZOLAR RIVOJLANISHIDAGI
NUQSONLAR

Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishining anomaliyalari germafroditizm ko'rinishida uchraydi. Germafroditizm homilada ham erkaklik, ham ayollik belgilari bilan namoyon bo'ladi. Chin va soxta germafroditizm farqlanadi. Chin germafroditizm juda kam uchraydi. Bu nuqson moyakda, tuxumdonda hamda jinsiy bezlar to'qimalarida kuzatiladi. Ikkilamchi jinsiy belgilar va ichki jinsiy a'zolar ko'pincha ayolga ham, erkakka ham xos bo'lishi mumkin.

Psevdogermafroditizm yoki soxta germafroditizm shunday nuqsonki, bunda tashqi jinsiy a'zolar ichki jinsiy a'zolarga – jinsiy bezlarga mos kelmaydi. Masalan, bachadon, bachadon ortiqlari, qin mavjud bo'lsa ham tashqi jinsiy a'zolar erkakka xos shakllangan bo'ladi (ayollar soxta germafroditizmi). Odatda, ayollar soxta germafroditizmi adrenogenital sindrom (AGS) da kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar nuqsonlari ko'pincha siydik chiqarish kanali va to'g'ri ichak nuqsonlari bilan birgalikda o'tadi.

Tuxumdonlar rivojlanishidagi anomaliyalar.

Tuxumdonlar rivojlanishidagi nuqsonlarga tuxumdon bo'lmisligi: gonadalar disgeneziyasi va sklerokistozli tuxumdonlar kiradi.

Gonadalar disgenezyasi (Shereshevskiy – Turner sindromi) da tuxumdonlar bo'lmaydi. Bunday qizlarning tuzilishi erkaklarga o'xshaydi, bo'yi pastroq, ovozi yo'g'on, bo'yni kalta, ayrim joylari tuk bilan qoplanadi (soqol, mo'ylov o'sadi va hokazo). Bunday bemorlarda hayz ko'rmaslik, ikkilamchi jinsiy a'zolar va sutbezlar

chala rivojlangani kuzatiladi. Davolashda o‘rinbosar gormonlardan foydalaniladi, ya’ni gonodotrop gormonlar qo‘llaniladi.

Tuxumdonlar sklerokistozi sindromi. Shteyn-Livental sindromida tuxumdonlar to‘qimasi o‘rnida biriktiruvchi to‘qima bo‘ladi va jinsiy gormonlar sintezi buziladi. Natijada erkaklar jinsiy gormonlari ko‘p miqdorda ishlab chiqiladi. Bemorni jun bosadi va hayz funksiyasi buziladi, ko‘pincha hayz ko‘rmaydi (amenoreya) yoki gipomenstrual sindrom yuzaga keladi. Bunday bemorlar semirib ketadi, ikkilamchi jinsiy belgilar yaxshi rivojlangan holda tuxumdonlar kattalashgan bo‘ladi. Ular, odatda, farzand ko‘rmaydi, chunki hayz siklining anovulator yoki amenoreya turi kuzatiladi.

Davolash dori-darmonlar (sikl bo‘yicha gormonlar bilan) va jarrohlik yo‘li bilan olib boriladi (tuxumdonlar ponasimon shaklda rezeksiya qilinadi).

Bachadon va qinda hosil bo‘ladigan nuqsonlar

Bachadon va qin nuqsonlaridan biri – **qinning bo‘lmasligidir** (aplazia vaginalis). Qin a‘zosi bo‘lmagan ayollarda ko‘pincha bachadon va tuxumdonlar yaxshi rivojlanmagan bo‘ladi. Bunday ayollar hayz ko‘rmaydi va ularda jinsiy hayot kechirishning imkoni bo‘lmaydi. Qiz bolalarda ko‘p uchraydigan nuqsonlardan biri **qizlik pardasida teshik bo‘lmaydi**, natijada hayz qoni qinda yig‘ilib qoladi va uni cho‘zib yuboradi. Bunday dardga uchragan bemor hayz ko‘rish paytida qini yorilib ketgudek bo‘lib (hematocolpos) og‘rishidan shikoyat qiladi. Bundan tashqari qinda to‘plangan qon chiqib ketish yo‘li bo‘lmaganligi sababli bachadon bo‘shlig‘ida (hematometra) bachadon naylarida (hematosalpinx) ham to‘planadi. Ba‘zan mexanik ta’sir tufayli qizlik pardasi o‘zidan o‘zi yorilib ketadi. Bunday holatda bemorga anamnez yig‘ib, ginekologik kresloda tekshirish asosida tashxis qo‘yiladi. Zarur holatlarda jarrohlik usulida davolanadi (qizlik pardasi xochsimon shaklda kesiladi). Qin bo‘lmagan taqdirda, uni sun’iy usulda hosil qilinadi, qin siydik chiqarish kanali va to‘g‘ri ichak o‘rtasida yasaladi.

Ikkita qin va ikkita bachadon ko‘rinishidagi nuqsonlar ham uchrashi mumkin. Odatda, bu ikkala nuqson birgalikda kuzatiladi.

Bachadon ikki shoxli bo'lishi, ikki shoxli bachadonda ikkita bo'yin qin tomonga to'siq parda bilan bo'linishi mumkin. Ikki shoxli bachadonda ikkala shox bachadon bo'yniga ochilishi va bitta shoxi yopiq bo'lishi ham (qin tomonga ochilmasligi) mumkin. Ayrim hollarda ikki shoxli bachadonda to'siq (parda) butunlay bo'lmaydi va bachadon tanasi egarsimon shaklda bo'ladi. **Klinik manzarasi** hech qanday alomatlarsiz kechishi, homiladorlik ikkala bachadonda, shuningdek, uning shoxlarida navbatma-navbat ro'y berishi mumkin. Bu hollarda tug'ruq faoliyati susayib, gipotonik qon ketish va boshqa asoratlarni yuzaga kelishni extimoli kuchayadi. Ba'zan nuqsonlar rudimentar shoxda homiladorlik ro'y berishi, natijada bachadondan tashqarida yuzaga kelgan homiladorlikni eslatadigan alomatlar kuzatiladi. Yuqorida qayd etilgan ko'pgina nuqsonlar befarzandlik va bola tushishiga sabab bo'ladi.

Davolash. Agar bemor shikoyat qilmasa, hayz funktsiyasi buzilmagan bo'lsa, homilador bo'ladi va oson tug'ib oladi, bunday hollarda davolash tadbiri talab etilmaydi. Aytilgan nuqsonlar oqibatida ma'lum simptomatika – kasallik belgilari (farzandsizlik, bola tushishi va hokazolar) yuzaga kelgan taqdirda, kasallik turiga qarab jarrohlik usulida davolanadi.

Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi. Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi (genital infantilizm) jinsiy rivojlanishdan orqada qolish sifatida namoyon bo'ladi. Genital infantilizm xastaligi yuzaga kelganda organizmning umumiy rivojlanishi ham kechikadi. Genital infantilizmga ovqatlanishdagi turli buzilishlar (gipovitaminoz), boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, ayniqsa, yuqumli xastaliklar, intoksikatsiyalar, homilador ayol organizmiga turli zararli omillarning ta'sir etishi, shuningdek, irsiy omillar sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolari chala rivojlangan ayollar menarxe kechikkanidan, amenoreya yoki gipomenstrual sindromidan (hayz qonining kam kelishi) algodismenoreya (hayz davrida qorinning pastki qismida, belda kuchli og'riq) dan, jinsiy maylni susayganidan, befarzandlikdan, bola tushishidan, patologik tug'ruqlardan shikoyat qiladilar. Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ikkilamchi jinsiy belgilar mukammal

emasligi (qovda jun kamligi, oraliqning cho‘zilganligi, katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablarni yopib turmasligi), qinning torligi, bachadon bo‘ynining uzunligi va bachadonning kichikligi ma‘lum bo‘ladi. Genital infantilizmi bor bemorlarni davolash uchun organizmning umumiy rivojlanishiga yordam beradigan quvvat beruvchi terapiya tavsiya etiladi va hayz funksiyasini me‘yorga keltirish hamda ikki fazali siklga erishish uchun gormonlar bilan davolanadi. Ayni paytda fizioterapiya muolajalari, balchiq bilan davolash, uqalash buyuriladi. Ayollarda jinsiy a‘zolar noto‘g‘ri rivojlanishining oldini olish uchun homiladorlikni to‘g‘ri o‘tkazish kerak (to‘g‘ri ovqatlanish, mehnat gigiyenasiga rioya qilish, jismoniy zo‘riqishlardan o‘zini saqlash va hokazolar). Bolalik davrida qizlar shaxsiy gigiyenasining barcha qoidalariga, umumiy va ruhiy zo‘riqishlardan o‘zlarini saqlashlariga, ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibiga rioya qilishlari zarur. Jinsiy a‘zolarining to‘g‘ri shakllanishi va normal faoliyatiga o‘z vaqtida boshlangan jinsiy hayot, birinchi homiladorlik, uning to‘g‘ri kechishi kabi omillar muhim shartlardan biri deb hisoblanadi.

Nazorat savollari:

1. Tashqi jinsiy a‘zolar rivojlanish nuqsonlari haqida tushuncha bering?
2. Tuxumdonlarning rivojlanish nuqsonlari haqida tushuncha.
3. Bachadonda bo‘ladigan nuqsonlar haqida tushuncha.
4. Qinda hosil bo‘ladigan nuqsonlar.
5. Jinsiy a‘zolarining chala rivojlanishi haqida tushuncha.

Tayanch so‘z va iboralar:

1. Germafroditizm-homilada ham erkaklik, ham ayollik belgilarining bo‘lishi.
2. Shereshevskiy-Terner sindromi – tuxumdonlarning bo‘lmasligi.
3. Shteyn-Livental sindromi – tuxumdonlar to‘qimasi o‘rnida biriktiruvchi to‘qima bo‘lishi.
4. Aplaziya – qinning, bachadonning va boshqa a‘zolarining bo‘lmasligi.
5. Gipoplaziya – jinsiy a‘zolarining rivojlanishdan orqada qolishi

XXVI BOB.

BEPUSHTLIK. BEPUSHT AYOL SALOMATLIGI MUAMMOLARI

Bepushtlik deganda – balog‘atga (voyaga) yetgan organizmning urug‘lanish (homilador bo‘lish) qobiliyati yo‘qligi tushuniladi. Birlamchi, ikkilamchi, ayollar va erkaklar bepushtligi tafovut qilinadi. Butunjahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti (BJSST) tavsiyasiga ko‘ra muntazam ravishda jinsiy hayotda yashaydigan, homiladorlikdan saqlovchi vositalardan foydalanmaydigan ayollarda bironta ham homiladorlik bo‘lmasa (1 yil davomida) birlamchi bepushtlik deyiladi.

Ikkilamchi bepushtlik esa ilgari anamnezida homiladorlik bo‘lib, muntazam jinsiy hayotda yashovchi, homiladorlikdan saqlanmagan ayollarda, keyingi bir yil davomida homiladorlik bo‘lmasligidir. Erkaklardagi bepushtlik (birlamchi va ikkilamchi) voyaga yetgan erkak organizmning urug‘lantirish qobiliyati bo‘lmasligidir. Bepushtlikni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar xotin-qizlar va erkaklar jinsiy a‘zolarining turli xil yallig‘lanish kasalliklari, organizmning taraqqiyot nuqsonlari va boshqa omillar hisoblanadi. Ayniqsa jinsiy yo‘l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biridir. Bepushtlik nafaqat ayol uchun balki oilaviy juft va qarindosh urug‘lar uchun ham turli muammolar keltirib chiqaruvchi holatdir, shuning uchun ham reproduktiv salomatlik markazlari bepushtlikning sabablarini aniqlash, ularni bartaraf etish borasidagi faoliyatlarini kengaytirmoqlari lozim. Erkaklar orasida ham tegishli davolash-profilaktika chora-tadbirlarini olib borishlari zarur.

Turli mamlakatlarda va aholi qatlamlari orasida bepushtlik turlicha tarzda uchraydi va u mintaqada JYOYuK tarqalganligi kasallikni o‘z vaqtida aniqlash va davolash chora-tadbirlari qo‘llanilmaganligi, abortlar va uning asoratlari hamda akusherlik va ginekologik xizmatning qay darajada tashkil etilganligi bilan chambarchas bog‘liqdir.

Bundan tashqari atrof-muhitning tozaligi, ovqatlanish shart-sharoitlari, irsiy omillar ham muhim ahamiyatga ega. Hozirgi kunda

ko'pchilik mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra bepushtlik 10% dan 20%gacha uchraydi. Erkak va ayollarda mo'tadil ravishda urchish (homiladorlik, tug'ruq qobiliyatlari) qobiliyati quyidagi omillarga bevosita bog'liq.

BEPUSHTLIKNING OLDINI OLISH CHORALARI

Reproduktiv salomatlik markazlarida, o'smirlar poliklinikalaridagi ginekologik kabinetlarda, birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish muassasalaridagi, qishloq vrachlik punktlarida (QVP) xodimlar jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar, xotin-qizlar jinsiy a'zolarining turli tuman yuqumli, parazitlar va endokrin kasalliklarining oldini olish, ularni o'z vaqtida aniqlash va davolash chora-tadbirlarini amalga oshirmoqlari lozim. O'smirlar orasida sanitariya-oqartuv ishlarini yaxshi yo'lga qo'yishlari, ularning ushbu muassasalariga erkin murojaat qilishlariga sharoit yaratishlari maqsadga muvofiqdir. Seksual jihatidan faol o'smirlar bilan JYOYuK larning oldini olish, homiladorlikdan saqlovchi vositalaridan oqilona foydalanish borasida suhbatlar olib borish, maslahatlar berish yaxshi natija beradi. O'tkazilgan tadbirlar o'smir qizlar jinsiy a'zolari kasalliklarining uning oqibatida esa kelajakda bepushtlikning oldini olishda o'z samarasini beradi. Bepushtlikni bartaraf etish maqsadida reproduktiv salomatlik xizmati xodimlari quyidagilarga amal qilishlari tavsiya etiladi: 1. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) va chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (ChAYaK) va ularni davolash haqida zamonaviy bilimga ega bo'lishlari; 2. Ba'zi bir xil zamonaviy kontraseptiv vositalarining ChAYaK ning ko'payishiga sabab bo'lishi mumkinligini yaxshi anglashlari; 3. O'smirlar orasida yaxshi davolanmagan JYOYuK va ChAYaK ning oqibati haqida tushuntirish ishlarini olib borish; 4. Aholi o'rtasida JYOYuK ni davolashning eng zamonaviy va qulay usullari mavjud ekanligi va undan unumli foydalanishlari haqida sanitariya-maorif ishlarini kuchaytirish; 5. Seksual jihatdan faol o'smirlarga homiladorlikdan saqlanishning prezervativ va diafragmadan foydalanish kabi usullarning afzalligi va BIV lardan o'smirlar foydalanishining zararli oqibatlari haqida maslahatlar berish.

BEPUSHTLIKNING RUHIY JIHATLARI (ASPEKTLARI)

Aksariyat hollarda bepusht oilaviy juftlar bolasizlik yuzasidan tekshirishdan o'tish jarayonlarida sabablari aniqlanib, bartaraf etilishi munosabati bilan homilador bo'lib ketishadilar. Lekin ularda bachadondan tashqaridagi homiladorlik, homilaning o'z-o'zidan tushishi, homilaning ona qornida, tug'ruq paytida nobud bo'lishi kabi xavflar boshqalarga nisbatan yuqoriroq bo'ladi. Shu sababli ba'zi bir xil juftlar bolasiz o'tishni afzal ko'rishadi. Shunday hollarda oilani rejalashtirish sohasi mutaxassislari ular bilan maslahatlar olib borganda quyidagi omillarni inobatga olishlar zarur: 1. Bolasiz oilalar murojaat qilishganda ular o'zlariga tarbiya uchun bola olishlari va uni farzandlikka qabul qilish imkoniyatlari borligini, bu borada tegishli tashkilotlar manzili, mas'ul shaxslar familiyalari, kerak bo'lsa telefonlari haqida ma'lumot berish; 2. Lozim bo'lganda ularni ruhshunos mutaxassis maslahatiga yo'llashga to'g'ri keladi; 3. Mijozlarni bepushtlik muammolari bilan shug'ullanadigan maxsus ixtisoslashgan tibbiy muassasalarga yo'llanma berish; 4. Bolasiz er va xotinlarning ruhiy jihatdan ancha tushkunlik holatida ekanligi, har bir ruhiy ta'sirga sezuvchanligi alohida e'tiborda bo'lishi.

Nazorat savollari:

1. Bepushtlik tushunchasi.
2. Bepushtlikni keltirib chiqaruvchi sabablar.
3. Ayollar va erkaklar bepushtligi haqida ma'lumot.
4. Bepushtlikning diagnostikasi va profilaktikasi.

Tayanch so'z va iboralar:

Aspermiya – spermatozoidlarning bo'lmazligi, **azospermiya** spermatozoidlarning son jihatdan kam bo'lishi, **nekrospermiya** – spermatozoidlarning o'lik bo'lishi, **seksual faollik** – jinsiy faoliyatning kuchayishi, **spermatogenez** – spermatozoidlar ishlab chiqarish qobiliyati.

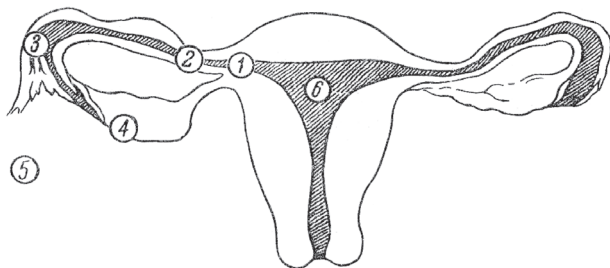
XXVII BOB.

BACHADONDAN TASHQARIDAGI HOMILADORLIK (Graviditas extrauterina)

Urugʻlangan tuxum hujayra normal sharoitda tuxum yoʻllari orqali bachadonga borib, uning shilliq qavatiga payvandlanib oladi. Tuxum hujayraning harakatlanish sharoiti buzilgan boʻlsa, u bachadondan tashqariga payvandlanadi. Bachadondan tashqari homiladorlik deb shunga aytiladi.

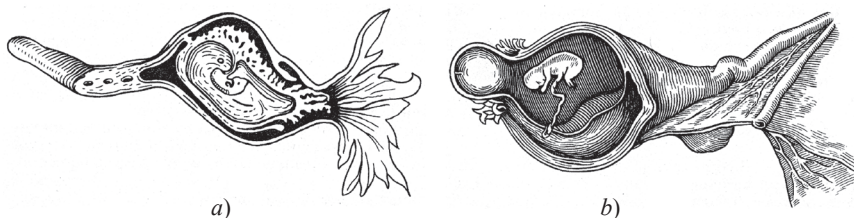
Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishda (graviditas extrauterina) spermatozoid bilan qoʻshilgan tuxum hujayra odatdagicha bachadon ichiga emas, balki bachadon naylarida (graviditis extrauterina tubria), qorin boʻshligʻida (graviditis extrauterina abdominalis), tuxumdonda (graviditis extrauterina ovarialis), bachadonning qoʻshimcha shoxida, bachadon boʻynida rivojlanishi ham mumkin (13-rasm). Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98–99 % bachadon naylarida uchraydi.

Etiologiyasi. Homilaning bachadon naylarida rivojlanishida naycha muskullarini sust boʻlishi, naychalardagi yalligʻlanishdan keyin qolgan chandiqlar, oʻsmalar, endometrioz, bachadon va uning naychalar sili, asabiy ruhiy holatlar sabab boʻlishi mumkin.



13-rasm. Bachadondan tashqaridagi va bachadondagi homiladorlikda otalangan tuxum hujayraning payvandlanadigan joylari.

1 – bachadon nayining interstitsial qismiga; 2 – boʻgʻiz (istmik) qismiga; 3 – ampulyar qismiga; 4 – tuxumdonga; 5 – qorin boʻshligʻiga; 6 – bachadon boʻshligʻiga.



14-rasm. **Bachadon nayidagi abort.**

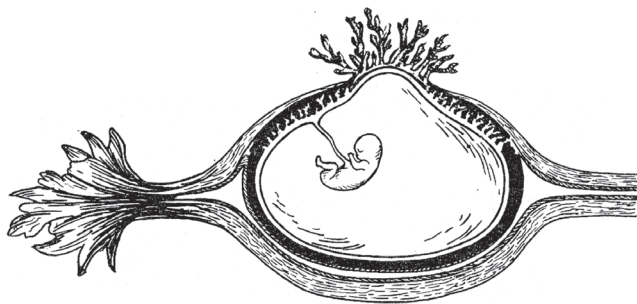
a – homila tuxumining nay devorlaridan ko‘chishi; *b* – homila tuxumining naydan chiqq boshlashi

Infantil ayollarning naychalari uzun va egri bugri bo‘lganlari sababli spermatozoid qo‘shilgan tuxum hujayra bachadonga yetib kelmay, u naychalarning biror qismida to‘xtab rivojlana boshlaydi. Agar ayol bolasini uzoq vaqt emizib yursa, bachadon shilliq qavati atrofiyaga uchraydi. Bu ham bachadondan tashqaridagi homiladorlikka sabab bo‘lishi mumkin. Bachadon bo‘shlig‘iga yod kiritilgan taqdirda bachadon nayining teshigi berkilib qoladi, shuning natijasida bachadondan tashqaridagi homiladorlik ro‘y berishi mumkin.

Klinik kechishi: spermatozoid bilan qo‘shilgan tuxum hujayra bachadon naylarida, tuxumdonga va qorin bo‘shlig‘iga, bachadon bo‘yniga joylashishi mumkin. Ko‘pincha homiladorlik 5–6 haftaligidayoq embrion joylashgan a‘zo yoriladi va u yerdan qon ketadi. Homiladorlik qorin bo‘shlig‘ida bo‘lganda kam-kam holatlarda muddatiga etgan homila kuzatiladi. Homiladorlik bachadon naychalarida ro‘y berib, keyin naychalarning teskari perestaltik qisqarishi natijasida homila qorin bo‘shlig‘iga tushishi mumkin (naychalarning homila tashlashi – aborti). Yoki ayol jinsiy hujayrasining spermatozoid bilan qorin bo‘shlig‘ida qo‘shilishidan kelib chiqadi.

Homiladorlik qayerda bo‘lishidan qat‘iy nazar ayol boshqorong‘i bo‘lib, achchiq, sho‘r, nordon narsalarni ko‘ngli tusay boshlaydi. Sut bezlari qattiqlashadi, qin shilliq qavati va bachadon bo‘ynining qin qismi ko‘kintir bo‘lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirganda bachadon bir oz kattalashgan bo‘ladi. Hali homila tuxumi o‘rnidan ko‘chmagan, naycha yorilmagan bo‘lsa, shu homilali naycha yo‘g‘on-

lashgan va yumshagan, homila tuxumi joylashishiga qarab shu yer ko'proq yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).



15-rasm. Bachadon nayining yorilishi.

Biologik, serologik va immunologik reaksiyalar homila tuxumi ko'chmagan bo'lsa, musbat bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda ko'pincha homiladorlik to'xtaganda (naycha yorilganda yoki naychadagi abort bo'lganda) tashxis qo'yish oson.

Bachadon naylaridagi homiladorlik. Bu homiladorlik 5–6 haftalikdayoq to'xtaydi. Chunki naycha shilliq qavatida shilliq osti qavati bo'lmaydi. Desidual reaksiya sust bo'ladi. Muskul qavati ham sust rivojlanadi. Homila tuxumi naychalarda ancha chuqurga, hatto muskul qavatiga, seroz qavati va undan ham chuquroqqa joylashib rivojlanadi. Bunda qon tomirlar emiriladi. Agar homila tuxumi naychaning ampulyar qismiga joylashgan bo'lsa, naycha qisqarishi natijasida u ko'chib, qon laxtalari bilan qorin bo'shlig'iga tushadi. Shunday qilib bachadon naylaridagi homiladorlik ikki yo'l bilan tugallanadi: a) naychalar aborti (abortus tubaria); b) naychalarning yorilishi (ruptura tube uterina).

Agar homila naychalarning bachadon qismida joylashgan bo'lsa u 4–5 oylikgacha o'sishi mumkin, so'ngra shu qism yoriladi va ayol ko'p qon yo'qotadi.

Naychalardagi homila tuxumi turli muddatlarda so'rilib, qorin bo'shlig'iga tug'ilishi, bu 1–2 hafta mobaynida sodir bo'lishi mumkin. Homila tuxumi nay devoridan ko'chib, nobud bo'ladi. Qon

shimadi va sekin-asta parchalanadi. Bachadon nayi zo‘r berib qisqara boshlaydi, ko‘chgan homila tuxumi naydan qorin bo‘shlig‘iga chiqadi. Bachadon naychalari teskari qisqarganda (antiperistaltika) bemor dard tutgandagi kabi og‘riq sezadi. Ko‘pincha qorin pastining bir tomonida og‘riydi. Naydagi abortda qon naycha yirtilganga qaraganda kamroq ketadi. Bunda ayol bo‘shashadi, bosh aylanishidan shikoyat qiladi, pulsi tezlashadi. Naychalar yirtilib, qon ko‘p ketganda shok holati kuzatiladi. Ba’zan ayolning o‘limi ham kuzatiladi.

Nazorat uchun savollar:

1. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning turlari.
2. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning etiologiyasi, klinikasi va davosi.
3. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda nayning yorilishi.
4. Naydagi abort.

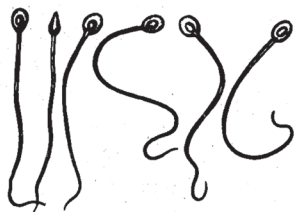
Tayanch so‘z va iboralar

Bachadondan tashqaridagi, implantatsiya, homiladorlik, Duglas bo‘shlig‘i, naydagi abort, qin orqa gumbazi punktsiyasi, laparotomiya.

XXVIII BOB. HOMILADORLIK DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI

Urug‘lanish (bo‘yida bo‘lish) Erkakning etilgan jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan ayol jinsiy hujayrasining qo‘shilib bitta hujayraga aylanishi va undan yangi organizm taraqqiy eta boshlashi urug‘lanish deb ataladi.



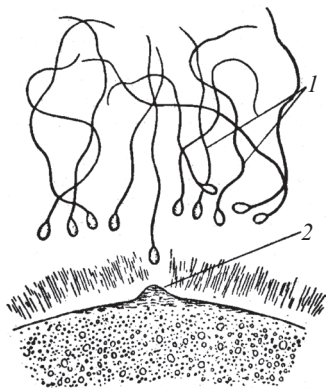
16-rasm. Spermatozoidlar.

Spermatozoidlar erkak jinsiy bezlari-ning burama kanalchalarida hosil bo‘ladi. Spermatozoidning **boshchasi**, **bo‘yni** va ingichka uzun **dumi** bor (16-rasm). Boshchasi hujayraning yupqa sitoplazma qavati bilan o‘ralgan yadrodan, dumi bilan bo‘yni esa sitoplazmadan iborat.

Spermatozoidlar mustaqil harakatлана oladi. Bu harakat dumining tebranma harakatlariga bog‘liq. Spermatozoidlar urug‘ pufakchalari bilan prostata bezining sekretiga tushgach harakatchanligi oshadi. Urug‘ pufakchalari hamda prostata bezining sekreti bilan spermatozoidlar aralashmasi shahvat yoki sperma deb ataladi. Jinsiy aloqada qinga 5–8 ml sperma tushadi, buncha spermada 200–500 mln. spermatozoidlar bo‘ladi. Sperma qinning asosan orqa gumbaziga tushadi, bachadon bo‘ynining qindagi qismi esa orqa gumbazga qaragan. Bachadon bo‘yni kanalining tashqi teshigi orqa gumbazda to‘plangan spermaga tegib turadi, shuning uchun spermatozoidlar bachadonga bemalol kira oladi. Spermatozoidlar bir daqiqada 3–3,5 mm tezlik bilan harakatlanib 1–11/2 soatdan keyin bachadon bo‘shlig‘iga etib boradi. 2–3 soatdan

17-rasm. Spermatozoidlarning tuxum hujayraga kirishi.

1 – spermatozoidlar; 2 – spermatozoidlarga peshvoz hosil bo'ladigan va ularni qabul qiladigan dumbqocha.



keyin bachadon naylariga kirib, ularda tuxum hujayra bilan uchrashadi. Tuxum hujayra bachadon nayining odatda ampulyar qismida urug'lanadi. Tuxum hujayralar mustaqil harakatlana olmaydi. Yetilgan tuxum hujayra nurafshon toj bilan o'ralib, yorilgan follikuladan qorin bo'shlig'iga tushadi, so'ngra bachadon nayiga yo'l oladi. Bachadon nayi va shokilalarining so'ruvchi peristaltik harakatlari, nay epiteliysidagi kipriklarning hilpillashi (shu tufayli suyuqlik nay voronkasidan nayning bachadon tomondagi uchiga harakatlanadi) tuxum hujayraning nayga kirib olishiga yordam beradi. Bachadon nayining ampulyar uchiga kirib olgan tuxum hujayraga million-million spermatozoidlar intilib boradi. Tuxum hujayra yuzasida spermatozoidlar qarshisida qabul qiluvchi do'mboq vujudga keladi.

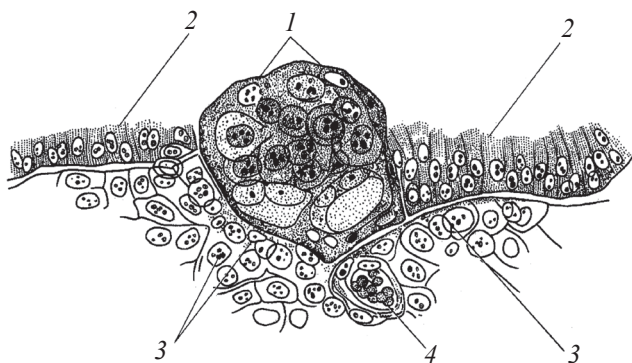
Million spermatozoidlardan faqat bir nechtasi tuxum hujayraning protoplazmasiga tiniq pardasi (zona pellucida) orqali kiradi (17-rasm). Spermatozoidlarning bosh qismida tuxum hujayraning tiniq pardasini eritib yuboradigan ferment-gialuronidaza mavjud, spermatozoidlarning tuxum hujayra ichiga kirishiga shu ferment yordam beradi. Tuxum hujayraga kirmagan hamma spermatozoidlar nobud bo'ladi, parchalanadi va bachadon naylarining shilliq pardasiga so'rilib ketadi. Tuxum hujayra protoplazmasiga kirgan bir necha spermatozoiddan faqat bitta yoki ikkitasi urug'lantirishda qatnashadi; spermatozoid yadrosi tuxum hujayra yadrosiga peshvoz borib, unga qo'shilib ketadi. Bu jarayon urug'lanishdir. Homiladorlik tuxum hujayraning urug'lanish paytidan boshlanadi.

URUG‘LANGAN TUXUM HUYAYRANING BO‘LINISHI VA BACHADONGA SILJIB BORISHI

Urug‘langan tuxum hujayra modda almashinuvining kuchayganligi bilan farq qiladi. Yadrolar qo‘shilib ketgan hamono tuxum hujayra bo‘lina boshlaydi. Kariokinez yo‘li bilan bo‘linish natijasida tuxum hujayradan avval ikkita qizlik hujayra – blastomerlar hosil bo‘ladi, bular ham bo‘linadi. Blastomerlarning tez bo‘linishi natijasida hujayralar to‘plami vujudga keladi, bu hujayralar to‘plami sirtdan qaraganda tut mevasiga o‘xshaydi (morula). Bo‘linayotgan tuxum ayni vaqtda bachadon nayi ichida harakatlana borib, urug‘lanish paytidan hisob qilganda 8–10-kuni bachadon bo‘shlig‘iga yetib boradi.

URUG‘LANGAN TUXUM HUYAYRANING BACHADONGA PAYVANDLANISHI – IMPLANTATSIYA

Urug‘langan tuxum bo‘linish bilan bir qatorda hujayralari sifat jihatdan ham o‘zgaradi. Bo‘linayotgan tuxum bachadon nayidayoq tiniq parda (zona pellucida) dan xalos bo‘ladi. Bachadonga kirish paytigacha morula hujayralarining tashqi qavati trofoblastga, ichki hujayralari esa embrioblastga aylanadi. Embrioblastdan murtak (embrion) vujudga keladi. Trofoblast tuxumni payvandlantiruvchi va embrioblastdan hosil bo‘ladigan murtakni oziqlantiruvchi parda hisoblanadi. Trofoblast hujayralari fermentsimon modda proteolitik ferment ishlab chiqaradi, bu moddalar bachadon shilliq pardasining to‘qimalarini eritib yuboradi. Tuxum bachadon shilliq pardasining yuzasiga (odatda orqa yoki oldingi devorining naylar ro‘parasidagi joyiga) cho‘kadi, trofoblast bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi, bezlari, stroma hujayralari va tomirlarini eritib yuboradi va sekin-asta shilliq pardaning funksional qavati ichkarisiga botib kiradi (18-rasm). Tuxum bachadon shilliq pardasiga batamom kirib olgach uning ustidagi defekt bitib ketadi, tuxumning payvandlanish jarayoni shu paytdan boshlab tugaydi (19-rasm).

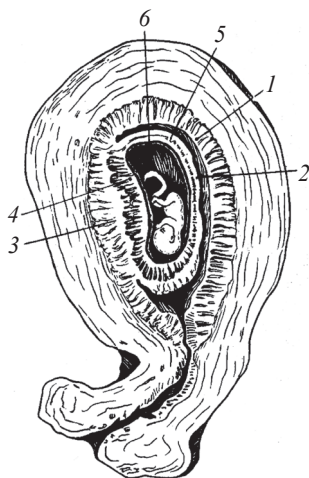


18-rasm. Bachadoning shilliq pardasiga tuxum hujayralarning payvandlana boshlashi.

1 – bo‘linayotgan tuxum; 2 – bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi; 3 – detsidual hujayralari; 4 – qon tomiri.

Shilliq pardani trofoblast eritib yuborgach tuxum atrofidagi to‘qimalar parchalanib, murtakning oziqlanish muhiti vujudga keladi, (embriotrof, «bachadon suti»). Embriotrofdan oqsillar, uglevodlar, yog‘lar, vitaminlar, tuzlar va embrionning oziqlanishi hamda rivojlanishi uchun zarur boshqa moddalar bor.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadon shilliq pardasi sekretor fazada bo‘ladi: bezlari sekretga to‘lgan, stroma hujayralari yumaloqlangan bo‘lib, glikogen saqlanadi, funksional qavat spongioz (g‘ovak) va kompakt qavatlariga bo‘linadi. Spongioz qavat asosan bezlardan, kompakt qavat esa stromaning yumaloqlangan desidual hujayralardan iborat, bezlarning chiqarish yo‘llari shu hujayralar orasidan o‘tadi. Tuxum payvandlanib olgach bachadon



19-rasm. Ko‘chib tushadigan (detsidual) parda bo‘laklari.

1 – decidua parietalis; 2 – decidua capsularis; 4 – chorion frondosum; 5 – chorion laeve; 6 – amnion.

shilliq pardasi qalin, suvli bo‘lib, bezlari sekretga yanada to‘lishadi, stroma hujayralari kattalashadi, ulardagi glikogen ko‘payadi. Stromaning o‘zgargan shu hujayralari **homiladorlikning desidual hujayralari** deb ataladi.

Kompakt qavatga suqilib kirgan tuxum hamma tomondan desidual, parda elementlari bilan o‘ralgan. Tuxumning vaziyatiga qarab desidual parda uch qismga bo‘linadi:

1) **Decidua capsularis**—tuxumni bachadon bo‘shlig‘i tomondan qoplovchi qismi;

2) **Decidua basalis** – tuxum bilan bachadon devori o‘rtasidagi qismi;

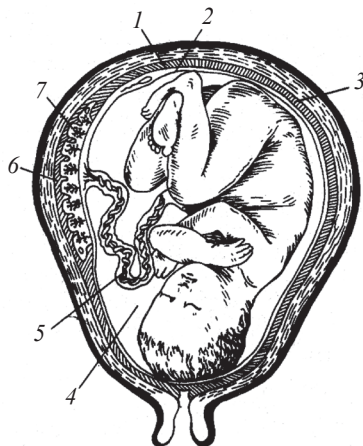
3) **Decidua parietalis** – bachadonning bo‘shlig‘ini qoplovchi jami shilliq (desidual) parda. Homila tuxumi o‘sgan sayin decidua capsularis bilan decidua parietalis cho‘ziladi, yupqa tortadi va bir-biriga yaqinlashadi. Homiladorlikning IV oyida homila tuxumi butun bachadon bo‘shlig‘ini egallaydi. Desidual pardaning shu ikki bo‘limi birga qo‘shilib, yanada ko‘proq yupqalashadi. Decidua basalis esa, aksincha, qalin tortib, unda ko‘pgina tomirlar taraqqiy etadi. Ko‘chuvchi pardaning shu qismi platsentaning onaga taalluqli qismiga aylanadi.

Vorsinali parda (xorion) trofoblast bilan mezoblastdan taraqqiy etadi. Vorsinalar avvaliga tomirsiz bo‘lib, homiladorlik I-oyining oxiridayoq ularga allantoisdan tomirlar o‘sib kiradi. Dastlabki vaqtda vorsinalar homila tuxumining butun yuzasini bir tekis qoplaydi. Homiladorlikning II-oyida xorionning decidua capsularis-ga taqalib turgan qismidagi vorsinalar atrofiyalana boshlaydi, homiladorlikning III-oyida xorionning o‘sha qismidagi vorsinalar yo‘qoladi, natijada xorion silliq bo‘lib qoladi (chorion laeve). Xorionning decidua basalis-ga taqalib turadigan qarama-qarshi tomonida – vorsinalar, sershox bo‘lib o‘sib chiqadi (chorion frondosum) (12-rasm). Xorionning shu qismi platsentaga aylanadi.

Qog‘onoq pardasi (amnion) berk xalta bo‘lib, ichida qog‘onoq suvi bilan o‘ralgan homila turadi. Qog‘onoq pardasi (amnion) homilaga eng yaqin turgan ichki pardadir. Desidual (ko‘chuvchi) pardaga chegaradosh

20-rasm. Bachadonda pardalarning joylashuvi (sxema).

1 – chorion laeve; 2 – amnion; 3 – qoʻshilib ketgan decidua capsularis bilan decidua parietalis; 4 – amnion boʻshligʻi; 5 – kindik; 6 – decidua basalis; 7 – chorion frondosum.



boʻlgan vorsinali parda (xorion) qogʻonoq pardasiga taqalib turadi (20-rasm).

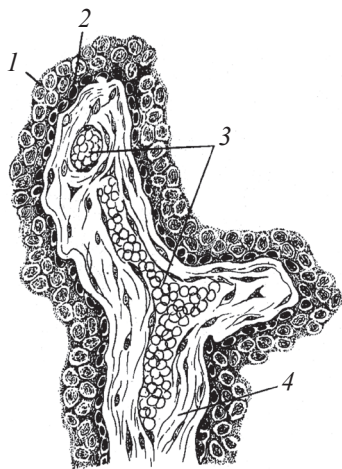
Qogʻonoq suvi (amnion suyuqligi). Amnion boʻshligʻidagi suyuqlik-qogʻonoq suvi homiladorlikning oxirgi oylarida 1–1,5 l ga etadi. Qogʻonoq suvi (homila atrofidagi suv) amnion eliteliysining sekretiysi natijasida hosil boʻladi; ehtimol, ona qon tomirlaridan suyuqlik sizib oʻtishi va homila buyraklarining ishlashi natijasida ham qisman hosil boʻlishi mumkin. Qogʻonoq suviga epidermis tangachalari, teridagi yogʻ bezlarning mahsuli va homilaning mayin tuklari aralashgan boʻladi.

Qogʻonoq suvining tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yogʻ, qand va gormonlar (follikulin, gonadotrop gormon) bor. Qogʻonoq suvining fiziologik ahamiyati katta: 1) suv homilaning bemalol harakatlanishi va taraqqiy etishi uchun sharoit tugʻdiradi, suv yetishmasligi homiladagi tugʻma majruhliklarga sabab boʻladi; 2) suv homilaning nozik organizmini noqulay tashqi taʼsirlardan saqlaydi; 3) suv kindikni homila gavdasi bilan bachadon devori oʻrtasida qisilib qolishdan saqlaydi (kindikning qisilishi natijasida homila nobud boʻlishi mumkin); 4) qogʻonoq suvi bilan toʻla homila pufagi tugʻruq vaqtida bachadon boʻyni ochilish davrining normal oʻtishiga yordam beradi.

PLATSENTA (PLACENTA)

Platsenta¹ homilaning nafas olishi, oziqlanishi va homilada modda almashishi natijasida hosil boʻlgan ortiqcha moddalarni chiqarib

¹ *Platsenta* – yoʻldoshning faqat bir qismi, shuning uchun uni «yoʻldosh» bilan almashtirish yaramaydi. Uni bola oʻrni deb ham ataladi.



**21-rasm. Vorsinaning
mikroskopik tuzilishi.**

1 – sinsitiy; 2 – sitotrofoblast (Langxans hujayralari); 3 – qon tomirlari; 4 – embrional qo‘shuvchi to‘qima.

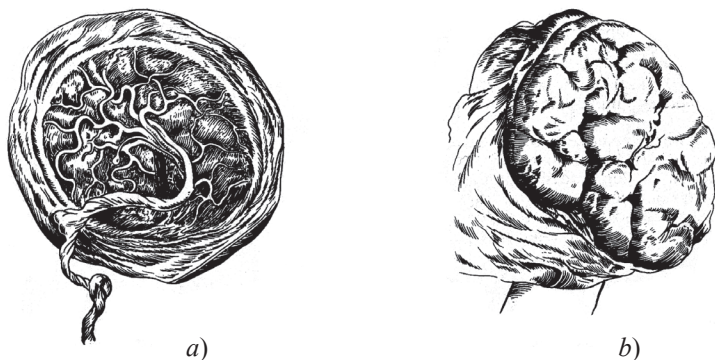
yuborishga yordam beradigan eng muhim organdir. Platsenta o‘pka, hazm a‘zolari, buyrak, teri va boshqa a‘zolarining funksiyasini ham bajara-di. Platsentada gonadotrop gormonlar, estrogen gormonlar va progesteron hosil bo‘ladi: unda gidrokortizon, bo‘y o‘stiradigan gormon, adreno-kortikotrop va boshqa gormonlar ham borligi aniqlangan.

Platsentaning to‘qimasida oqsillar, uglevodlar, lipidlar, fosfatidlar, vitaminlar, mikroelementlar, temir va boshqa moddalar bor.

Ba‘zi vorsinalar decidua basalisga o‘tib kirib, desidual hujayralarni va tarvaqaylab ketgan keng tomirlarni eritib yuboradi. Bu vorsinalar platsentaning onaga va homilaga taalluq-

li qismlarini bir-biriga bog‘laydi (biriktiruvchi vorsinalar) (21-rasm). Juda mayda vorsinalardan ko‘pchiligi vorsinalararo bo‘shliqda erkin holda tugaydi va shu joyda oqib turgan qonda muallaq holda suzib yuradi.

Platsentaning tashqi ko‘rinishi yumaloq, qalin, yumshoq kulchaga o‘xshaydi. Homiladorlik oxirida va tug‘ruqqa yaqin platsenta diametri 15–18 sm, qalinligi 2–3 sm, vazni 500–600 g ga etadi. Platsentaning ikkita yuzasi bor: bir yuzasi bachadon devoriga qaragan bo‘lib, onaga tegishli yuz deyiladi, ikkinchi yuzasi ichkariga, amnion bo‘shlig‘iga qaragan bo‘lib, homila yuzasi deb ataladi (22-rasm). Homilaga qaragan yuzasi silliq, yaltiroq qog‘onoq pardasi bilan qoplangan. Shu pardaning ostidan xorionga tomirlar o‘tadi, bu tomirlar kindik yopishgan joydan platsenta periferiyasiga tomon radial yo‘l oladi. Platsentaning onaga qaragan yuzasi och kul rang-qizil bo‘lib, bir qadar chuqur egatlar bilan pallachalar (kotiledonlar) ga bo‘lingan.



22-rasm. **Platsenta.**

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

Platsentaning asosiy qismini tashkil etuvchi sertarmok vorsinalarni qoplaydigan yupqa desidual parda platsentaning onaga tegishli yuzasiga och kul rang tus beradi. Platsenta odatda bachadon oldingi yoki orqa devorining yuqori bo‘limiga yopishadi; bachadonning tubiga va naylarining burchaklariga platsenta yopishuvi kam uchraydi.

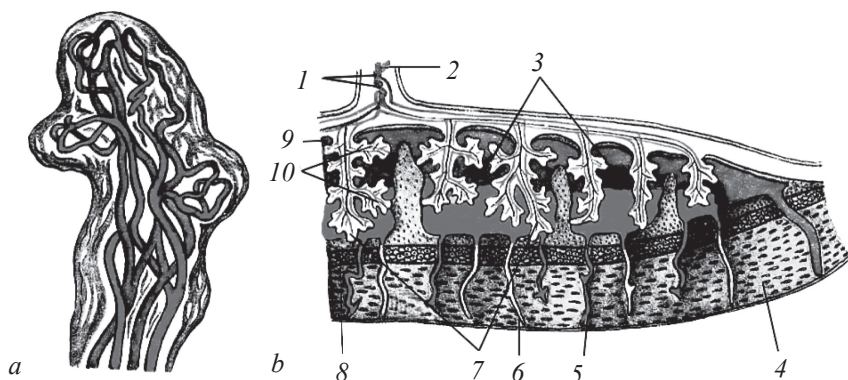
Homilada qon aylanishi. Ona qornidagi hayotning ikkinchi haftasida, homila bachadon devoriga payvandlangach tez orada yuragi ura boshlaydi. Embrionda qon aylanish funktsiyasining rivojlanishi bir necha bosqichga bo‘linadi. Homila tuxumi payvandlangandan keyinroq embrionga trofoblast orqali tuxum atrofidagi to‘qimalar parchalanishidan oziq moddalar kelib turadi. Rivojlanishning ikkinchi haftasida sariqlik xaltasining devorida qon tomirlari va qon elementlari hosil bo‘lib, sariqlik xaltasida qon aylana boshlaydi. I-oy oxirida allantois tomirlari xorionga yaqin kelib vorsinalar ichiga kiradi va allantoisda qon aylana boshlaydi. III-oyda platsenta shakllanadi va allantois o‘rniga platsentada qon aylana boshlaydi. Qorindagi homila platsenta orqali ona qonidan kislorod va oziq moddalar olib turadi. Shunga yarasha homiladagi qon aylanishining muhim xususiyatlari bor. Platsentada kislorod va oziq moddalar bilan boyigan homila qoni kindik venasi orqali homila organizmiga kiradi. Homila tug‘ilgan zahoti birinchi marta nafas oladi, shu paytdan boshlab homila o‘pkasi

bilan nafas ola boshlaydi va qon aylanishining tug‘ilgandan keyingi tipi vujudga keladi.

Birinchi marta nafas olish mexanizmi murakkab. Homila tug‘ilgach platsentada qon aylanishi uziladi, platsenta orqali kislorod kelishi to‘xtaydi, homila qonida karbonat angidrid to‘planib, nafas markazini qo‘zg‘atadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq shuning natijasida birinchi marta nafas oladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq terisining reseptorlariga termik, taktil va boshqa ta’sirlar tufayli paydo bo‘ladigan reflektor reaksiyalar ham birinchi marta nafas olishga yordamlashadi. Birinchi marta nafas olganda o‘pka alveolalari yozilib, o‘pkaga qon keladi. Endi qon o‘pka arteriyalaridan o‘pkani ta’minlaydi, Botallov yo‘li bita boshlaydi, shuningdek Aransiy yo‘li ham bitadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning o‘pkasida kislorod bilan boyigan qon o‘pka venalari orqali yurakning chap bo‘lmasiga quyiladi, undan chap qorinchaga va aortaga o‘tadi; bo‘lmalar orasidagi oval teshik bitib ketadi. Shunday qilib, yangi tug‘ilgan chaqaloqda qon aylanishining tug‘ilishdan keyingi tipi qaror topadi.

Homilaning nafas olishi. Homila tug‘ilib birinchi marta nafas olish harakati boshlanguncha nafas a’zolari ishlamay turadi. Homila platsenta orqali kislorod oladi. Ona qoni platsentaning vorsinalararo bo‘shlig‘ida aylanib turganida undagi kislorod homila qoniga vorsinalar orqali kiradi; homila qonidan ona qoniga karbonat angidrid o‘tadi. Gazlar vorsinalar epiteliysi bilan stromasi va homila kapillyarlarining endoteliysi orqali ona qonidan homilaga va homiladan ona qoniga diffuziya yo‘li bilan o‘tadi.

Homilaning oziqlanishi. Hazm bezlari va a’zolari ona qornidagi hayot davridayoq ishlay boshlaydi. Homiladorlikning IV–V-oyida jigar glikogenni sintez qiladi va o‘t-safro ishlab chiqaradi, homila ichagidagi ibtidoiy axlat (mekoniy) hosil bo‘ladi. Mekoniyda suv, o‘t-safro, ichga yutilgan tuk, homila terisidagi epidermis tangachalari va yog‘ bezlarining sekreti bor, mekoniy tashqi ko‘rinishda quyuq sarg‘ish massadan iborat. Homilaning me’da-ichak yo‘lidan hazm fermentlari topilgan.



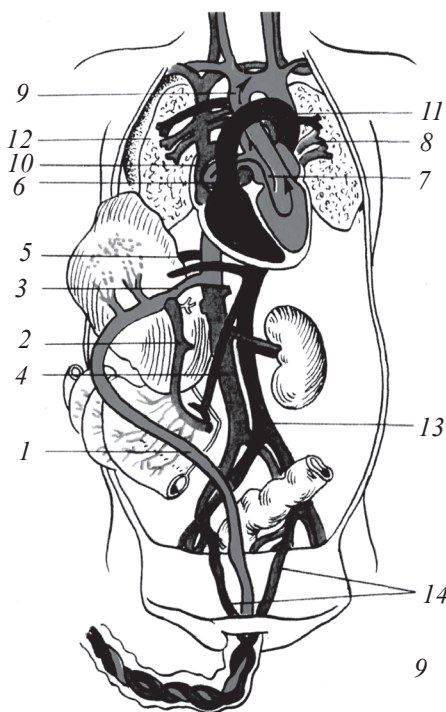
23-rasm. Platsentar qon aylanish.

a – vorsina tomirlari; *b* – platsentar qon aylanish sxemasi. 1 – kindik arteriyasi; 2 – kindik venasi; 3 – vorsinalar orasidagi bo‘shliq, bu yerda ona qoni aylanib yuradi; 4 – bachadonning muskul qavati; 5 – arteriya; 6 – vena; 7 – yopilgan vorsinalar; 8 – decidua basalis; 9, 10 – vorsinalar.

Homilaning chiqarish funktsiyalari. Oqsillar, yog‘lar, uglevodlar almashinuvi natijasida hosil bo‘ladigan moddalar (modda almashinuvining oxirgi ozuqalari – chiqindilar) homila organizmidan platsenta orqali ona qoniga o‘tadi. Homilada modda almashinuvi chiqindilarini homilador ayolning chiqarish a‘zolari, asosan buyraklari ajratib chiqaradi. Homila buyraklari ona qornidagi hayotining VI–VII-oyidan ishlay boshlaydi, ammo chiqarish funktsiyasi, hali sust bo‘ladi. Ona qornidagi hayotning oxiriga yaqin homiladan qog‘onoq suviga picha siydik chiqadi, deb taxmin qilishadi. Bola hatto chala tug‘ilganda ham darrov siydik chiqaradi.

ONA QORNIDAGI HAYOTNING AYRIM OYLARIDAGI HOMILA

Homiladorlik so‘ngi hayz ko‘rishning birinchi kunidan hisob qilganda o‘rta hisob bilan 280 kun yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi (akusherlar hisobidagi oy 28 kun; akusherlarning 10 oyi 40 hafta). Shu davr mobaynida tuxum hujayra urug‘lanib, undan homila yetiladi, bu tug‘ilgan homila yashab keta oladi.

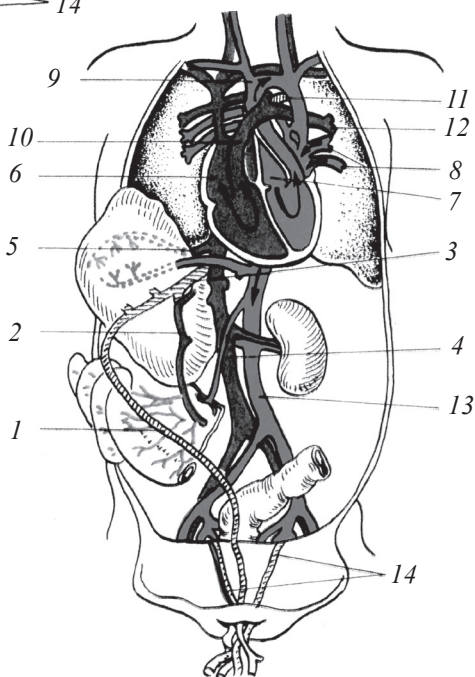


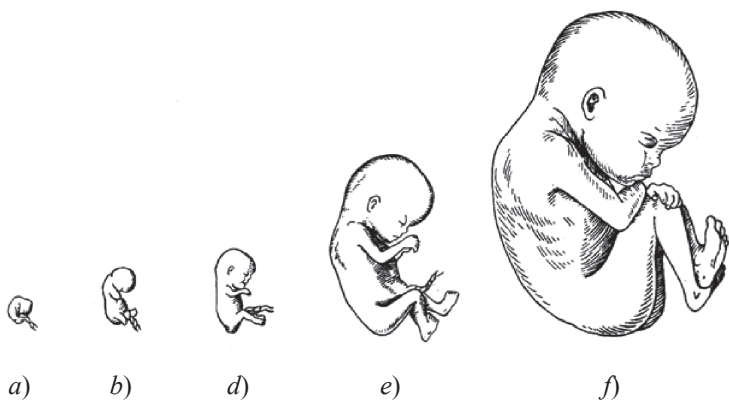
24-rasm. Ona qornidagi homilaning qon aylanish doirasi.

1 – v. umbilicalis; 2 – v. portae; 3 – ductus venosus Arantsii; 4 – v. cava inferior; 5 – v. hepatica; 6 – o'ng bo'lmacha; 7 – chap bo'lmacha; 8 – o'pka tomirlari; 9 – aorta; 10 – a. pulmonalis; 11 – ductus a. Botalli; 12 – o'pkalar; 13 – aorta descendens; 14 – a. umbilicalis

25-rasm. Chaqaloqlar qon aylanish doirasi.

1 – v. umbilicalis; 2 – v. portae; 3 – ductus venosus Arantsii; 4 – v. cava inferior; 5 – v. hepatica; 6 – o'ng bo'lmacha; 7 – chap bo'lmacha; 8 – o'pka tomirlari; 9 – aorta; 10 – a. pulmonalis; 11 – ductus a. Botalli; 12 – o'pkalar; 13 – aorta descendens; 14 – a. umbilicalis.





26-rasm. Qorindagi homila shakli va kattaligining ketma-ket o'zgarib borishi.

a – 1 oy; *b* – 1 1/2 oy; *d* – 2-oy oxiri; *e* – 3-oy oxiri; *f* – 4-oy oxiri.

I oy ichida tuxum bo'linadi, murtak va embrional pardalar hosil bo'ladi.

II oy oxirida homilaning bo'yi 3–3,5 sm, tanasi shakllangan, qo'l-oyoq kurtaklari bor, boshi tanasining uzunligiga baravar keladi, boshida ko'z, burun, og'iz kurtaklari aniqlanadi (26-rasm).

III oy oxirida homilaning bo'yi 8–9 sm, vazni 20–25 g, boshi kattagina, jinsiy a'zolar tuzilishidagi tafovut sezilarli, qo'l-oyoqlari harakatlanadi, barmoqlari aniqlanadi.

IV oy oxirida homilaning bo'yi 16 sm, vazni 120 g, yuzi shakllangan, qo'l-oyoq harakatlari faolroq bo'ladi-yu, onasiga sezilmaydi, jinsi ro'y-rost ajratiladi.

V oy oxirida homilaning bo'yi 25–26 sm ga etadi, vazni 280–300 g bo'ladi. Terisi qizil, tuk bosgan. Yog' bezlaridan yog' moddasi ajralib chiqa boshlaydi, bu modda epidermis qazg'oqlariga aralashib, pishloqqa o'xshash surtma (vernix caseosae) ni hosil qiladi. Ichakda mekoniy hosil bo'ladi. Homilaning harakatlari onasiga seziladi. Homilador ayolning qorniga quloq tutib ko'rilsa, homilasining yuragi urayotganligini eshitish mumkin. VI oy oxirida homilaning bo'yi 30 sm, vazni 600–680 g, harakatlari chaqqon, homila tirik tug'ilishi mumkin, nafas harakatlarini bajara oladi, tug'ruqdan keyin alohida yaxshi parvarish qilinsa yashab ketishi

mumkin, aks holda tez o‘lib qoladi. VII oy oxirida homilaning bo‘yi 35 sm, vazni 1000–1200 g. Teri ostidagi yog‘ qavati yupqa, terisi burishgan, pishloqsimon surtma bilan qoplangan, butun badanini tuk bosgan. Quloq va burun tog‘aylari yumshoq, qo‘l-oyoq tirnoqlari barmoqlarining uchlarigacha yetmaydi. O‘g‘il bolalarning moyaklari yorg‘oqqa tushmagan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari katta jinsiy lablar bilan berkilgan emas. Homila tirik tug‘ilib nafas oladi. Homiladorlikning VII oyi yoki 28 haftasi o‘tgach homila chala (etilmagan) hisoblanadi-yu, yashay oladi, ammo shu muddatda tug‘ilgan bolalar juda sinchiklab parvarish qilingandagina yashab qolishi mumkin. VIII oy oxirida homilaning bo‘yi 40 sm, vazni 1500–1600 g, homila tug‘ilgach yashab ketishi uchun maxsus parvarishni talab qiladi. IX oy oxirida homilaning bo‘yi 45 sm, vazni 2400–2500 g teri ostidagi yog‘ qavati qalin tortadi, terisi silliq, pushti rang, badanidagi tuk kamaygan, boshidagi sochi o‘sgan. Bu muddatda tug‘ilgan bola yashab ketadi. X oy oxiriga kelib chalaklik (yetilmaganlik) belgilari yo‘qoladi, homila yetilib tug‘iladi. Homila akusherlar hisobicha X-oy oxirida yetiladi. Homilaning oy-kuni yetib tug‘ilishi yetilish darajasiga ba‘zan mos kelmaydi. Rivojlanish sharoiti noqulay bo‘lganda (onaning kasalligi, yaxshi ovqatlanmasligi va hokazo) oy-kuni yetib tug‘ilgan bolada ham yetilmaslik belgilari bo‘lishi mumkin. Ba‘zan teskarisi ham bo‘ladi: bola muddatidan ilgariroq tug‘iladi, lekin yetilgan bo‘ladi.

Tug‘ilgan homilaning necha oyligini bilish uchun bo‘yi va vazni haqidagi ma’lumotlardan foydalanish mumkin. Gaaze sxemasi homiladorlikning turli oylarida homilaning bo‘yini bilishga imkon beradi.

Oy oxiri	Hisob	Homila bo‘yi (sm)	Oy oxiri	Hisob	Homila bo‘yi (sm)
I	1 x 1	1	VI	6 x 5	30
II	2 x 2	4	VII	7 x 5	35
III	3 x 3	6	VIII	8 x 5	40
IV	4 x 4	16	IX	9 x 5	45
V	5 x 5	25	X	10 x 5	50

Oy	Homilaning gramm hisobidagi vazni (oʻrtacha raqamlar)
III	20–25
IV	120
V	280–300
VI	600–680
VII	1000–1200
VIII	1500–1600
IX	2400–2500
X	3200–3500

Sxemadan koʻrinib turibdiki, homiladorlikning birinchi yarmida (akusherlarning 5-oyida) homilaning boʻyi oylarning kvadratga oshirilgan soniga mos keladi, VI oydan boshlab homilaning boʻyi oylarning 5 ga koʻpaytirilgan soniga mos keladi.

Keltirilgan oʻrtacha maʼlumotlarga qarab, homilaning vaznini bilish mumkin.

VI va VII oyda homilaning vazni avvalgi oydagiga nisbatan taxminan ikki baravar oshadi, IX va X oyda

homila vazni eng koʻp (oʻrta hisob bilan 800 g dan) oʻsadi.

HOMILANING YETILGANLIK BELGILARI

Tugʻilgan goʻdakning etilganligi bir qancha belgilar yigʻindisidan bilinadi.

1. Oy-kuni yetib tugʻilgan yetuk goʻdakning boʻyi oʻrta hisobda 50 sm (48 sm dan 57 sm gacha boradi), vazni 3200–3500 g (2600 dan 5000 g gacha va undan ortiqroq).

Homilaning boʻyi vazniga nisbatan doimiy kattalik hisoblanadi, shuning uchun homilaning boʻyi yetilganlik darajasini toʻgʻriroq aks ettiradi. Yangi tugʻilgan goʻdakning boʻyi 47 sm dan uzunroq boʻlsa yetilgan deb, 47 sm dan kamroq boʻlsa etilmagan hisoblanadi. Boʻyi, 45 sm dan 47 sm gacha boʻlgan goʻdaklarning etilganligini yoki yetilmaganligini aniqlaganda har gal hamma belgilarni alohida sinchiklab tahlil qilishga toʻgʻri keladi. Bunday goʻdakning yetilganligi haqida akusher va pediatri birgalashib xulosa chiqaradi. Yangi tugʻilgan goʻdakning boʻyi haqida maʼlumotlar boʻlmasa, vazni hisobga olinadi, shu bilan birga yangi tugʻilgan chaqaloq vazni 2500 g dan kam boʻlsa, yetilmagan deb hisoblanadi.

2. Yetilgan homilaning ko'krak qafasi qavariq, kindik halqasi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan qov o'rtasida bo'ladi.

3. Yetilib tug'ilgan bolaning terisi och pushti rangda, teri ostidagi yog' qatlami yaxshi rivojlangan, terisida pishloqsimon surtma qoldiqlari bor, tuklari faqat yelkasida va orqasining yuqori qismida qolgan, boshidagi sochining uzunligi 2 sm ga etadi, tirnoqlari barmoqlarining uchlaridan oshib turadi.

Quloq va burun tog' aylari elastik.

5. O'g'il bolalarning moyaklari yorg'oqqa tushgan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari va klitori katta jinsiy lablar bilan berkilgan.

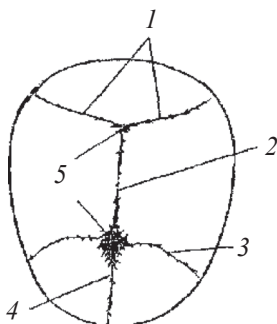
6. Yetilib tug'ilgan go'dak faol harakat qiladi, baralla chinqiradi, ko'zlari ochiq bo'ladi, yaxshi emadi.

YETILGAN HOMILANING BOSHI

Akusherlikda homila boshining shaklini va kattaligini o'rganish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda (96%) homila boshi ketma-ket bir qancha harakatlar qilib (burilib), tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Ichki tekshirishda homila boshidagi suyak choklari va liqildoqlar (20-rasm) aniqlanadi, ularning qay tarzda joylashganiga qarab, tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritsa bo'ladi.

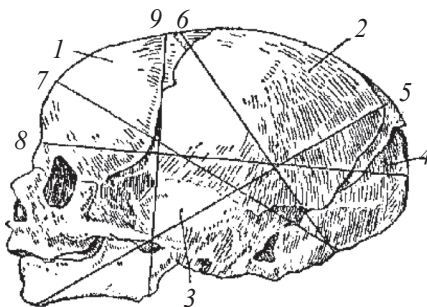
Yetilgan homila boshining bir qancha xususiyatlari bor. Homilaning yuz suyaklari mustahkam birlashgan, ammo kalla suyaklari orasida yoriqsimon choklar va liqildoqlar bor. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-biriga nisbatan siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homilaning kalla suyaklari osongina bukiladi.

Homila kallasi ikkita peshona suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bitta ensa suyagi, asosiy suyak va g'alvirsimon suyakdan iborat (28-rasm). Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor (27-rasmga qaralsin).



27-rasm. Yangi tugʻilgan chaqaloq kallasi (yuqoridan koʻrinishi), undagi choklar va liqildoqlar.

1 – lambdasimon chok; 2 – oʻq-yoysimon chok; 3 – tojsimon chok; 4 – peshona choki; 5 – kichik liqildoq; 6 – katta liqildoq.



28-rasm. Yangi tugʻilgan chaqaloq kallasi.

1 – peshona suyagi; 2 – tepa suyagi; 3 – chakka suyagi; 4 – ensa suyagi; 5 – katta qiyshiq oʻlcham; 6 – kichik qiyshiq oʻlcham; 7 – oʻrta qiyshiq oʻlcham; 8 – toʻgʻri oʻlcham; 9 – vertikal (tik) oʻlcham.

HOMILADOR AYOLLAR ORGANIZMIDAGI FIZIOLOGIK OʻZGARISHLAR

Ona qornida rivojlanayotgan homilaga kislorod, oqsillar, yogʻlar, uglevodlar, tuzlar, vitaminlar va boshqa moddalar hafta sayin tobora koʻp talab qilinadi. Bu moddalarning hammasi homilaga ona organizmidan oʻtib turadi; homiladagi modda almashinuv natijasida hosil boʻlgan chiqindilar ona qoniga oʻtadi va uning chiqarish aʼzolari orqali chiqib ketadi. Binobarin, homilador ayol organizmi qoʻshimcha ish bajaradi, bu esa eng muhim tizim va aʼzolar faoliyatining kuchayishini yoki qayta tuzilishini talab qiladi.

Homila rivojlanishiga aloqador boʻlgan yangi sharoit taʼsiri bilan homilador ayol organizmida koʻpgina murakkab oʻzgarishlar yuz beradi. Bular fiziologik oʻzgarishlar boʻlib, homilaning toʻgʻri rivojlanishiga yordam beradi, ayol organizmini tugʻruqqa va bola emizishga tayyorlab boradi.

Homiladorlikka aloqador oʻzgarishlarning kelib chiqishini va taraqqiy etishini markaziy asab tizimi idora etadi.

Asab tizimi. Homilador ayollarda bosh miya bilan orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi.

Homiladorlikning III–IV oyigacha bosh miya po'stlog'ining o'zgaruvchanligi kamayadi, so'ngra homiladorlik oxirigacha ortib boradi. Homiladorlik vaqtida markaziy asab tizimining pastroqdagi bo'limlari va bachadon asablarining qo'zg'aluvchanligi pasayib tura-di. Reflektor qo'zg'aluvchanlik shu tariqa pasayganidan, bachadon inert bo'lib, tinchlanadi, bu esa homiladorlikning tekis kechishiga yordam beradi.

Tug'ruqdan oldin orqa miya va bachadon asab elementlarining qo'zg'aluvchanligi oshadi, bu esa dard va to'lg'oq tutishiga imkon beradi.

Homilador ayollarda periferik asablar qo'zgaluvchanligi oshadi, dumg'aza va belida nevrologik og'riqlar paydo bo'ladi, boldir mus-kullari tortishib qisqaradi. Bu o'zgarishlarning hammasi keyinchalik izsiz o'tib ketadi.

Endokrin tizimi. Homiladorlikda ichki sekretiya a'zolari (endokrin bezlar) tizimida muhim o'zgarishlar ro'y beradi. Ayolning bo'yida bo'lishi bilanoq tuxumdonda yangi ichki sekretiya bezi – homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi, undan ishlanib chiqadigan gormon (progesteron) otalangan tuxum hujayraning bachadon shilliq pardasiga payvandlanishi va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishi uchun sharoit tug'diradi.

Homiladorlikning boshidan oxirigacha tuxumdonda follikulalar yetilmaydi va ovulyatsiya ro'y bermaydi; sariq tana gormon chiqarib turgani tufayli bu jarayonlar to'xtaydi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida sariq tana teskari taraqqiy etib, uning funktsiyalarini platsenta bajaradi.

Platsenta – faol ishlaydigan yangi ichki sekretiya a'zosidir. Gonadotrop va estrogen gormonlar, shuningdek progesteron platsen-tada hosil bo'ladi va to'planadi. Ayol organizmidagi gormonlarning miqdoriy nisbatlari homiladorlikning turli oylarida o'zgarib turadi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligini va qisqarish funktsiyasini tor-mozlovchi gormonlar homiladorlikning birinchi yarmida ko'proq

ishlanib chiqadi, bu esa homiladorlikning rivojlanishiga imkon beradi. Homiladorlikning keyingi oylarida estrogen gormonlar ko‘payadi, shu munosabat bilan tug‘ruqdan oldin bachadonning qo‘zg‘aluvchanligi oshadi.

Gipofiz. Homiladorlik davrida gipofizning oldingi bo‘lagi atroflicha kattalashadi, chunki gormon chiqaruvchi hujayralar ko‘payadi va gipertrofiyalanadi. Gipofizdan gonadotrop gormonlar, ayniqsa homiladorlik sariq tanasining funksiyasini kuchaytiruvchi gormon ko‘proq ishlab chiqiladi. Gipofizning oldingi bo‘lagida, gonadotrop gormonlardan tashqari, sut bezlari, qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari po‘stloq qavatining funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar va o‘sish gormoni hosil bo‘ladi. Homiladorlik vaqtida bachadonning va jinsiy apparatdagi boshqa a‘zolarining o‘sishi gipofiz oldingi bo‘lagining kattalashuviga bog‘liq. Gipofizning orqa bo‘lagida oksitosin ishlanib chiqadi, bu modda homiladorlik oxirida va tug‘ruqda bachadonning qisqarish funksiyasini kuchaytiradi.

Qalqonsimon bez homiladorlikning dastlabki oylarida zo‘r berib ishlaydi, homiladorlikning ikkinchi yarmida bu bez funksiyasi susayadi.

Qalqonsimon bez funksiyasining o‘zgarishi homiladorlik vaqtida modda almashinuviga ta’sir ko‘rsatadi.

Qalqonsimon bez oldidagi bezchalar (kalsiy almashinuviga ta’sir etadi) homiladorlik vaqtida juda ham zo‘r berib ishlaydi. Homilador ayollar ba’zan tutqanoq va spazmlarga moyil bo‘ladilar, buning sababi shuki, qalqonsimon bez oldidagi bezchalar funksiyasi susaygani uchun organizmda kaltsiy tuzlari yetishmay qoladi.

Buyrak usti bezlari po‘stloq qavatining qalin tortishi hisobiga kattalashadi. Buyrak usti bezlari po‘stlog‘ida hujayralar ko‘payadi va lipoidlar (yog‘ moddalar), ayniqsa xolesterin ko‘p to‘planadi. Homiladorlikda qondagi lipoidlarning ko‘payishi va terining pigmentatsiyalanishi buyrak usti bezlari po‘stlog‘ining funksiyasiga bog‘liq.

Moddalar almashinuvi. Homiladorlikda asab tizimi va endokrin a‘zolar funksiyalarining qayta tuzilishi tufayli moddalar almashinuvi ancha o‘zgaradi. Homiladorlikda moddalar anchagina tez almashinadi,

homiladorlikning ikkinchi yarmida assimilyatsiya jarayonlari xiyla kuchayadi.

Qon. Homiladorlik davrida qon ishlab chiqish jarayonlari kuchayadi, gemoglobin, eritrositlar, leykotsitlar soni, qon plazmasi va aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmi oshadi.

Sogʻlom homilador ayollarda gemoglobin, eritrotsitlar, leykotsitlar soni normal boʻladi. Eritrotsitlarning choʻkish tezligi bir oz tezlashgan boʻlishi mumkin.

Yurak-tomirlar tizimi. Yurak-tomirlar tizimi homiladorlikda katta ish bajaradi, chunki yangi platsentar qon aylanish doirasi paydo boʻlib, bachadonning tomirlar shaxobchasi keskin darajada koʻpayadi. Sogʻlom homilador ayolning yuragi yangi sharoitga sekin-asta moslashib, qoʻshimcha ishni bemaolol uddalaydi. Homiladorlik vaqtida yurakning muskul elementlari gipertrofiyalanadi va qisqarish kuchi oshadi. Kapillyarlar devori suv, tuzlar va qon zardobining mayda dispers oqsillari – albuminlarni oʻtkazuvchanligi oshadi. Qon bosimi homiladorlikning boshidan oxirigacha aksari normal boʻladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida baʼzi ayollarning qon bosimi bir xilda turmaydi, soʻnggi oylarda qon bosimi picha koʻtarilishga moyil boʻladi, lekin normal homiladorlikda maksimal arterial bosim 125–130 mm simob ustunidan oshmaydi, tomir urish tezligi (puls) oʻzgarmaydi.

Hazm aʼzolari. Homiladorlikning dastlabki 2–3 oyida koʻpchilik ayollarda bosh qopongʻilik kuzatiladi: koʻngli ayniydi, ayniqsa ertalab qusadi. Taʼm va hid bilish sezgilari oʻzgaradi, baʼzan ovqatlardan koʻngli qoladi, ayrim ovqatlarni va baʼzan boʻr, gilmoya kabi (yeb boʻlmaydigan) moddalarni koʻngli tusaydi. Homilali bachadon oʻsgan sayin ichak yuqoriga va ikki yon tomonga suriladi; homila yirik boʻlganda, egiz homiladorlikda va qogʻonoq suvi koʻp boʻlganda meʼda va xatto jigar ancha yuqoriga suriladi. Jigar moddalar almashinuvining hamma turlarini boshqarishda qatnashadi va oraliq almashinuvda hosil boʻladigan zaharli moddalarni zararsizlantiradi.

Bundan tashqari, homilada modda almashinuvida hosil boʻladigan zaharli moddalar ham ona organizmiga oʻtib, uning jigarida zararsizlantiriladi.

Nafas a'zolari. Homiladorlik vaqtida kislorodga ehtiyoj oshgani munosabati bilan o'pka zo'r berib ishlaydi. Homiladorlik oxiriga yaqin bachadon diafragmani yuqoriga surib qo'yganiga qaramay, ko'krak qafasi kengayishi hisobiga o'pkaning nafas yuzasi kichraymaydi. Homiladorlik oxirida nafas olish bir qadar tezlashadi.

Siydik chiqarish a'zolari. Homiladorlik vaqtida buyraklarga zo'r keladi, chunki bu a'zolar ayolda va qorindagi homilada modda almashinuv chiqindilarini organizmdan chiqarib yuboradi. Homiladorlikning so'nggi oylarida siydikda oqsil yuqi paydo bo'lishi mumkin. Oqsil miqdorining 1 l siydikka 1 mg dan to'g'ri kelishi homiladorlik gestozi degan jiddiy patologiya ro'y berganligini ko'rsatadi.

Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon qovuqni qisib qo'ygani uchun ba'zi ayollarning tez-tez siygisi qistaydi.

Homiladorlikning so'nggi oylarida qovuq cho'zilib, yuqoriga suriladi, oxirida esa homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalib turadi, shu munosabat bilan qovuq qisilib, tez-tez siygi qistashi mumkin.

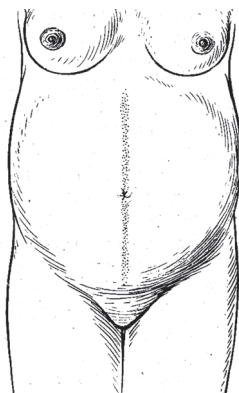
Teri. Homiladorlikda teri o'ziga xos o'zgaradi. Ko'pincha badanning muayyan joylariga, qorinning oq chizig'i bo'ylab, emchak uchida va uning atrofidagi doirada jigar rang yoki kofe rang bo'yoq moddasi – pigment to'planadi (30-rasm). Ayniqsa peshonada, burun qansharida va yuqori labda pigmentli dog'lar (Chloasma uterinum) ko'p qayd qilinadi (29-rasm). Qorachadan kelgan ayollarda pegmentatsiya yaqqolroq seziladi.

Homilali bachadon o'sgan sayin qorin devori sekin-asta cho'ziladi. Terisi yetarlicha elastik bo'lmagan ayollarning qorin devori anchagina cho'zilganda homiladorlik chandiqlari (struae gravidarum) paydo bo'ladi (31-rasm). Homiladorlik chandiqlari pushti, qizg'ish yoki ko'kimtir-qizil hoshiyalarga o'xshaydi. Ular aksari qorin terisida, ba'zan sut bezlari va son terisida bo'ladi. Homiladorlik chandiqlari tug'ruqdan keyin yaltiroq oq hoshiyalarga o'xshab qoladi.

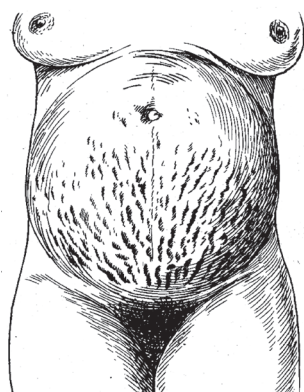
Jinsiy a'zolar. Homiladorlik vaqtida ayolning butun organizmida o'zgarishlar sodir bo'ladi, lekin bu o'zgarishlar hammadan ko'proq bachadonda uchraydi. Homiladorlik vaqtida bachadonning kattaligi, shakli, vaziyati, konsistentsiyasi va reaktivligi (qo'zg'aluvchanligi) o'zgaradi.



29-rasm. Homilador ayol yuzidagi pigmentli dog'lar.



30-rasm. Homilador ayolning emchak uchlari-dagi va qorinning oq chizig'idagi pigmentatsiya.



31-rasm. Homiladorlik chandiqlari.

Bachadon homiladorlikning boshidan oxirigacha kattalashib boraveradi. Homilasiz bachadonning bo'yi 7–8 sm bo'lsa, homiladorlik oxiriga yaqin 38 sm ga etadi. Diametri 4–5 sm dan 25–26 sm ga yetadi. Homilasiz bachadonning vazni 50–100 g bo'lsa, homiladorlik oxirida 1000–1200 g ga yetadi. Homiladorlik oxirida bachadon bo'shlig'ining hajmi 500 baravar kattalashadi. Bachadon asosan muskul tolalarining gipertrofiyasi (cho'zilishi va yo'g'onlashuvi) va giperplaziyasi (miqdor jihatidan ko'payishi) hisobiga kattalashadi.

Har bir muskul tolasi taxminan 10 baravar uzayadi va 4–5 baravar yo'g'on tortadi; ayni vaqtda muskul tolalari ko'payadi va yangi hosil bo'lgan muskul elementlari o'sadi.

Bachadon tomirlar shaxobchasi ancha kattalashadi. Arteriyalari va venalari cho'ziladi, kengayadi; venalar ayniqsa kengayadi. Arteriyalar buralib, ayrim joylari shtoporga o'xshab turadi, bu esa bachadon qisqarayotganda kattaligining o'zgarishiga, arteriyalarning moslanishiga yordam beradi. Homiladorlik vaqtida bachadon tomirlaridan bir necha bor ko'proq qon o'tadi. Tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi bachadon bo'yni bilan birga chiqarish nayiga aylanadi.

Bachadon bo'ynining tashqi va ichki teshiklari birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda tug'ruqqa qadar berk turadi; takror bo'yida bo'lgan ayollarda esa bachadon bo'ynining kanali homiladorlikning so'nggi oylarida kengayib, ko'pincha bir barmoq sig'adigan bo'ladi.

Bachadon naylari (tuxum yo'llari) yo'g'on tortadi, to'qimalar giperemiyasi va seroz suyuqliqni shimishi tufayli to'yinib, sersuv bo'lib turadi. Bachadon o'sgan sayin tuxum yo'llari tobora tik bo'lib, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning yon qismlari bo'ylab osilib turadi.

Tuxumdonlar birmuncha kattalashib, yumshoq bo'lib qoladi, ularda ovulyatsiya to'xtaydi; tuxumdonlardan birida homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi. Bachadon o'sgani tufayli tuxumdonlar kichik chanoqdan yuqoriga ko'tarilib, qorin bo'shlig'ida (bachadonning yon yuzasi yaqinida) joylashadi.

Bachadon **boylamlari** uzayadi va yo'g'onlashadi. Bachadonning yumaloq boylamlari va dumg'aza-bachadon boylamlari ayniqsa ko'p gipertrofiyalanadi, shu tufayli bachadon tug'ruq vaqtida to'g'ri vaziyatini saqlab turadi.

Qinda homiladorlik munosabati bilan katta o'zgarishlar sodir bo'ladi. Qin devorlarining qon bilan ta'minlanishi keskin darajada kuchayadi, qin devorlarining hamma qavatlariga seroz suyuqliq shimiladi. Qin devorlari yumshab, sersuv va oson cho'ziluvchan bo'ladi. Qin shilliq pardasi ko'kimtir tusga kiradi.

Homiladorlik vaqtida qindagi muskul tolalari va qo'shuvchi to'qima elementlarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi ro'y beradi. Shu munosabat bilan qin cho'ziladi, kengayadi, shilliq parda burmalari baralla sezilib turadi.

Tashqi jinsiy a'zolar homiladorlik vaqtida yumshab, qin kirish qismining shilliq pardasi ko'kimtir tusga oladi. Takror bo'yida bo'lgan ayollarning tashqi jinsiy a'zolarida ba'zan varikoz tugunlar paydo bo'ladi.

Sut bezlari. Sut bezlarining rivojlanishi balog'atga yetish davrida boshlanib, jinsiy gormonlar ta'sirida ro'y beradi.

Homiladorlik vaqtida sut bezlari sut chiqarishga tayyorlanadi. Sut bezlarining bez bo'lakchalari kattalashadi, alveolalar epiteliysida juda

mayda yogʻ zarralari paydo boʻladi. Sut bezlariga qon koʻproq keladi, teri ostidagi venalari kengayib, nozik teri orqali koʻrinib turadi. Sut bezlari taranglashib, koʻpincha tirsillayotgandek seziladi. Soʻrgʻich oʻsib, atrofidagi toʻgarakcha bilan birga pigmentasiyalanadi. Soʻrgʻich atrofidagi bezlar (Mongomeri) yaqqol boʻrtib turadi. Soʻrgʻichdagi silliq muskullar qoʻzgʻaluvchanligi oshadi, u mexanik yoʻl bilan taʼsirlanganda muskullar qisqaradi, atrofidagi doira kichrayadi, koʻproq turtib chiqib turadi.

Homiladorlik boshlaridayoq sut bezlaridan ogʻiz suti tomchilarini siqib chiqarsa boʻladi. Platsenta gormonlari va gipofizning oldingi boʻlagidan chiqadigan laktogen gormon taʼsirida sut bezlari sut chiqarishga (laktatsiyaga) tayyorlanadi.

Shunday qilib, homiladorlik munosabati bilan ayollar organizmida roʻy beruvchi oʻzgarishlarning hammasi fiziologik oʻzgarishlardir. Bu oʻzgarishlar homilador ayol organizmiga ziyon yetkazmasdan, homilaning toʻgʻri rivojlanishiga yordam beradi. Bundan tashqari homiladorlik ayol organizmini yashnatadi.

QORINDAGI HOMILANING TIRIK YOKI OʻLIK EKANINI ANIQLASH

Akusherlik amaliyotida baʼzan qorindagi homilaning tirik ekanligini yoki qaysi bir patologik jarayon oqibatida nobud boʻlganligini aniqlashga toʻgʻri keladi. Homiladorlikning birinchi yarmida hali aniq belgilar boʻlmagani uchun homilaning tirikligi bachadonning oʻsishini kuzatib aniqlanadi. Bachadon kattaligi homiladorlik mudatiga yarasha kattalashaversa, bu belgi homilaning tirik ekanligini va rivojlanayotganligini koʻrsatadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorindagi bolaning tirik yoki oʻlik ekanligi haqidagi xulosa odatda homilaning yurak tonlarini eshitishga va qorindagi bolaning qimirlashini aniqlashga asoslanib chiqariladi. Homilaning yurak tonlari eshitilmaganda yoki homilador ayol qornidagi bolaning qimirlayotganini sezmaganda koʻpincha homilaning tirik ekanligiga shubha tugʻiladi.

Lekin homilador ayolni takror tekshirgandan keyin qornidagi bolaning o'lgani haqida uzil-kesil xulosa chiqarish tavsiya etiladi. Qorindagi bola nobud bo'lgan holda, yuragi urmay va qimirlamay qolishdan tashqari, homilali bachadonning o'smay qolganligi ham qayd qilinadi. Keyinchalik qog'onoq suvi so'rilib ketishi tufayli bachadon hajmi kichrayadi. Homilador ayol qornida og'irlik sezadi, og'zi bemaza bo'ladi, tobi qochadi, eti uvishib turadi. Sut bezlari yumshab qoladi.

Qorindagi bolaning o'lganligini rentgenografiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Homila o'lgach skeletida ro'y bergan o'zgarishlar (kalla suyaklarining siljiganligi, choklarining ochilib qolganligi, umurtqa pog'onasining burchak hosil qilib bukilganligi va hokazo) rentgenografiyada aniqlanadi. Homilador ayol siydigida estriol (estrogen gormon fraksiyasi) keskin darajada kamayganligi, shuningdek elektrofonokardiografiyada manfiy natijalar olinganligi (homila yuragida bioelektr potentsiallarining yo'qligi) homilaning nobud bo'lganligidan guvohlik beradi. Homilaning nobud bo'lganligi haqida ultratovush apparati bilan tekshirganda yanada aniq ma'lumot olish mumkin.

HOMILADORLIGI PATOLOGIK KECHAYOTGAN AYOLLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan, homiladorlik tugashi bilan o'tib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik gestozlari deyiladi. Gestozlar homiladorlik vaqtida ro'y beradi va odatda homiladorlik tamom bo'lishi bilan o'tib ketadi. Tug'ruq (yoki abort) dan keyin gestozlarning barcha belgilari odatda butunlay yo'qoladi; shu kasalliklarning uzoq davom etuvchi og'ir shakllaridan keyin ayrim asoratlari kuzatiladi.

Homiladorlik gestozlarini homila tuxumidan (homila va placentadan) ayol organizmiga o'tadigan yot oqsillarga sezgirlik ortishi bilan tushuntiradigan nazariya diqqatga sazovordir.

Homiladorlik gestozlarining kelib chiqishi ayol asab tizimining funksional xususiyatlariga ko'p jihatdan bog'liq. Homiladorlik

ayol organizmiga yangi, ortiqroq talablar qo'yadi. Shu munosabat bilan homiladorlikda deyarli barcha organ va tizimlar funktsiyasi o'zgaradi, modda almashinuvida kattagina o'zgarishlar ro'y beradi. Bu o'zgarishlar moslanish tariqasidagi fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homiladorlikning eson-omon o'tishiga va homilaning rivojlanishiga yordam beradi. Hozirgina ko'rsatilgan o'zgarishlarning hammasi asab tizimining nazorati ostida kelib chiqadi va avj oladi. Ayolning asab tizimida o'zgarishlar mavjud bo'lsa, moslanish tarzidagi fiziologik reaksiyalar to'g'ri rivojlanmaydi. Bir qancha organ va tizimlar faoliyatidagi o'zgarishlar patologik tus oladi; moddalar almashinuvi buziladi, homilador ayol organizmining tashqi va ichki muhitdan keluvchi ta'sirotlarga javob reaksiyasi o'zgaradi. Mana shu o'zgarishlarning hammasi gestozlar paydo bo'lishiga olib keladi. Ilgari boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, noto'g'ri ovqatlanish, gigiyenik rejimning buzilishi, haddan tashqari charchash va ayol organizmining chidamini kamaytirib qo'yadigan boshqa omillar asab tizimi funktsiyalarning o'zgarib ketishiga, demak gestozlar kelib chiqishiga ham sabab bo'ladi. Gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, buyrak, jigar, ichki sekretiya bezlari kasalliklari (diabet, tireotoksikoz va boshqalar) va boshqa organ hamda tizimlarning kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda kechki gestozlar ko'proq paydo bo'ladi va og'irroq o'tadi.

Boshqa kasalliklar ustiga paydo bo'lgan gestozlar «qo'shilgan» gestozlar deb ataladi.

Homiladorlik gestozlarining tasnifi. Homiladorlik gestozlarining quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. Homiladorlikning ilk gestozlari: homiladorlarning qusishi, so'lak oqishi. Ilk gestozlarda asosan ovqat hazm qilish tizimida o'zgarishlar kuzatiladi.

2. Homiladorlikning kechki gestozlari: homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya. Kechki gestozlarda qon tomirlarda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi.

3. Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan turlari: homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalyatsiya, xoreya kabilar.

Homiladorlarning qusishi (emesis gravidarum). Ko‘p ayollar, ayniqsa birinchi marta bo‘yida bo‘lgan ayollar homiladorlikning dastlabki oylarida ertalab ko‘ngli aynib, qusadi. Ular har kuni qusmaydi; qusish ayolning sog‘lig‘iga ta’sir etmaydi. Bunday qusish gestoza emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi gestoza aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko‘ngli ayniydi, aksari ishtahasi pasayadi, o‘tkir va sho‘r ovqatlarni ko‘ngli tusaydi. Ayol qusishiga qaramay ovqatning bir qismi organizmda qoladi va homilador ayol vazni aytarli kamaymaydi. Homilador ayol darmoni quriyotganini, jirtaki, uyquchan, ba‘zan esa uyqusiz bo‘lib qolganini aytadi. Homilador ayolning umumiy ahvoli qoniqarli, temperaturasi normal bo‘lib; pulsi bir qadar tezlashuvi (tomiri bir daqiqada 90 martaga qadar urishi) mumkin. Homiladorlarning qusishi dastlabki 2–3 oyda kuzatiladi, dori-darmon qilish natijasida yoki o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi.

Homiladorlik qusishlarining uch darajasi tafovut qilinadi:

1 – yengil shakli;

2 – o‘rta og‘irlikdagi qusish;

3 – tiyilmaydigan qusish – og‘ir shakli.

Bularning barchasi yagona rivojlanuvchi patologik jarayonning turli darajalari hisoblanadi va ular birinchi darajada tugallanishi yoki og‘irlashuvi mumkin. Qusishning yengil shakli asab tizimida funksional o‘zgarishlar (nevroz fazasi) bilan, o‘rtacha og‘irlikdagi shakli – intoksikasiya (toksikoz fazasi), og‘ir shakli esa – distrofik (distrofiya fazasi) jarayonlar bilan xarakterlanadi.

Homiladorlik qusishning yengil shakli. Qusishning bu shaklida asosan asab tizimidagi funksional o‘zgarishlar kuzatiladi. Kasallikning asosiy simptomi qusish. Qusish ko‘ngil aynish, ishtahaning pasayishi, ba‘zan achchiq va sho‘r narsalarga ko‘ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2–4 martagacha qusish takrorlanadi, ko‘pincha ovqat yegandan keyin. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko‘tarilmaydi, pulsi 1 daqiqada 90 marta, arterial qon bosimi normal holatda bo‘ladi. Qonda va siydikda o‘zgarishlar bo‘lmaydi. Ba‘zan darmonsizlik, uyquchanlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish davolanganda engil o‘tib

ketadi, ba'zan o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi. 10–15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

Qusishning o'rta og'irlikdagi shakli. Gestozning bu fazasida asab tizimidagi o'zgarishlar kuchayadi.

Gestozning bu fazasida ichki sekretiya bezlari faoliyatida katta o'zgarishlar bo'ladi. Klinik manzarasi qusishning tezlashuvi (bir sutkada 10 marotaba va undan ham ko'proq) bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayolning vazni kamayadi, oriqlab ketadi. Tana harorati subfibril ($37,5^{\circ}\text{C}$ gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95–100 martaba 1 daqiqada, terisi quruq, darmonsizlik va befarqlik bo'lishi mumkin. Siydik ajralishi kamaygan, ko'pincha siydikda aseton topiladi. Tili karashlangan, quruq, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasada, eritrositlar va gemoglobin pasayishi mumkin.

Bemorni shifoxona (tug'ruq kompleksi) sharoitida o'z vaqtida to'g'ri davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi va qaytadan davolash kursini o'tkazishga to'g'ri keladi. Kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiyilmaydigan qusishga o'tishi mumkin.

Homiladorlikning tiyilmaydigan (haddan tashqari) qusishi (hyperemesis gravidarum) og'ir kasallik hisoblanadi. Tez-tez qusishga organizmdagi eng muhim funktsiyalarning buzilganidan darak beruvchi boshqa simptomlar ham qo'shiladi.

Ayol bir sutkada 20 marta va undan ortiq qusadi; kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning ovqatdan ko'ngli qoladi. Qusish ustiga ko'pincha so'lagi ham oqadi. Ayolning tana vazni kamayadi. Kasallik 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 temperaturasi subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi (tomiri bir daqiqada 100–120 martacha uradi), arterial bosim pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Bemor quvvatdan ketadi, miriqib uxlamaydi, qo'zg'algan yoki beparvo (apatiya) bo'ladi. Kasallik ayniqsa og'ir o'tganda temperatura ko'tarilib, badan sarg'ayadi, puls juda ham tezlashib, aritmiya qayd qilinadi, bemor alahlashi mumkin.

Qusishi tiyilmayotgan bemorni o‘z vaqtida davolash zarur. Bemor davolanmasa, organizmda og‘ir distrofik o‘zgarishlar ro‘y berib, ayol o‘lib qolishi mumkin.

HOMILADORLARNING QUSISHINI VA TIYILMAYDIGAN QUSISHINI DAVOLASH VA PARVARISHLASH

Bemorlar statsionarga yotqizilib, ruhan va jismonan to‘liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni kasalxonaga yotqizib, hatto davo qilinmaganda ham umumiy ahvoli, ko‘pincha yaxshilanib ketadi.

Bemorni yaxshi parvarish qilish, tinch qo‘yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o‘tib ketishiga va homiladorlikning to‘g‘ri rivojlanishiga ayolni toqat bilan ishontirishning ahamiyati katta.

Bemorga oson hazm bo‘ladigan engil ovqatlar (suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog‘siz go‘sht, baliq, tuxum, sariyog‘) uning istagiga qarab buyuriladi. Bemor ovqatni yotgan xolida, bot-bot, oz-ozdan eb turadi, ba‘zan sovuq ovqat yaxshiroq singadi.

Agar ovqat singmasa, venaga glyukoza (40% li eritmasi 30–50 ml) yuboriladi yoki tomchili klizma qilib yuboriladigan fiziologik eritmaga glyukoza qo‘shiladi. Glyukoza bilan fiziologik eritmadan qilinadigan tomchili klizmalar (1 l fiziologik eritmaga 40% li glyukoza eritmasidan 100 ml qo‘shiladi) keng qo‘llaniladi, ular organizmni suvsizlanishdan saqlaydi va oziq moddalarning yetib borishiga yordam beradi. Tomchili klizmalar yo‘li bilan kuniga 1,5–2 l fiziologik eritmaga glyukoza qo‘shib yuboriladi.

Tomchili klizmaga bulon, sut, tuxum, tolqon qo‘shsa bo‘ladi. Eritma bir daqiqada 60–80 tomchi (soatiga 200–300 ml) tezlik bilan kiritiladi. Ayolning ahvoli hademay yaxshilanadi va uni odatdagicha ovqatlantirish mumkin bo‘lib qoladi.

Vitaminlar (avvalo C va B) glyukozaga qo‘shib venaga yuboriladi yoki ichiriladi. Bemor qattiq qusayotgan bo‘lsa, dorilar bilan davolashga to‘g‘ri keladi. Bromidlar ko‘rinishidagi mikroklizmalar

(4% li natriy bromid eritmasidan kuniga bir mahal 50 ml) muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

N. V. Kobozeva bromni kofein bilan birga ishlatishni taklif etdi. Natriy bromidning 10% li eritmasi har kuni 10 ml dan venaga yuboriladi; 10% li kofein eritmasi terining ostiga kuniga ikki mahal 1 mldan yuboriladi; davolash 10–15 kun davom etadi.

Fiziologik uyquni uzaytirish uchun amital-natriy (barbamil) kuniga 2 mahal 0,1–0,15 g dan ichiriladi; davolash 7–10 kun davom etadi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, barbamildan mikroklizma qilinadi (30–40 ml fiziologik eritmaga 0,15–0,2 g barbamil qo'shiladi). Uyquni uzaytirish uchun lyuminal ichirish mumkin.

Kal'tsiy xlorid yaxshi naf beradi (10% li eritmasidan 10 ml olib venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasidan 1 osh qoshiq olib 1/4 stakan suv yoki sut bilan klizma qilinadi). Oz-oz (100–150 ml dan) qon quyib turish foydali.

Homiladorlarning qusishiga davo qilish uchun tabletkalar yoki kapsulalarda aminazin ichiriladi (kuniga 2–3 mahal, 0,025 g aminazin, 0,5 g glyukoza) yoki uning 2,5% li eritmasidan 1 ml ni glyukoza bilan qo'shib, sutkasiga 1 marta venaga yo bo'lmasa novokain eritmasi bilan qo'shib, muskullar orasiga yuboriladi, novokain ham odatda qusishning to'xtashiga yordam beradi. Qusishning to'xtashiga yordam qiladigan boshqa preparatlar (droperidol va boshqalar) ham bor.

To'g'ri dori-darmon qilinganda davo ko'pincha yaxshi naf beradi. Dori-darmon natija bermaganda homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Homiladorlikning kechki gestozlari. Homiladorlikning kechki gestozlariga (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi.

Kechki gestozlar akusherlik amaliyotida o'rtacha 1–2,7% homilador ayollarda uchraydi. Uning og'ir shakllaridan bo'lgan va akusherlikda tez va shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiluvchi va aksariyat hollarda (50% gacha) onalar o'limi bilan tugashi mumkin bo'lgan eklampsiya holati hayotda 0,1% gacha uchraydi. Kechki gestozlarda asosan qon tomirlar tizimida distrofik o'zgarishlar sodir bo'lib, ularning elastikligi yo'qoladi, sinuvchan bo'lib qoladi.

HOMILADORLAR GIPERTENZIYASI

Homiladorlik davrida arterial qon bosimining ko'tarilishi, siydikda oqsilning va tanada shishlar paydo bo'lishi homiladorlikning kechki gestozlari deyiladi. Hozirgi vaqtda bu xil patologiyalarni homiladorlik vaqtida gipertenziv buzilishlar deb baholanadi. Bunday patologiyalarga homiladorlik istisqosi, nefropatiyasi, preeklampsiya va eklampsiya holati kiradi.

Homiladorlar nefropatiyasi (nephropathia gravidarum) ga; 1) shish, 2) siydikda oqsil borligi (albuminuriya), 3) arterial bosimning ko'tarilishi (gipertoniya) kabi simptomlar triadasi xarakterli. Buni Sangemeyster triadasi ham deyiladi. Ba'zan nefropatiyada qayd etilgan simptomlarning uchalasi emas, balki ikkitasi (gipertoniya bilan shish, shish bilan albuminuriya, gipertoniya bilan albuminuriya) yaqqol ko'zga tashnalanishi mumkin yoki bir (monosipmtomli) simptomli nefropatiya ham bo'lishi mumkin.

Badandagi shishlar ustiga arterial bosimning ko'tarilishi va albuminuriya qo'shiladi, maksimal arterial bosim simob ustuni hisobi bilan aytganda 130 mm dan ortib, 150–180 mm gacha, og'ir hollarda esa 200 mm gacha ko'tariladi va bundan ham oshib ketadi. Siydikdagi oqsil miqdori 0,1 g/l dan 5–8 g/l gacha boradi va undan ham oshadi; nefropatiya og'ir o'tganda siydikda silindrlar topiladi, sutkalik siydik miqdori kamayadi.

Arterial bosimning ko'tarilishi nefropatiyaning eng doimiy simptomidir. Nefropatiyaning og'ir shakllarida jigar funktsiyalari o'zgarib, suv-tuz almashinuvigina emas, balki oqsil va yog' almashinuvi ham buzilishi mumkin. Shu munosabat bilan oqsillar va yog'lar almashinuvining to'la oksidlanmagan chiqindilari organizmda to'planadi.

Nefropatiya birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda ko'proq uchraydi. Odatda homiladorlikning so'nggi oylarida, tug'ruqqa yaqin ro'y beradi. Nefropatiya uzoqqa cho'zilib, ko'pincha tug'ruqqacha davom etadi.

Nefropatiya eklampsiyaga o'tishi mumkin, shuning uchun u ayolning sog'lig'iga xavf tug'diradi. Nefropatiyada homilaning rivojlanishi ko'pincha orqada qoladi, o'lik tug'ish ko'payadi.

Davolash va parvarishlash. Nefropatiya faqat statsionarda davolanadi. Har bir homilador ayolda nefropatiya belgilari hatto uncha yaqqol ko‘rinmaganda ham, uni tug‘ruq kompleksining homiladorlik patologiyasi bo‘limiga (palatasiga) jo‘natish zarur. Bemor yotqizib qo‘yiladi, yengil parhez taomlar buyurilib, suv va tuz iste‘mol qilish cheklanadi. Nefropatiyaning og‘ir shakllarida tuzsiz, asosan uglevodli ovqatlar (kisel, bo‘tqa, muss, pechene, qand, pyure, ho‘l meva va boshqalar) buyuriladi. Oqsil tariqasida qaynatib pishirilgan go‘sht yoki baliq (ozroq miqdorda) beriladi. Badanga ko‘p shish to‘planib, qon bosimi ancha ko‘tarilib ketgan bo‘lsa, ba’zi kunlari bemorga hech qanday ovqat yedirilmay, faqat 1–1,5 kg olmaga shakar qo‘shib beriladi. Vitaminlar, ayniqsa C, A, B gruppasi tavsiya qilinadi. Bemor ahvolini kuzatib borib, arterial bosimini har kuni o‘lchab, o‘zini tortib turiladi, sutkalik siydik miqdori aniqlanadi, siydigi 2–3 kun oralatib tekshiriladi. Bemor issiq tutiladi, palata tez-tez shamollatib turiladi; iliq dushga tushish tavsiya etiladi (bemorning qurbi etsa, har kuni dushga tushiriladi).

Dori moddalardan magniy sulfat qo‘llaniladi (25% li eritmasi bir kunda 4 mahal – har 6 soatda 20 ml dan muskul orasiga yuboriladi). Zarur bo‘lsa, magniy sulfat eritmasi bilan davolash 2–3 kundan keyin takrorlanadi. Bu dori arterial bosimni pasaytiradi, siydik kelishini kuchaytiradi (shishni kamaytiradi), asab tizimining qo‘zg‘aluvchanligini bartaraf qiladi. Venaga glyukoza (40% li eritmasidan 25–30 ml), yaxshisi, unga askorbin kislota qo‘shib yuborib turiladi. Magniy sulfat yuborilmaydigan kunlari kalsiy xlorid ichish buyuriladi (10% li eritmasi 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal). Qon bosimini pasaytirishga aminazin yaxshi kor qiladi. Bu dori ichish, venaga, muskullar orasiga yuborish uchun buyuriladi. Magniy sul‘fat (20–25% li eritmasi-dan kuniga 2 mahal) bilan aminazindan (1 ml 2,5% li eritmasini kuniga 1–2 mahal muskullar orasiga) foydalanish tavsiya qilinadi. Aminazinni rezerpin bilan birga (0,1–0,25 mg dan kuniga 2–3’ mahal ichish) qo‘shib ishlatilsa ham bo‘ladi. Boshqa dorilar ham qo‘llaniladi (dibazol, pentamin va boshqalar). Badanga shish kelgan bo‘lsa, siydik haydovchi dorilar, uyqu buzilganida esa arslonquyruq va valeriana ildizi damlamasi, kechasi ichib yotish uchun nembital (0,1 g), noksiron {0,2 g} va boshqalar beriladi. Oqsil almashinuvi

yaxshilash maqsadida metionin 1, 0 dan bir kunda 2–3 marta beriladi. Gipotenziv preparatlardan dibazol 1%–1,0 teri ostiga, eufillin 0,1–2–3 marta ichishga, agarda A/B juda baland bo‘lsa boshqariladigan gipotoniya usul qo‘llaniladi. Bu maqsadda arfonad, pentamin, geksoniy, benzogeksoniy 0,1%–0,5% eritmaları har daqiqada 50-70 tomchidan tomchilab qon tomirga quyiladi. Agar ahvol yaxshilanmasa tezlik bilan tug‘dirish chorasi ko‘riladi.

Preeklampsiya. Homiladorlik nefropatiyasi o‘z vaqtida davolanmasa, tegishli davolash muhofaza tartibiga rioya qilinmasa, kechki gestozlarning preeklampsiya bosqichiga o‘tishi xavfi tug‘iladi.

Preeklampsiya – nefropatiya simptomlariga (shish, albuminuriya, arterial qon bosimining ko‘tarilishi) qo‘shimcha boshning qattiq og‘rishi, ko‘rish funktsiyasining buzilishi (ko‘z tinishi, ko‘z oldining qorong‘ilashuvi, ko‘z oldida doirachalar paydo bo‘lishi), tush osti (epigastral) sohasida qattiq og‘riq bo‘lishi bilan ifodalanadi.

Bosh og‘rig‘i va ko‘rish funktsiyasining buzilishi markaziy asab tizimi (MNS) faoliyatining hamda miyada qon aylanish jarayonining buzilishi miya ichki bosimining oshishi, miyada istisqo (shish) sodir bo‘lishining oqibatidir. Bular natijasida ko‘zning to‘r pardasida o‘zgarishlar (shish, qon quyilish va to‘r parda qon tomirlari to‘qimadan ajralishi) paydo bo‘lishi ko‘rish funktsiyasidagi o‘zgarishlarga sabab bo‘ladi. Preeklampsiyada qon tomirlar, buyraklar, jigar funktsiyalari va modda almashinuvining buzilishi nefropatiyaga nisbatan ancha kuchayadi. To‘qimalarda kislorod tanqisligi ko‘payadi.

Preeklampsiya juda qisqa muddat (bir necha soat, kun) davom etishi va kutilmaganda kechki gestozning eng og‘ir shakli eklampsiya holatiga o‘tishi mumkin. Bundan tashqari preeklampsiya eklampsiyaga o‘tmasidan, hayot uchun muhim bo‘lgan a‘zolarga qon quyilishi, platsenta barvaqt ko‘chishi, homila uchun xavfli bo‘lgan boshqa og‘ir asoratlarni sodir bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha homila gipoksiyasiga olib keladi va homila tug‘ilmasdan yoki tug‘ilishi davrida halok bo‘lishi mumkin.

Davolash va parvarishlash. Bemor organizmidagi patologik jarayonlar mohiyati eklampsiya holati bilan yaqin yoki bir xilda bo‘lganligi uchun eklampsiyani davolashdagi tamoyillarga amal

qilinadi, ya'ni bemor darhol tug'ruq kompleksiga, qishloq vrachlik punktlarida bo'lsa kunduz kuni bemorlar yotib davolanadigan xonalardan alohida joy tayyorlab yotqiziladi.

Preeklampsiya belgilari ko'zga tashlanganda darhol homilador ayol uy sharoitida bo'lsa to'shakka, tez yordami mashinasida nosilkaga, tug'ruq kompleksi sharoitida kushetkaga yotqizilib raush efir narkozi berilib uxlatiladi va qon bosimini pasaytiruvchi dori moddalari ineksiya qilinadi. Homilador ayol narkoz holatida transportirovka qilinib, yaqindagi tug'ruq muassasasiga keltirilib, unga davolash muhofaza rejimi tashkil etiladi. Barcha dori moddalari narkoz ostida parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Preeklampsiyani dori vositalari bilan davolash eklampsiya singari amalga oshiriladi (eklampsiyani davolashga qarang).

Eklampsiya. Eklampsiya xurujida nafas olish mushaklarining spazmi ro'y beradi, bu esa apnoega (nafas tutilishi) olib keladi, nafas olish buziladi, til orqaga ketib nafas yo'llarini berkitishi mumkin, oqibatda gipoksiya va giperkapniya yuzaga keladi. Bu holat barcha bezlar sekretsiasini kuchaytiradi. Shuning natijasida oshqozon va ichak soki, so'lak va bronxlar sekreti ko'p ajrala boshlaydi. Hushidan ketgan bemorning yo'talish refleksi yo'qoladi, so'lak va bronxlardan ajralgan sekret nafas yo'lini yopib qo'yib, atelegtaz hosil bo'lishga va gazlar almashinuvining buzilishiga olib keladi.

Eklampsiyada 75% kasallarda jigar, buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Eklampsiya—klinik jihatdan juda ko'pa'zolar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan sindromdir, shu tufayli bir yoki bir necha marta qaytalanuvchi tutqanoqlar tutishi bilan xarakterlanadi, etiologik jihatdan boshqa patologik holatlarga bog'liq emas (epilepsiya, miya qon aylanishining buzilishi), homiladorlarda, tug'uvchi va tuqqan ayollarda uchraydi.

Eklampsiya uchun bir marta yoki qayta-qayta tutqanoq tutilishi tutqanoqdan keyin hushiga kelmaslik eklampsiya komasi, ba'zan esa tutqanoq tutmasdan hushidan ketish «eklampsiya statusi» ko'rinishidagi belgilar xarakterlidir.

TUTQANOQ TUTISHIDA VA KOMADA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH

1. Bemorni tekis joyga ehtiyotlik bilan yotqizib, jarohat olishini oldini olish maqsadida boshini yonboshga qaratish, raush efir narkozi berish, qolgan muolajalar barchasini narkoz ostida bajarish;

2. Bemor og'zini og'iz kergich yoki qoshiq yordamida ochib til ushlagich yordamida tilini oldinga tortishi va og'iz bo'shlig'i va nafas yo'lini shilimshiqlardan tozalash;

3. Tutqanoq tugagan zahoti nafas olish tiklansa kislorod beriladi, uzoq vaqt apnoe holati ro'y bersa o'pkani sun'iy ventilyasiya apparatiga ulanadi.

4. Yurak faoliyati to'xtasa o'pkaga sun'iy nafas berish bilan bir vaqtning o'zida yurakni yopiq massaj qilish va yurak tomir reanimasiya usullaridan foydalaniladi.

5. Qayta tutqanoq tutishini oldini olish maqsadida vena qon tomiriga sibazon (sinonimi seduksen), diazepam, relanium 0, 5% – 2 ml yuboriladi. Bundan tashqari 20 ml 25% magneziy sulfat, kerak bo'lsa 250–300 mg geksenal yuboriladi va intubasiya qilinadi.

Fenobarbital 20 ml yoki geksenal 1% eritmasi 200–300 mg mushaklar orasiga yoki vena qon tomirga yuboriladi. Magneziy sulfat boshida 25% eritmasidan 20 ml 100–200 ml reopolyuglikin eritmasida aralashtirilib 15–20 daqiqa davomida qon bosimini nazorat qilib yuboriladi. Keyinchalik tana vazniga, individual sezgirligiga qarab, bemor ahvolining og'irligiga, qon bosimi balandligiga qarab bir sutkada bir necha bor yuborilishi mumkin.

Neyroleptoanalgeziya sifatida 0,25% – 3–4 ml droperidol yoki 0,005% – 1–2 ml fentanil ishlatiladi, muskul orasiga yoki vena qon tomiriga yuboriladi. Shuningdek 0, 02 g diazepam yuboriladi. Gipotenziv terapiya sifatida ganglioblokatorlarining qisqa muddatda ta'sir etuvchi guruhlaridan (gigroniy, arfonad) foydalanib, keyinchalik 25% 20 ml magneziy sulfat ishlatiladi. Lozim bo'lganda pentamin 5%–1–2 ml, benzogeksoniy 2,5%–0,5–1 ml vena ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi.

GESTOZLARDA HOMILADORLARNI TUG‘DIRISH

Gestozlarning og‘ir shakllarida, eklampsiya, preeklampsiya va nefropatiyaning III darajasida homiladorlarni tug‘dirish davolashning ko‘pincha asosiy usullaridan hisoblanadi.

Bemorlarni tug‘dirish dastlab oldindan tug‘ruqqa tayyorlash, intensiv davolash chora-tadbirlari o‘tkazilgandan keyin amalga oshiriladi. Bu jarayon bir necha soatdan bir yoki bir necha sutkagacha cho‘zilishi mumkin. Agarda eklampsiyaning yuqorida qayd etilgan asoratlari ko‘zga tashlansa yoki uni xavfi paydo bo‘lsa, shu zahotiyog tug‘dirish chorasi ko‘riladi.

Agarda tug‘ruq yo‘llari tug‘ruqqa tayyor bo‘lsa, bachadon bo‘yni kanali orqali qog‘onoq pufagini yirtish (amneotomiya) imkoniyati bo‘lgan taqdirda tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish maqsadga muvofiq. Agarda tug‘ruq yo‘llari tayyor bo‘lmasa kesar-kesish operatsiyasini kechiktirmasdan amalga oshirish lozim.

AYOLLARNI TABIIY TUG‘RUQ YO‘LLARI ORQALI TUG‘DIRISH

Gestozlarning I–II og‘irlik darajalarida tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish uchun (bachadon bo‘yni etilmagan hollarda) dastlab prostaglandin yordamida tug‘ruq qo‘zg‘atiladi. Bu holda oksitosin qo‘llashda ehtiyot bo‘lish lozim. Prostogladin yuborishdan 30 daqiqa oldin qog‘onoq suvi bilan emboliya bo‘lishning oldini olish maqsadida 1 ml dan promedol yoki diprazinni muskul orasiga yuborish kerak. Tug‘ruq paytida gestozlarning kechishi chuqurlashuvi (og‘irlashuvi) kuzatiladi. Shu nuqtai nazardan tug‘ruqni og‘riqsizlantirishning barcha tamoyillariga amal qilishga to‘g‘ri keladi. Boshqa holatlarda tug‘ruq kesar kesish operatsiyasi bilan tugallanadi.

GESTOZLAR PROFILAKTIKASI

Profilaktika quyidagilarni o‘z ichiga oladi: a) ayollar homilador bo‘lmasdan oldin ekstragenital kasalliklarni aniqlash maqsadida terapevt ko‘rigidan va to‘liq tekshiruvdan o‘tishi lozim; b) turli xil

yuqumli o'choqlarni (surunkali angina, kasal tishlar, boshqa surunkali yuqumli kasallik manbalarini) sog'lomlashtirish; d) ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni xavfi yuqori guruhlarga kiritib, sog'lomlashtirish, ular orasidan kelajakda homiladorlik va tug'ruq mumkin bo'lmagan ayollarni ajratib alohida dispanser nazoratiga olish.

GESTOZNI BOSHIDAN KECHIRGAN AYOLLAR SOG'LIG'INI QAYTA TIKLASH (REABILITATSIYA)

Bu jarayon uch bosqichdan iborat:

1. Tug'ruq komplekslarining chilla davri bo'limlarida tuqqan ayollarni tekshirish va asoratlarni davolash. 10 kun davomida davolash samara bermasa, bemorlarni ixtisoslashtirilgan kasalxonalarga o'tkazish (kardiologiya, nevrologiya, urologiya va h. z.).

2. Bir yil davomida ayolni akusher-ginekolog va terapevt bilan birgalikda nazorat ostiga oladi va yurak qon-tomir tizimi, buyrak, jigari va ko'zning tubini tekshirib turiladi.

3. Akusher-ginekolog bilan terapevt birgalikda lozim topilsa ayolni kelgusi homiladorlikka tayyorlaydi.

Ayolning bolasi esa neonatologlar tomonidan atroflicha tekshiriladi, keyin pediatrianing dispanser nazoratiga olinadi.

Homiladorlik kechki gestozlari haqida zamonaviy ma'lumotlar darslikning akusherlikda tez va shoshilinch yordam bobida keltirilgan.

ABORT (BOLA TASHLASH)

Homiladorlikning dastlabki 28 haftasida (akusherlik hisobicha 7 oyda) to'xtashi abort (abortus) deb ataladi. Homiladorlikning 29 haftadan 38 haftagacha to'xtashi chala tug'ish (partus prematurus) deb ataladi.

28 haftagacha tug'ilgan homila yashab ketishi qiyin (juda kam istisnolarni qo'shmaganda). **Chala tug'ilgan** bola yaxshilab parvarish qilinsa (masalan, vazni 1000 g, – 2500,0 g, bo'yi 35 sm dan – 47 sm gacha) bo'lganda ham yashab va rivojlanib ketadi.

Dastlabki 14 haftadagi abort **ilk abort deb**, 14 haftadan 28 haftagacha bo‘ladigan abort kech abort deb ataladi.

Abort o‘z-o‘zidan va sun‘iy bo‘ladi. **O‘z-o‘zidan** bo‘ladigan abortga (bola tushish) (abortus spontaneus) – ayolning ixtiyoridan tashqari ro‘y beradi. Bola tushishi takrorlanib tursa, **odat bo‘lib qolgan** abort deb ataladi.

Homiladorlikni davolash muassasalarida ataylab to‘xtatish **sun‘iy abort** (abortus artificialis) deb yuritiladi.

Medisina muassasalaridan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort **kriminal** (jinoiy) **abort** deyiladi.

Ko‘pgina mualliflarning fikricha o‘z-o‘zidan bo‘ladigan abort (bola tushish) 2–8% uchraydi.

N.S. Baksheev bo‘yicha sun‘iy abort qilish 2,5–4% gacha, homiladorlikning muddatidan oldin to‘xtashi 3,5–4% ga etadi. Kuzatishlar shuni ko‘rsatadiki, bunday hodisalar shaharda yashovchi ayollar o‘rtasida qishloqda yashovchilarga nisbatan 2–3 marotaba ko‘p uchrar ekan. Ayniqsa, bu 25 yoshgacha bo‘lgan bitta tuqqan, yoki birinchi homilasini abort qildirgan ayollarda ko‘proq kuzatiladi.

O‘z-o‘zidan bo‘ladigan abort (bola tashlash). Bola tushushining sabablari har xil: o‘tkir yuqumli kasalliklar (gripp, qorin tifi va boshqalar) ning mikroob toksinlari homilaga o‘tib, uni nobud qiladi yoki bemor ayolning tana harorati ko‘tarilishi natijasida bachadon vaqtidan ilgari qisqaradi. Bu holat bola tushishiga sabab bo‘ladi.

Abortning o‘tishi quyidagi stadiyalarga bo‘linadi: abort xavfi, yoki tahdid qiluvchi abort (abortus imminens), boshlangan abort (abortus insipiens), jadallashgan abort (abortus progrediens), chala abort (abortus incompletus), to‘liq abort (abortus completus).

OY-KUNI YETMASDAN TUG‘ISH (CHALA TUG‘ISH), PARTUS PRAEMATURUS

Oy-kuni yetmasdan, chala tug‘ish deb, homiladorlikning 28 haftasidan keyin to 38 haftasigacha yetmasdan turib tug‘ishga aytiladi. Chala tug‘ilgan chaqaloq vazni 1000 g dan kam, bo‘yi 35 sm gacha bo‘lsa ham, yashab ketishi mumkin.

Homilaning nechogʻlik erta tugʻilganligi va homilaning qanchaliq yetilganligi anamnez, homilador ayol va tugʻilgan bolani obyektiv tekshirishda olingan jami maʼlumotlarga qarab bilib olinadi.

Muddatidan oldin tugʻishning sabablari xilma-xildir. Ular ona organizmi, homila holati hamda yoʻldoshning patologik xususiyatlariga bogʻliq. Sabablar orasida homilador ayol kasalliklari alohida oʻrin tutadi. Bunga yuqumli kasalliklar (gripp, virusli gepatit, toksoplazmoz va boshqalar), yurak va qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, ichki sekretiya bezlar patologiyasi, kamqonlik va boshqalar, jinsiy aʼzolar yalligʻlanishi, *infantilizm*, bachadon boʻynidagi nuqsonlar (yetishmovchiligi) kirishi mumkin. Bundan tashqari shuni ham taʼkidlab oʻtish kerakki, bizning region sharoitimizda chala tugʻishning asosiy sabablaridan biri, homiladorlik gestozlaridir.

Chala tugʻishning kechishi. Chala tugʻish muddati yetib tugʻishga oʻxshaydi. Dard va toʻlgʻoq tutadi, bachadon boʻyni tekislanadi, bachadon boʻynining teshigi ochiladi, qogʻonoq suv ketadi, homila tugʻiladi, soʻngra yoʻldosh tushadi. Ammo chala tugʻish muddati yetib tugʻishga qaraganda koʻproq ogʻirlashadi. Avvalo qogʻonoq suvlari barvaqt (va ilk) ketib qoladi, tugʻruq kuchlari sust boʻladi.

Chala tugʻishda koʻproq homilaning chanoq tomoni oldinda yotadi, homila qiyshiq va koʻndalang vaziyatlarni oladi, tugʻruq vaqtida va ayniqsa yoʻldosh tushish davrida qon ketadi.

Homila asfiksiyasi, tugʻruq shikastlari – kalla ichining travmasi va oʻlik tugʻishi, muddati etib tugʻishdagiga qaraganda koʻproq uchraydi.

Chala tugʻishni davolash va tugʻruqni boshqarish. Tugʻruq alomatlar boshlangan paytda chala tugʻishning oldini olish uchun choral koʻrishga harakat qilish, tugʻruq jarayonini toʻxtatish mumkin.

Ayolni tugʻruqxonaning patologiya boʻlimiga yotqiziladi. Qatʼiy oʻrinda yotish buyuriladi. Uyquning normal boʻlishi va davolash muhofaza rejimini saqlash katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir vaqtda bachadon mushaklari qoʻzgʻaluvchanligini pasaytiruvchi dorilar qoʻllaniladi. Bular vitamin E, magniy sulfat eritmasi, tokolitik preparatlardan partusisten 0,5 mg, ritodrin 1 mg va boshqalar. Ritodrin 1 mg 250–400 mg natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi.

Qon bosimi pasayib, koʻngli aynishi, qusish, bosh ogʻrishi bilinadi. Shamchalardan papaverin gidroxlord, indometasinli shamchalar qoʻllaniladi.

Nazorat uchun savollar:

1. Spermatozoidlar tuzilishi va funktsiyasi.
2. Urugʻlanish va payvandlanish.
3. Platsenta va uning vazifalari.
4. Homilaning yetilganlik belgilari.
5. Yetilgan homila boshining tuzilishi va oʻlchamlari.
6. Homilaning qon aylanish doirasi.
7. Homilador ayol asab tizimidagi oʻzgarishlar.
8. Endokrin tizimdagi oʻzgarishlar.
9. Moddalar almashinuvidagi oʻzgarishlar.
10. Qon va ichki aʼzolardagi oʻzgarishlar.
11. Teridagi oʻzgarishlar.
12. Jinsiy aʼzolardagi oʻzgarishlar.
13. Homilaning tirik yoki oʻlik ekanligini aniqlash.
14. Gestozlarning etiologiyasi.

Ilk gestozlar tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Kechki gestozlar tasnifi klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Kechki gestozlar (arterial gipertenziya, preeklampsiya va eklampsiya) holatlarida birinchi tibbiy yordam koʻrsatish.

Tayanch soʻz va iboralar:

1. Yevstaxiy qopqogʻi – pastki va yuqori kovak venalar oʻrtasidagi parda.
2. Arantsev yoʻli – kindik venasining kindik xalqasidan to pastki kovak venagacha boʻlgan qismi.
3. Botalov yoʻli – oʻpka arteriyasidan pastga tushuvchi aortagacha boʻlgan qon tomiri.
4. Urugʻlanish – erkaklar spermatozoidining ayol tuxum hujayrasi bilan qoʻshilish jarayoni.
5. Payvandlanish – urugʻlangan tuxum hujayraning bachadon shilliq qavatiga botib kirishi.
6. Embrion – tuxum hujayra boʻlinishi hisobidan paydo boʻlgan embrioblastlardan hosil boʻlgan murtak.

7. Qog'onoq suvi – amnion pardasida ishlab chiqiladigan homila atrofini to'ldirib turadigan suyuqlik.
8. Platsenta – homilani ona organizmi bilan bog'lab turuvchi asosiy vosita – yo'ldosh.
9. Homiladorlik dog'lari – buyrak usti bezi po'stloq qavati va gipofiz bezi funksiyasining o'zgarishi natijasida ayolning yuzida, qorin terisida pigmentlar paydo bo'ladi.
10. Homiladorlik chandiqlari – teridagi qo'shuvchi to'qima elementlari bilan elastik tolalarning bir-biridan qochishi natijasida qorin terisining cho'zilib, rangi o'zgarishi.
11. Ilk gestozlar. Gestoz. Qusush. Sulak oqish.
12. Spazmolitiklar.
13. Homiladorlikning tiyilmaydigan qusishi.
14. Sof gestoz.
15. Homila gipotrofiyasi.
16. Homiladorlar xoreyasi.
17. Sedativ vositalar.
- 18 Homiladorlar dermatози.
19. Homiladorlar tetaniyasi.
20. Birikkan kechki gestoz.
21. Og'iz kergich.
22. Jigarning o'tkir distrofiyasi.
23. Til ushlagich.
24. Preeklampsiya.
25. Eklampsiya.
26. Mimika mushaklarining fibrilyar titrashi.
27. Tutqanoq.
28. Klonik talvasa.
29. Tonik talvasa.
30. Perinatal o'lim.
31. Pretoksikoz.
32. Shish.
33. Proteinuriya.
34. Gipertenziya.

XXIX BOB.

TUG‘RUQ JARAYONIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Tug‘ruq fiziologik jarayon bo‘lib, unda homila va yo‘ldosh bachadon bo‘shlig‘idan tug‘ruq yo‘llari orqali haydab chiqiladi. Fiziologik tug‘ruq akusherlar hisobida 10 oy (280 kun yoki 40 hafta) davom etgan homiladorlikdan keyin ro‘y beradi, shu vaqtga kelib homila yetiladi va yorug‘ dunyoda yashashga to‘la qodir bo‘lib tug‘iladi.

Tug‘ruqning xabarchilari va boshlanishi. Tug‘ruq xabarchilari deganda tug‘ruq yaqinlashganini bildiradigan bir qancha belgilar tushuniladi. Bu quyidagilardan iborat.

1. Homiladorlik oxirida (odatda tug‘ruqqa 1–2 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson bo‘lib qolganini qayd qiladi va ayolning gavda tuzilishi o‘zgaradi. Ayol gerdayib yurishi ko‘zga tashlanadi.

2. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushadi; birinchi marta homilador bo‘lgan ayollarda homila boshi chanoq kirish qismiga zich taqalib turadi yoki hatto unga kichik segmenti bilan suqiladi.

3. Tug‘ruq oldidan bachadon bo‘yni «yetukligi» ning belgilari yaxshi bilinib turadi: bachadon bo‘yni chanoq o‘qi bo‘ylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan bo‘ladi, ilgari tuqqan ayollarda servikal kanaldan barmoq o‘tadigan bo‘lib qoladi. Tug‘ruq vaqtida yana kalta tortib, tekislanadi.

4. Tug‘ruqdan oldin ko‘pincha bachadon bo‘yni bezlarining cho‘ziluvchan shilimshiq sekreti qindan chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida ko‘p ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tug‘ruqdan oldin dumg‘aza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi og‘riqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib ko‘rilsa, tug‘ruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa bo‘ladi, bu organizmdan ko‘p suv chiqayotganiga bog‘liq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon bo‘yni shilimshig‘ining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tug‘ruqning eng dastlabki xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tug‘ruq boshlanganligini bildiradi. Tug‘ruq boshlanganda har 10–15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tug‘ruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi – bachadon bo‘ynining sekin-asta tekislanishidir. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib to tug‘ruq tamom bo‘lguncha tug‘uvchi ayol deb atiladi.

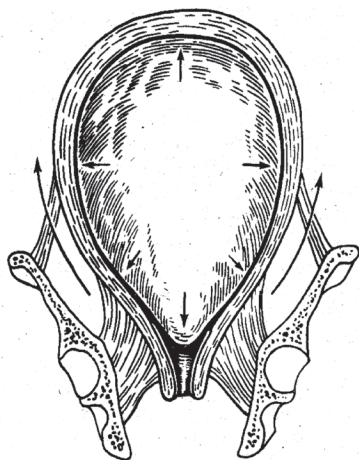
Tug‘ruq davrlari. Tug‘ruq uch davrga bo‘linadi: birinchisi – **bachadon bo‘ynining ochilish davri**, ikkinchisi – **homilaning tug‘ilish davri**, uchinchisi – **yo‘ldosh tushish davri**.

Bachadon bo‘ynining ochilish davri dastlabki muntazam dard tutishidan boshlanib, pirovardida bachadon bo‘ynining tashqi teshigi to‘la ochilishi bilan yakunlanadi.

Homilaning tug‘ilish davri bachadon bo‘yni tashqi teshigining to‘la ochilgan paytdan 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. Tug‘ruqning birinchi davrida bachadon bo‘yni sekin-asta tekislanadi va bo‘yin kanalining tashqi teshigi bachadon bo‘shlig‘idan homila chiqib ketishi uchun



32-rasm. Bachadonning qisqarishlari ta‘sirida qog‘onoq suvlari ichki teshik tomonga intiladi, homila pufagi teshikka suqilib turadi.

etarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni tekislanib, tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar ro'y beradi:

a) muskul tolalari qisqaradi bu jarayon – **kontraktsiya** deyiladi.

b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning o'zaro joylashuvi o'zgaradi, bir biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi – **retraktsiya** deyiladi.

Navbatdagi dard tutishi (bachadon muskullarining qisqarishi) vaqtida muskul tolalarining retraktsiyasi kuchayadi, shunga ko'ra bachadon devorlari tobora qalin tortadi. Bundan tashqari, retraktsiya 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 (sirkulyar) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon bo'ynining kanali dard tutishi sayin kengayaveradi – bu holat **distraktsiya** 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 (tazyiq ko'rsatishi) tufayli bachadon ichi bosimi oshadi va qog'onoq suvlari bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga, ya'ni qarshilik yo'q tomonga intiladi (32-rasm). 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 kengaytira boradi.

Shunday qilib, bachadon bo'ynining teshigi: a) bachadon tanasidagi bo'ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo'yni doiraviy muskullarining cho'zilishi (distraktsiya) hisobiga, b) taranglangan homila pufagining bo'yin kanaliga kirib, unga

gidravlik pona kabi ta'sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga bachadon bo'yni 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 taranglanib, bachadon bo'ynining teshigiga kiradi.

Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kavak muskul (yuqori segment) bilan bachadonning cho'zilayotgan pastki segmenti o'rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara **kontraktsion** (yoki **chegara**) **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 kaltalanadi va nihoyat, butunlay tekislanadi (yoziladi), 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 picha ochiq turadi, undan barmoq uchi bemalol o'tadi. Bachadon bo'ynining ochilish davrida ichki teshikning ochilishi va 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. Teshik shuncha ochilganda yetuk homilaning boshini va tanasini o'tkazadi.

Dard tutishi kuchaygan sayin 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.

Normal sharoitda homila pufagi bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la yoki deyarli to'la ochilgach, dard tutayotgan vaqtda

yoriladi (qog'onoq suvining o'z vaqtida ketishi). Homila pufagi yorilgach, oldingi suv ketadi. Orqa suv, odatda, bola tug'ilgandan keyin oqib chiqadi.

Homila pufagi ba'zan tashqi teshik to'la ochilmasdan turib yorilsa **qog'onoq suvi barvaqt** (erta) **ketdi** deyishadi, tug'ruq boshlanmasdan turib suv ketishi **muddatidan oldin suv ketishi** deb ataladi. Qog'onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug'ruqning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Pardalar haddan tashqari zich bo'lsa homila pufagi tashqi teshigi to'la ochilgandan keyin kech yoriladi (homila pufagining kech yorilishi), 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.

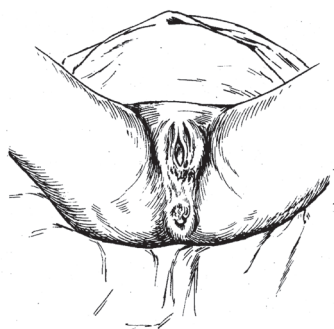
Homilaning tug'ilish davri. Tashqi teshik to'la ochilgach, homila bachadon bo'shlig'idan ilgarilama harakatlana boshlaydi. Qog'onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15–20 daqiqa o'tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmga moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskullarining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi asab chigallarini homila pufagidan ko'ra ko'proq bosadi. Shu sababli bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr (pauza) tobora kaltalanadi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglanib, zichlashib, qorin devorini do'ppaytiradi («bachadon tikka turadi»).

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'ruq krovatiga tiraydi va qorin muskullarini taranglab, qattiq kuchanadi.

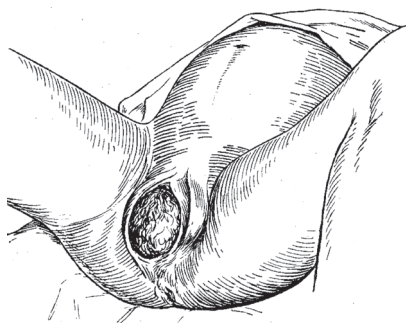
Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi. Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) qisqarib, 2–3 daqiqaga qisqaradi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach, oraliq boʻrta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat toʻlgʻoq vaqtida doʻppaygan boʻlsa keyin pauzalarda ham doʻppayaveradi. Oraliq doʻppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tugʻruqdan oldin toʻgʻri ichak tozalanmagan boʻlsa, toʻlgʻoq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Shuning uchun tugʻruqqa kelgan har bir ayolning ichaklari tozalovchi huqna yordamida tozalanadi.

Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi. Toʻlgʻoq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan koʻrinib turadi. Toʻlgʻoq tutib boʻlgach, homila boshining ilgarilanma harakati toʻxtaydi, homila boshi koʻzdan yoʻqolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi toʻlgʻoq tutganda homila boshining kattaroq bir qismi doʻppayib turadi, lekin pauzada (toʻlgʻoqlar orasidagi davrda) homila boshi yana koʻzdan yoʻqoladi. Toʻlgʻoq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan koʻrinishi homila **boshining suqilib kirishi** deb ataladi (33-rasm, *a*). Yana toʻlgʻoq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora koʻproq oldinga turtib chiqadi, endi u toʻlgʻoq toʻxtagandan keyin ham koʻzdan yoʻqolmaydi, jinsiy yoriq yumilmay, baralla ochiq turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, toʻlgʻoq toʻxtagandan keyin ham koʻzdan yoʻqolmasa, **homila boshi yorib chiqdi** deb aytishadi (33-rasm, *b*).



a)



b)

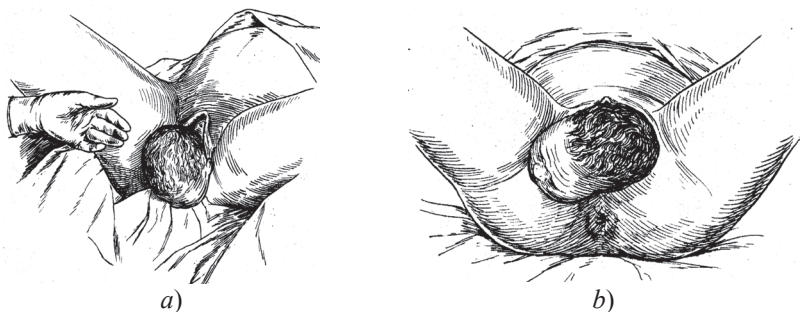
33-rasm. Homila boshining suqilib kirishi va yorib chiqishi.

a – boshning suqilib kirishi; *b* – boshning yorib chiqishi.

Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do'mboqlari jinsiy yoriqdan ko'rinadi; shu payt oraliqning taranganishi nihoyasiga yetadi. Ensa va tepa do'mboqlar yorib chiqqach, qattiq to'lg'oq vaqtida homilaning peshanasi va yuzi ham tug'ruq yo'llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to'lg'oq qisqa vaqt to'xtaydi.

Homilaning tug'ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo'ladi (34-rasm, *a*). 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 (34-rasm, *b*). Homila yuzi birinchi pozitsiyada onaning o'ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi.



34-rasm. Homila boshining tug'ilishi.

a – chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan; *b* – bosh yuzi bilan ona soniga qaraydigan bo'lib burilgan.

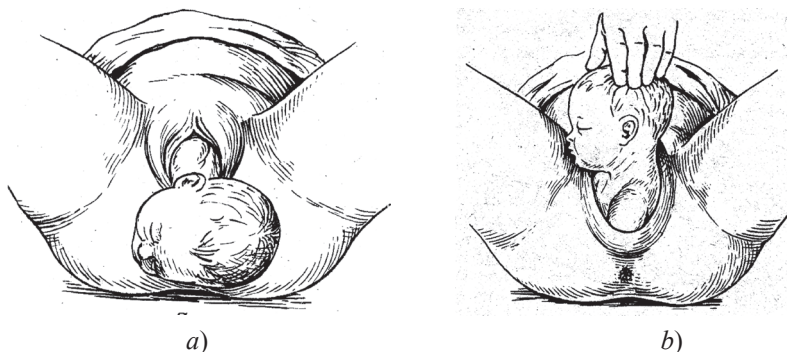
Homilaning yelkalari tug'ruq yo'llaridan quyidagicha chiqadi: oldinga yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi (35-rasm, *a*) orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi (35-rasm, *b*), so'ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka kamari chiqqach, tanasi va oyoqlari bemalol chiqadi. Picha loyqa orqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor.

Ba'zan tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ozgina chaqalanishi sababli orqa suvlarga qon aralashgan bo'ladi.

Yorug' dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, baralla chin-qiradi, oyoqlarini aktiv qimirlatadi, terisi qizaradi.

Ona qattiq charchaganligini his qiladi, orom oladi, tez-tez urayotgan tomiri asliga keladi (pulsi baravarlashadi). Tug'uvchi ayol ko'zi yorigandan keyin ko'pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to'lg'oq tutgan vaqtda ayol ko'p haroratini yo'qotadi.

Yo'ldosh tushish davri. Homila tug'ilgandan keyin tug'ruqning uchinchi davri – yo'ldosh tushish davri boshlanadi. Bu davrda: 1) platsenta va pardalar bachadon devorlaridan ko'chadi, 2) ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llari orqali chiqib ketadi.



35-rasm. Homila yelkalarining tug'ilishi.

a – oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi; *b* – orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

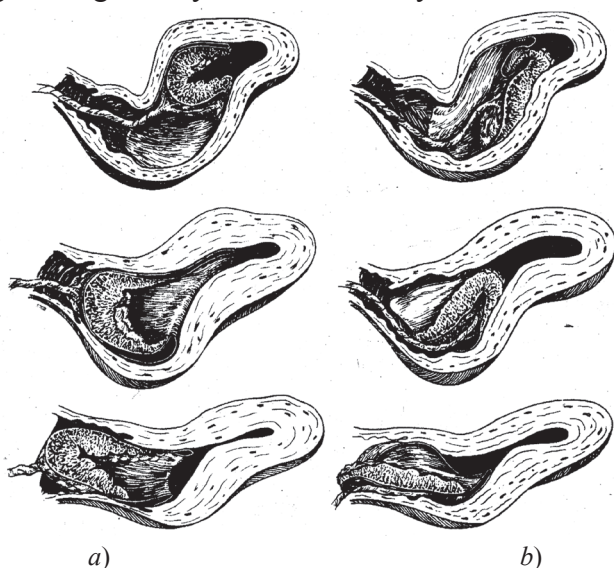
Yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi platsentaning ko'chishiga yordam beradigan asosiy shartdir; ko'chgan yo'ldoshning haydalib chiqishida qorin pressi ishtirok etadi. Bola tug'ilgach, bachadon qisqarib, yumaloq shaklga kiradi; bachadon tubi kindik ro'parasida joylashadi; bir necha daqiqadan keyin bachadon muskullari ritm bilan qisqara boshlaydi – yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi boshlanadi.

Yo'ldosh tushish davrida dard tutganda bachadonning hamma muskullari, shu jumladan platsenta yopishgan soha (platsentar maydoncha) muskullari ham qisqaradi. Platsenta esa qisqara olmaydi,

shuning uchun u yopishgan joyning torayayotgan qismidan siljiydi. Har gal dard tutganda platsentar maydoncha kichrayadi, platsenta burmalanadi, bu burmalar bachadon bo'shlig'iga do'ppayib chiqadi, nihoyat, bachadon devoridan ko'chib ketadi.

Platsenta bachadon devoridan ko'chayotganda platsentaning ko'chgan qismi sohasidagi bachadon-platsenta tomirlari uziladi. Tomirlardan chiqqan qon bachadon devori bilan platsenta oralig'ida to'planib, platsentaning yopishgan joyidan yanada ko'proq, ko'chishiga yordam beradi (36-rasm).

Yo'ldosh tushish davrida platsentaning ko'chishi natijasida uzilgan qon tomirlari (bachadon platsenta tomirlari)dan qon chiqadi. Yo'ldosh tushish davri normal o'tganda 250–300 ml (o'rta hisob bilan 250 ml) qon ketadi. Bu qon yo'qotish fiziologik hodisa bo'lib, ayol organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.



36-rasm. Yo'ldosh ko'chishi va tushishining turli usul va bosqichlari.

a – platsenta markazidan ko'chib tushishi; *b* – platsenta chetidan ko'chib tushishi.

Yo'ldosh tushgandan keyin bachadon uzoq qisqarish holatiga keladi. Qisqargan muskul tolalari ochilgan tomirlar teshigini qisib

qo'yadi, shunga ko'ra qon ketishi to'xtaydi. Yo'ldosh tushishi bilan tug'ruq tugab, chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr) boshlanadi.

Ayolni tug'ruq tugagan paytdan boshlab tug'uvchi ayol deb emas, balki **tuqqan** (ko'zi yorigan) **ayol** deb atashadi.

Tug'ruqlarni olib borishning zamonaviy tamoyillari.

Onalar va perinatal davri kasalliklari va o'limini kamaytirish maqsadida 1987-yilda JSST, YuNISEF, YuNFPA va Jahon Banki Bexatar Onalik tashabbusi bilan chiqdilar.

Bexatar onalik faqat onalar kasalliklari va o'limini oldini olishdan iborat bo'lib qolmasdan, balki ona va bola to'g'risida g'amxo'rlik qilishni xam ko'zda tutadi. Bu tushunchaga tug'ruqqacha, tug'ish vaqtida va tuqqandan keyingi davrda ayolning jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonligi kiradi hamda bular esa sog'lom bola tug'ilishi va sog'lom bolalikni ta'minlashi lozim.

Stasionarga kelib tushganda ayol va uni kuzatib kelgan yaqinlari ushbu muassasaning tutgan siyosati, o'tkaziladigan barcha chora-tadbirlar va mavjud qoidalar bilan tanishtirilishi lozim. Shuningdek, ayol va uning yaqinlariga kelib tushgan vaqtdagi umumiy holati to'g'risida to'liq axborot taqdim qilinishi kerak.

Tug'ruq vaqtida hamkorning ishtiroki tug'ayotgan ayolning yaqinlaridan birontasini bo'lishi ham muhim ahamiyat kasb qiladi. Kim ishtirok etishini, odatda, bo'lg'usi onaning o'zi hal qiladi. Tibbiyot xodimi xamkorni tug'ayotgan ayolni kuzatib turish va unga yordam ko'rsatish ko'nikmalariga o'rgatishi lozim. Tug'ish vaqtida tug'ayotgan ayolni hech qachon yolg'iz qoldirish kerak emas.

Tug'ruqlarni olib borishning asosiy tamoyillari:

- me'yorda kechayotgan homiladorlikda dori-darmonsiz akusherlik yordami ko'rsatish;
- tug'ruq vaqtida jismoniy va psixoemosional qo'llab-quvvatlashni ta'minlash;
- tug'ruq jarayonida tik turishni afzalliklarini tushuntirgan holda ayolni erkin turushini ta'minlash;
- tug'ruq rejasiga ayolni faol jalb qilish;
- ayol va uning hamkoriga istagan axborotni taqdim qilish;

- sir saqlanishi maqsadida ayolni boshqalardan ajratib qo'yish imkoniyatini ta'minlash;
- partogrammadan foydalanish;
- tug'ruq vaqtida toza muhitni ta'minlash;
- ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar tomonidan o'zlarining kiyimlaridan foydalanish.

Tug'ruqning birinchi davrini olib borish tamoyillari. Tug'ruqning birinchi davrini olib borishning asosiy prinsiplari tug'ruq jarayonini kuzatib borish va kechish me'yorlaridan cheklanishlarni o'z vaqtida aniqlashdir. Ayolga erkin harakat qilish huquqi, o'ziga qulay vaziyat egallash (tik turgan, o'tirgan, yurgan, cho'k tushgan va boshqa holatlar) imkoniyati berilishi lozim. Tug'ruqlar vaqtida tana holatini erkin tanlashi onaga og'riqni yengishni yengillashtirishga yordam beradi. Agar birinchi davrda ayol orqasi bilan yotishni ma'qul ko'rsa, pastki kovak vena sindromidan saqlanish uchun unga chap biqinga burilib yotishni tavsiya qilishni unutmang.

Tug'ruqlarni og'riqsizlantirish. Tug'ruqlar vaqtida ayol seza-yotgan og'riq darajasi, ko'pincha uning emotsional holati va xabardorligiga bog'liq bo'ladi. Agar ayol tinch holatda bo'lsa, qo'rquv his qilmasa va nafaqat o'zining hamkori, balki tug'ruq qabul qilayotgan tibbiyot xodimi tomonidan xam doimiy g'amxo'rona qo'llab-quvvatlash bo'lib tursa, u og'riqni kam sezadi.

Og'riqni yo'qotishni alternativ ayniqsa, dori-darmonsiz usullari eng ma'qul usullardir. Birinchi navbatda, ayolga o'zi istagan tana vaziyatini egallash imkoniyatini berish lozim. Bu degani ayniqsa, tug'ruqlarning birinchi davri davomida uning harakatlari chegaralanib qolmasligi lozim, demakdir. Ayrim ayollar iliq dush yoki vanna qabul qilgach, uqalash yoki yelkasini silagandan keyin yengillik topadilar.

Nafas olish mashqlari va ayol diqqatini chalg'itadigan relaksatsiya (og'riqni bir joydan ikkinchi joyga ko'chishi) ham xuddi shunday samara beradi. Bunday amallar zararsizdir va keng tavsiya etilishi mumkin.

Tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa xodimi ayol kechirayotgan og'riq sezgisini iloji boricha kamaytirishga harakat qilishi zarur. Buning uchun tug'adigan ayolni avaylab, o'ziga xos yondashuv,

hurmat bilan va ogohlantirib, tekshirib ko‘rish lozim. Ijobiy kayfiyat baxsh etish, ayolni tinchlantirish unda endogen endorfinlar ishlab chiqarishga sharoit yaratadi va bu esa og‘riqsizlantiruvchi samara beradi.

Tug‘ruqning ikkinchi davrini olib borish. Tug‘ruq faoliyatining ravojlanishini baholash. Ona va bolaning umumiy holati doimiy ravishda kuzatilib turilganda ma’lum vaqt oralig‘ida hayotiy muhim alomatlarini qayd qilib borish lozim. Shuningdek, bir xil vaqt oralig‘ida muntazam ravishda tug‘ruq to‘lg‘oqlarining kuchi va sonini ham yozib qo‘yish kerak. Tug‘ruq jarayonining grafik yozuvi misoli bo‘lib tug‘ruqni kechishi va rivojlanishining barcha xususiyatlari ko‘rgazmali, grafik shaklda ifodalangan partogramma hisoblanadi. Partogramma yuzaga keladigan muammoni mumkin qadar oldindan bilish va aniqlab olishga imkon beradigan tarzda tuziladi. Shu sababli tibbiyot xodimi uchun partogramma qimmatli qurol hisoblanadi. Ilmiy ma’lumotlar, partogrammadan to‘g‘ri foydalanilganda patologik tug‘ruqlar sonini keskin kamayishini ko‘rsatadi. ***Partogramma keyin emas, balki faqat tug‘ruq jarayonida to‘lg‘aziladi.***

Tug‘ruqlar birinchi davrining rivojlanishi bachadon og‘zining ochilish dinamikasiga qarab belgilanadi (oxirgi ma’lumotlar bo‘yicha soati 0,5 sm). Bachadon bo‘ynining to‘liq ochilishi deganda (umumiy andozalar bo‘yicha), uni 10 sm. ga ochilishi tushuniladi. Bachadon bo‘ynini ochilishini baxolash uchun u qin orqali tekshirib ko‘riladi. Esda tuting, infektsiya kirishi oldini olish uchun ehtiyotlik choralari saqlanishi zarur. Tekshirishdan oldin antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilingan holda qo‘llarni yaxshilab yuvish, tekshirishda esa steril rezina qo‘lqoplardan foydalanish lozim. Qoida bo‘yicha qin orqali tekshirishni to‘lg‘oq vaqtida o‘tkazish yaramaydi. Qin orqali tekshirish faqat tegishli tibbiy ko‘rsatmalar asosida bajarilishi kerak.

Partogramma

Partogramma – hozirgi kunda tug‘ruqlarni olib borishda eng oddiy va samarali vosita bo‘lib hisoblanadi.

Partogrammaning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

Bu – bachadon bo‘yni ochilishini uzluksiz grafik holda aks ettirish usulidir, shu bilan bir vaqtning o‘zida;

Bu – ona, bola ahvolining, tug‘ruq kechishining boshqa ko‘p xususiyatlarini;

– grafik holda aks ettirish usulidir.

Xususiyatlarni bunday birgalikda namoyon bo‘lishi partogrammani yanada ahamiyatli qiladi. Partogramma – tibbiy yordam ko‘rsatishning barcha sharoitlarida samarali: oddiy va eng murakkab jihozlarga ega bo‘lganda ham, tibbiy muassasalarning hamma darajalarida, barcha tug‘ruqlarda qo‘llanilishi lozim.

Partogrammadagi yozuvlar – yuqori qismida quyidagi ma’lumotlar yoziladi:

Ayol:

– ismi;

– akusherlik ma’lumotlar (anamnezidagi tug‘ruqlar, homiladorliklar soni);

– ro‘yxat raqami;

– qabul qilingan sana;

– qabul qilingan vaqt nolga hisoblanadi. Kunning haqiqiy vaqtivaqt chizig‘i ostida ko‘rsatiladi.

– qog‘onoq pardasining yirtilish vaqti homila:

– yurak qisqarishi tezligi;

– homila suvi: tiniq(S), qon bilan bo‘yalgan (V) yoki mekoniy bilan bo‘yalgan (M) yoki qog‘onoq pardasi butun (I)

– bachadon bo‘yni: ochilishi sm. larda, diagrammada «X» belgisi bilan belgilanadi.

– Homila boshi harakati: (homila boshining keluvchi sathi), besh barmoq bilan qorin qismida paypaslash bilan aniqlanadi, diagrammada 0 belgisi bilan belgilanadi, qorinni paypaslash har bir qin ko‘ruvidan oldin bajariladi.

– Homila boshining shakllanishi: bu jarayon quyidagicha yoziladi: bosh suyaklar biriktiruvchi to‘qimalar bilan ajralib turibdi, buni yengil paypaslash mumkin (0), suyaklar bir-biriga biroz tegib turibdi (+); suyaklar bir-birining ustida joylashgan (++); suyaklar bir-birining ustida anchagina joylashgan (+ + +).

Bachadon bo‘yni ochilishi:

- bu tug‘ruq kechishining eng muhim ko‘rsatkichi. Bachadon bo‘ynini ochilishi jadvalda «X» belgisi bilan belgilanadi.
 - Qisqarishlar (to‘lg‘oqlar): tezligi (10 daqiqa davomida qisqarishlar soni). Davomiyligi soniyalarda.
 - Oksitotsin:
 - Dozasi tug‘ruqning har davriga 1 soatga mo‘ljallanib yoziladi.
 - Dori-darmonlar va vena tomiri ichiga yuboriladigan suyuqliklar ma’lumotlar uchun joy;
 - Qon bosimi, harorat va puls: qon bosimi va puls har soatda yoki tezroq yozib borish tavsiya etiladi.
 - Tana harorati har 3–4 soatda yozib borishi tavsiya etiladi;
- Siydik: miqdori, tahlili (qon, oqsil va aseton).

Har bir peshobdan so‘ng yozib boriladi.

Bachadon bo‘yni ochilishi to‘g‘risidagi birinchi belgilar tug‘ruqning faol davrida ogohlik chizig‘ining tegishli nuqtalarida qo‘yiladi. Namunaviy holatlarda tug‘ruq ogohlik chizig‘i bo‘ylab kechadi. Agar tug‘ruq sust kechsa, ochilish vaqtiga qarab, chizig‘imiz harakat chizig‘i tomonga ko‘chadi.

Harakat chizig‘i partogrammada ogohlik chizig‘idan o‘ngga 4 soatga surilgan bo‘ladi. Agar belgilanayotgan chiziq, harakat chizig‘ini kesib o‘tsa, tegishli aralashuvlar to‘g‘risida o‘ylash lozim.

Tekshirish soniga nisbatan tekshirish usullari ko‘proq ahamiyatga egadir. Homila yurak qisqarishlari tezligini haqqoniy ko‘rsatish uchun homila yuragini auskultasiya qilish vaqti juda ahamiyatli ekanligi partogrammada yaqqol ko‘rinadi. Bu holat, yurak qisqarishlari variantlari misolida tasvirlanadi (juda qisqa), vaqti-vaqti bilan auskultasiya qilish – ma’qulroq va afzalroq.

Partogrammadan maqsad – ona va bola holatini umumlashtirilgan holatda aks ettirishdir va shuning uchun, har tomonlama nazorat zarur. Partogrammaning yana bir ahamiyatli qismi bachadon bo‘ynini vaqt davomida ochilishini hamda homilaning oldinda joylashgan qismining (odatda boshi) siljishini kuzatishdir. Ta’kidlab o‘tish zarurki, tug‘ruq vaqtidagi qin orqali tekshiruvlar homila joylashgan qismining holatini kuzatish bilan barobar olib borilishi kerak, yana shuni aytib o‘tish kerakki, tug‘ruq olib borishdagi ko‘pgina xatoliklar

aynan shunday kuzatuv bo‘lmagani uchun ro‘y beradi. Harakat chiziqlari va ogohlik chizig‘ini ahamiyati va xususiyati, tik chizig‘i shunday chiziqki, undan tashqarida bachadon bo‘yni ochilishi tezligi «istalgan» tezlikdan 1 soatda 1 sm. dan kam bo‘ladi. Kuzatuv olib boriladi, lekin harakat talab etilmaydi. Bunga qarama-qarshi, harakat chizig‘i – bu shunday chiziqki, shu chiziqdan tashqarida bachadon bo‘yni ochilishi tezligini istalgan darajagacha tiklash uchun talab qilinadigan harakatlar to‘g‘risida o‘ylashni taqozo etadi.

Bu chiziqlar ahamiyati shundaki, ular shifokorlarga, tug‘ruq kechishidagi o‘zgarishlarni so‘z bilan tasvirlashdan (jadvalga nisbatan) ko‘ra, erta aniqlashga yordam beradi. Undan tashqari, ular ham bir tug‘ruqqa yordam berish muassasasi bo‘limlar, ham turli darajadagi akusherlik xizmatlari orasida harakat birligini ta‘minlashga yordam beradi.

Agar ayolni qin orqali ko‘ruv, ogohlik chizig‘ida bajarilgan bo‘lsa, keyingi tekshiruv 4 soat o‘tgandan so‘ng (agar erta ko‘ruv uchun klinik ko‘rsatmalar bo‘lmasa) bajarilishi kerak. Agar ko‘ruvgacha tug‘ruqning sust kechishi, kuzatilgan bo‘lsa va jadvaldagi nuqtamiz ogohlik va harakat chiziqlari orasida joylashsa, unda aniqki, keyingi tekshiruvni ertaroq bajarish lozim.

Partogrammani o‘z vaqtida to‘ldirish, tug‘ruq kechishining me‘yordan tashqariga o‘zgarishlarni o‘z vaqtida aniqlash va asossiz aralashuvlardan qochish imkonini beradi.

Tug‘ruq vaqtida ayolni ovqatlantirish. Tug‘ruqlar quvvat sarflashni talab qiladi. Tug‘ruq qancha vaqt davom etishini oldindan aytish mumkin bo‘lmaganligi tufayli kuch-quvvat manbai doimo to‘ldirilib turilishi zarur. Ovqatlanishni keskin chegaralanishi tug‘ruq vaqtida suvsizlanish va asidozga olib keladi, ularni tug‘ruq davrida suyuqliklar ichish va yengil ovqat qabul qilish yo‘li bilan oldini olish mumkin. Zamonaviy yondoshuvlar fiziologik tug‘ruqlar vaqtida ovqat va ichimlik qabul qilish to‘g‘risidagi masalani ayolning o‘zi hal qilishiga qo‘yib beradi.

Hamkorlik guruhleri. Hamkorlik tug‘ruqlari o‘tkazilganda doya hamshiraning vazifasi nafaqat barcha muhim klinik belgilarni qayd qilish, balki bugun tug‘ruq, davomida ayolni jismonan va emosional

qo‘llab-quvvatlab turishdan ham iborat bo‘ladi. Tug‘ruqlarda ishtirok etayotgan doya o‘tkazilayotgan barcha muolajalar va tibbiy tekshiruv natijalarini ayolga tushuntirishi kerak. Tug‘ruq faoliyatining kechishi va bolaning kutilayotgan tug‘ilish vaqti to‘g‘risida ayolni xabardor qilishi lozim.

Tug‘ruq zalida ayolning yaqin odamlaridan birontasini bo‘lishi (doya bilan birlikda) tug‘ruqlarni rivojlanishi va natijasi onaning tug‘ruqdan keyingi adaptasiyasi, ona va bolaning o‘zaro munosabati, ko‘krak suti bilan boqish va oilaviy er-xotinlik munosabatlarga sezilarli darajada ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi. Bunda tug‘ruqlar davomlilikgi va kesar kesishlarning soni sezilarli qisqaradi, og‘riqsizlantirish vositalarini qo‘llanish kamayadi, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga zudlik bilan tibbiy yordam ko‘rsatishga ham ehtiyoj kam bo‘ladi. Shuningdek, ko‘krak suti bilan boqish va yangi tug‘ilgan chaqaloqni yaxshi holatiga ham ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Tug‘ruqning uchinchi davrini olib borish. Tug‘ruqning uchinchi davri (yo‘ldosh davri) bola tug‘ilgandan to‘yo‘ldoshni bachadondan ajralishi va uni chiqishigacha bo‘lgan vaqtni o‘z ichiga oladi va odatda 15–20 daqiqani egallaydi.

Bola tug‘ilgandan so‘ng bachadon qisqaradi va yo‘ldoshning ajralishi yuz beradi. Bu – qon ajralmalarini boshlanishidan hamda kindikning tashqi qismini uzayishidan bilinadi.

Tug‘ruq fiziologik olib borilganda yo‘ldosh faqat onaning kuchi yordamida ajralib chiqariladi. Yo‘ldosh va homila pardalarini ularning butunligini sinchiklab tekshirish lozim. Agar yo‘ldosh ajralgandan keyin bachadon gipotoniyasi tufayli qon oqishi davom etsa, aylanma harakatlar bilan bachadonning yuqori qismini uqalashni boshlash lozim (lekin uning tubini siqish kerak emas), bunda bachadondagi qon quyqalari chiqib ketadi. Yengil uqalashdan keyin bachadon qisqarishi va qattiq bo‘lib qolishi kerak. Bachadonni qisqartirish uchun muzdan foydalanish tavsiya qilinmaydi.

Yo‘ldosh ajralgandan keyin faqat bachadon butunligini tekshirish va qon oqishiga gumon qilingandagina jarrohlik gemostazini ta‘minlash uchun yumshoq, tug‘ruq yo‘llari ko‘zdan kechiriladi. Tug‘ruqdan keyin vaqti-vaqti bilan puls va arterial qon bosimini

nazorat qilish, yaxshi qisqarganligiga ishonch hosil qilish va kamida 24 soat davomida qindan qon oqmayotganligiga guvoh bo'lish uchun bachadon holatini tekshirib turish zarur (JSST tasnifiga binoan tug'ruqdan keyingi qon ketish birlamchi va ikkilamchi deb ta'riflanadi: birlamchi – tug'ruqdan keyingi 24 soat davomida, ikkilamchi – tug'ruqdan 24 soat keyingi vaqt ichida).

AYOLLARNI TUG'RUQQA PSIXOPROFILAKTIK TAYYORLASH USULI

Ayollarni tug'ruqqa tayyorlashning bu usuli tug'ruq og'riqlarining kelib chiqish sabablarini o'rganishga asoslangan. Psixoprofilaktik tayyorgarlikdan maqsad – ayolning markaziy asab tizimiga ta'sir ko'rsatib, og'riqni bartaraf qilishdir.

Tug'ruq vaqtida bachadondagi va tug'ruq yo'llarining boshqa qismlaridagi nerv oxirlari (intero reseptorlar), tolalari va chigallari ta'sirlanadigan sharoit vujudga keladi.

Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlashdan maqsad tug'ruq og'riqlarining psixogen komponentini bartaraf qilish, tug'ruqda og'riq sezilishi muqarrar degan tasavvurni, ruhan ezadigan qo'rquv hissini yo'qotish va tug'ruq eson-omon o'tadigan fiziologik jarayon bo'lib, unda hamisha og'riq sezilavermaydi, degan yangi tasavvurni hosil qilishga yordam beradi. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida bosh miya po'stlog'iga ta'sir ko'rsatish og'riq sezgilarini kamaytirish yoki butunlay bartaraf qilishga yordam beradi.

Tug'uvchi ayol o'zini to'g'ri tutgandagina tug'ruq og'riqsiz o'tishi mumkinligini unga uqtirish kerak. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida ayol o'zini osoyishta tutishga va tug'ruq vaqtida faol harakat qilishga o'rgatadi. Tug'ruq fiziologiyasi va uning klinik o'tishi haqida ayolga asosiy ma'lumotlar beriladi, shuningdek, tug'ruqning turli davrlarida kelib chiqadigan sezgilar tushuntiriladi, hamma vaqt ham og'riq sezilavermasligi ta'kidlanadi.

Ayol tug'ayotgan paytda o'zini to'g'ri tutishi kerakligi aytiladi, psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida o'rgatilgan muayyan usullarni bajarilishi natijasida tug'ruqning og'riqsiz o'tishi tushuntiriladi.

Tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlik boshidan, ayniqsa tugʻruqqa 4 hafta qolganda va tugʻruq vaqtida oʻtkaziladigan bir talay tadbirlar tizimidir.

Birinchi mashgʻulotda ayol jinsiy aʼzolarining anatomik tuzilishi homiladorlik munosabati bilan organizmda roʻy beradigan oʻzgarishlar haqida qisqacha maʼlumotlar beriladi bularning hammasi tugʻruqning normal oʻtishini taʼminlaydi, deb uqtiriladi. Tugʻruq normal fiziologik hodisa deb tushuntiriladi, tugʻruqning uch davri haqida maʼlumot beriladi.

Ikkinchi mashgʻulotda ayol dard tutgan vaqtida va tugʻruqning birinchi davrida oʻzini qanday tutishi kerakligi koʻrsatiladi. Tugʻruqning toʻgʻri oʻtishiga va ogʻriq sezgilarining kamayishiga yordam beradigan quyidagi maxsus jismoniy amallar homilador ayollarga oʻrgatiladi.

Uchinchi mashgʻulotda homilador ayollar tugʻruqning ikkinchi va uchinchi davrlari qanday oʻtishi, bu davrlardagi sezgilar xarakteri bilan tanishtiriladi. Homila tugʻiladigan davrning boshida va oxirida qanday vaziyatda yotish maʼqulligi tavsiya etiladi. Toʻlgʻoq tutganda nafasni toʻxtatib turish mashqlari oʻrgatiladi. Toʻlgʻoq taʼsirini oshirish uchun chuqur nafas olgandan keyin nafasni 10–15 sekund toʻxtatib turish kerakligi tushuntiriladi.

Toʻrtinchi mashgʻulot. Avvalgi mashgʻulotlarda berilgan hamma bilim va mashqlar toʻrtinchi mashgʻulotda qisqacha takrorlanadi, yuqorida koʻrsatilgan usullarni ayollar qanchalik oʻzlashtirganligi tekshiriladi.

Psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasi tugʻruq kompleksida ishning tashkil etilishiga, meditsina xodimlarining xulq-atvoriga anchagina bogʻliq. Tugʻruq kompleksida saranjom-sarishtalik, osoyish-ta vaziyat hukm surishi, tugʻuvchi ayollarga xushmuomalada boʻlish kerak.

Akusher tugʻuvchi ayolni doimo kuzatib, tetiklantirib turadi. Ogʻriqsizlantirish usullarini eslatadi, tugʻruqni eson-omon oʻtishiga ishontiradi. Tugʻuvchi ayolni tekshirganda, tugʻruqni boshqarganda, hamma muolajalarni amalga oshirganda hovliqmaslik, osoyishta ish tutish kerak.

Tugʻruq tamom boʻlgach, hamshira psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini baholaydi. Ayni vaqtda: a) ayolning tugʻruq vaqtida oʻzini qanday tutganligi, b) tugʻuvchi ayolning kayfiyati va sezgilari haqida aytganlari hisobga olinadi. Yuqorida koʻrsatilgan maʼlumotlarga asoslanib, psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasining «toʻla samara», «qisman samara», berganligi yoki «samarasi yoʻq» degan baholaridan biri qoʻyiladi.

TUGʻRUQ KUCHLARI ANOMALIYALARI

Tugʻruq kuchlarining anomaliyalari zamonaviy akusherlikning aktual muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya hamma tugʻruqning 15–17% tashkil etadi. Bu asorat tugʻruqdan keyin patologik qon ketishi, tugʻruq travmatizmi va homilaning oʻlik tugʻilishi hamda chaqaloqlar oʻlimi koʻpayishiga olib keladi.

Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligi. Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: ayolning bolalik va oʻsmirlik davrida rivojlanishdan orqada qolishi, surunkali infeksiyon kasalliklar, modda almashinuvining oʻzgarishi, salbiy hissiyotlar, bachadonning neyrotrofik oʻzgarishi, ichki sekretsiya bezlarining oʻzgarishi, yassi qogʻonoq pufagi, gipergidroadmnion, egiz homiladorlik, homilaning koʻndalang yotishi, bachadon boʻynidagi oʻzgarishlar va hokazo.

Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligida quyidagi asoratlarni roʻy berishi mumkin: homila asfiksiyasi, yoʻldosh tushish davrida va ilk chilla davrida patologik qon ketishi, platsenta va uning boʻlaklarining bachadonda ushlanib qolishi, chilla davrida septik kasalliklari.

Diagnoz qoʻyishda Venkel usulidan, gisterograf apparati maʼlumotlariga va klinik manzarani kuzatish maʼlumotlariga tayaniladi. Agar birinchi marta tugʻuvchilarda tugʻruq boshlangandan 6 soat, qayta tugʻuvchilarda 3 soat oʻtgach, bachadon boʻyni 2–3 santimetr ochilmasa, dard zaif va kalta, dard tutishlar orasidagi pauza davomiy boʻlsa, bunday holda tugʻruq kuchlarning birlamchi sustligi diagnozini

qo'yish mumkin. Gisterograf apparati yordamida tekshirilganda 1–2 soat davomida diagnoz qo'yish mumkin.

Davolash murakkab vazifa bo'lib, asosiy sababni aniqlash va uni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Tug'ruq kuchlarining sustligiga qarshi kurashda umumiy choralar: siydik pufagini o'z vaqtida bo'shatish, ichak funksiyasini tartibga solish, tug'uvchi ayolning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishning ahamiyati katta.

Dard sustligida bachadon bo'yni 2–3 barmoq eni ochilishi bilan qog'onoq pufagini yorish tavsiya etiladi. Dardni kuchaytirishning xilma-xil usullaridan foydalaniladi:

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi. Odatda homilaning tug'ilish davrida yoki bachadon bo'yni ochiladigan davrning oxirida tuzikkina dard tutgandan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi boshlanadi. Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: homila boshi o'lchamlarining onaning chanoq o'lchamlariga mos kelmasligi, tor chanoq, bachadon bo'yining rigidligi, homila pufagi kechikib yorilganda, bachadonning cho'zilib ketishi, egiz homiladorlik, muddatidan o'tgan homiladorlik, salbiy hissiyotlar, tug'uvchi ayolning charchab qolishi.

Dard tutishi susayganda yoki to'xtab qolganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari, qovuq, uretra va to'g'ri ichak homila boshi bilan chanoq devorlari orasida uzoq qisilib qoladi. Shuning natijasida qon aylanishi buziladi, oqibatda to'qimalar nekrozga uchraydi va qovuq bilan qin o'rtasida yoki to'g'ri ichak bilan qin o'rtasida oqma paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligida homila asfiksiyasiga qarshi kurash olib boriladi, tug'ruq kuchlarini kuchaytirish choralari ko'riladi. Tug'ruq kuchlari homila pufagining kechikib yorilishi sababli susaygan bo'lsa, qog'onoq pardalarini yirtish kerak. Bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila boshi chanoq bo'shlig'ida yoki chanoqning chiqish tekisligida turgan bo'lsa, teri ostiga pitutrin yoki oksitosin yuborish mumkin, bular dard tutishini tezlashtiradi.

Tug'uvchi ayol charchab qolganda va tug'ruqni tez tugallash zarurati bo'lmaganda, ayolga dam berish zarur. Tug'ruq kuchlarining sustligiga barham berish uchun qovuq va to'g'ri ichakni o'z vaqtida bo'shatishning ahamiyati katta.

CHANOQ ANOMALIYALARI (TOR CHANOQLAR)

Ayollardagi chanoq anomaliyasi tugʻruqning fiziologik kechishini izidan chiqaruvchi, ona va bola hayotiga xavf soluvchi ogʻir sabablardan biri hisoblanadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga sabab boʻladi.

Oʻzining shakli va oʻlchami bilan normal chanoqdan ancha farq qiladigan chanoq – notoʻgʻri chanoq deyiladi. Oʻlchamlari kichrayib toraygan chanoq homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishiga toʻsiq boʻlishi mumkin.

Tor chanoq. Agar ayol chanogʻi etilgan homilaning, ayniqsa, homila boshining oʻtishiga toʻsqinlik qilish darajasida toraygan boʻlsa, bunday chanoq tor chanoq deyiladi.

Tor chanoqlar ikki turga ajratiladi:

1. Anatomik tor chanoqlar deb uning hamma yoki asosiy oʻlchamlaridan biri kamida 1,5–2 sm qisqarishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tugʻuvchi ayollar orasida oʻrtacha 2,5–3,5% ni tashkil etadi.

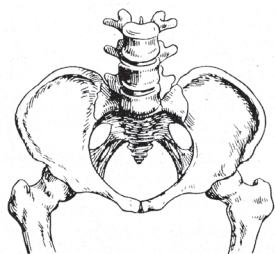
2. Funksional (klinik) tor chanoqlar deb tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Funksional tor chanoq yoki klinik tor chanoq faqat tugʻruq paytida yuzaga keladi va umumiy tugʻruqlarga nisbatan 1,5–2,5% hollarda uchraydi.

Anatomik tor chanoqlardan koʻpincha umumiy tekis toraygan chanoq uchraydi, uning xarakterli belgisi shuki, hamma (toʻgʻri, koʻndalang va qiyshiq) oʻlchamlari baravar qisqargan, aksari 1,5–2 sm qisqargan (37-rasm). Umumiy tekis toraygan chanoq past boʻyli, infantilizm belgilari (sut bezlari kichik, qovuq sohasidagi junlar siyrak, tashqi jinsiy aʼzolar etilmagan va hokazo) boʻlgan ayollarda uchraydi. Bundan tashqari yassi (yapaloq) chanoqlar ham akusherlik amaliyotida uchrab turadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga asosiy sabablardan biri boʻlib hisoblanadi.

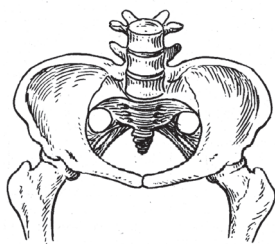
Tor chanoqni aniqlash. Tor chanoq oʻz vaqtida aniqlansa tugʻruq vaqtida baʼzan esa homiladorlik oxirida ham roʻy beradigan koʻngilsiz hodisalarning oldi olinadi. Chanoq keskin darajada torayganda esa kesar-kesish operatsiyasi haqida ogohlantiriladi.

Tor chanoqni aniqlash uchun anamnez bilan tanishiladi, ayol tanasi koʻzdan kechiriladi, chanogʻi oʻlchanadi, qin orqali tekshirish oʻtkaziladi.

Ayol tanasi koʻzdan kechirilganda chanoqning torligini koʻrsatuvchi muhim maʼlumotlar olinadi. Ayolning past boʻyli, infantilizm belgilari, skeletning raxitik oʻzgarishlari, chanoq-son boʻgʻimining ankilozlari, son suyagi chiqqanligi chanoq tor deb taxmin qilinishiga imkon beradi.

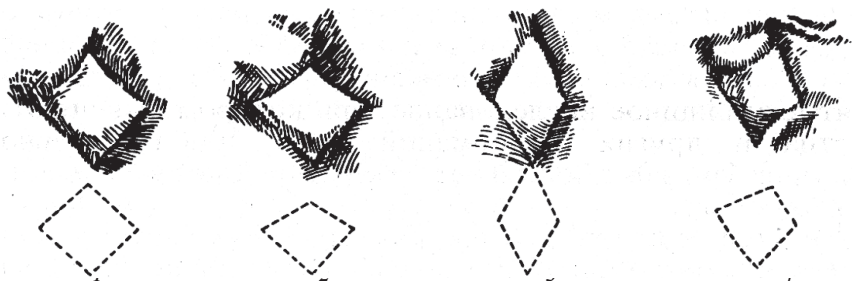


37-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoq.



38-rasm. Oddiy yassi chanoq.

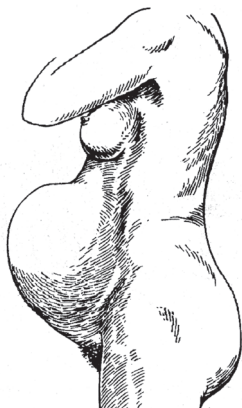
Tor chanoqni aniqlash uchun Mixaelis rombing shakli ahamiyatli. Normal chanoqda romb toʻgʻri shaklda, yassi raxitik chanoqda rombning yuqori yarmi pastki yarmidan kichikroq boʻladi, chanoq raxitda anchagina deformatsiyalangan boʻlsa, romb deyarli uchburchak shaklida boʻladi. Umumiy tekis toraygan chanoqda romb uzunasiga choʻzilgan: yuqori va pastki burchaklari oʻtkir, yon burchaklari oʻtmas boʻladi (39-rasm).



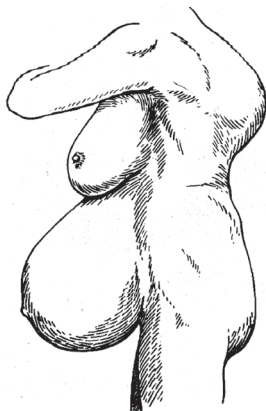
39-rasm. Normal chanoq bilan tor chanoqlarda Mixaelis rombi.

1 – normal chanoq; 2 – yapaloq raxitik chanoq; 3 – umumiy tekis toraygan chanoq; 4 – qiyshiq toraygan chanoq.

Chanoq ro'y-rost tor bo'lsa, homilador ayol homiladorlik oxirida homila boshi chanoq og'ziga kira olmay, tug'ruq boshlanguncha ancha yuqorida turadi, shu sababli homiladorlik oxirida bachadon tubi pastga tushmaydi. O'sayotgan bachadon qorin bo'shlig'iga sig'may qoladi (ayol bo'yi past bo'lsa bachadon kaltalangan bo'ladi) va qovurg'alar ostidan yuqoriga hamda oldinga buriladi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarning qorin devori elastik bo'lganidan qorin o'tkir uchli bo'ladi (40-rasm), ko'p tuqqan ayollarning qorni osilib tushadi (41-rasm). Ayol ko'zdan kechirilganda suyakning yo'g'onligiga e'tibor beriladi, bu esa chanoq suyaklarining yo'g'onligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Shu maqsadda bilak kaft usti bo'g'imining hajmi ya'ni Solovev indeksi o'lchanadi. Shu bo'g'imning hajmi 14 sm dan ortiq ekanligi skelet suyaklarining, shu jumladan chanoq suyaklarining qalinligini ko'rsatadi.



40-rasm. O'tkir uchli qorin.



41-rasm. Osilib tushgan qorin.

Chanoqni o'lchashning alohida ahamiyati bor. Katta chanoq o'lchamlari kichik chanoq o'lchamlari haqida muayyan tasavvur beradi. Diagonal konyugata chanoqning torayish darajasini aniqroq ko'rsatadi. Shuni nazarda tutib, hamma homiladorlar va tug'uvchi ayollarning diagonal konyugatasi albatta o'lchanadi. Shu maqsadda qin orqali tekshirish o'tkazilib, dumg'aza yassilanganligi va chanoq-

ning boshqa deformatsiyalari bor-yo'qligi bilinadi, chanoqning sig'imi taxminan aniqlanadi, dumg'aza burni paypaslab topiladi va uni barmoq bilan paypaslab bo'lsa, diagonal konyugata o'lchanadi.

Chanoqdan chiqish teshigi toraygan degan gumon tug'lsa, bu teshikning **to'g'ri** va **ko'ndalang** o'lchamlari o'lchanadi. Chanoq o'lchamlarinigina emas, qorindagi homilaning kattaligini ham bilish tug'ruq uchun zarur. Shu maqsadda homilaning uzunligi va boshining peshona-ensa o'lchami, qorin devori orqali tazomer bilan o'lchanadi.

Tor chanoqda homiladorlikning kechishi. Tor chanoqda homiladorlikni birinchi yarmi bemalol o'tadi, ikkinchi yarmida esa kech gestozlar ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik oxirida homila boshi chanoqning tor og'ziga suqilmaydi, bachadon tubi balandda bo'lib, diafragmani yuqoriga surib yuboradi. Shu sababli homilador ayol ko'pincha halloslaydi, yurak urishi tezlashadi, tez charchaydi.

Homila boshi chanoq og'ziga kira olmaganidan homila ortiqroq harakatchan bo'ladi. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlari, chanoq tomonining oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchrashiga sabab shu. Homila boshi harakatchan bo'lganidan, yozilib oldinda yotadi: homila boshi tepasining, yuzining va peshonaning oldinda kelishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchraydi. Homila boshining asinklitik suqilishi kuzatiladi, bunga qorinning osilib tushganligi ham sabab bo'ladi.

Homila boshi harakatchan bo'lsa, tegish belbog'i vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir biridan chegaralanmaydi, qog'onoq suvi homilaning pastki qutbiga intiladi. Shu sababli tor chanoqda qog'onoq suvlari ko'pincha barvaqt ketadi.

Chanog'i tor homiladorlar ayollar maslahatxonasida maxsus hisobga olinib, sinchiklab kuzatib turiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida bandaj tutish shart. Homiladorlik yaxshi o'tganda ayol tug'ishdan 2–3 hafta oldin tug'ruqxonaga yuboriladi.

Tor chanoqda tug'ruqning kechishi. Chanoq torayishinning 3–4 darajalarida yetuk tirik homilaning tug'ilishi mumkin emas. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bachadon yorilib, septik infektsiya yoki boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berib, ona va homila nobud bo'ladi.

Chanoq birinchi va ikkinchi daraja tor bo'lganida, homilaning o'rtacha kattalikda bo'lishi, homila va uning oldinda keluvchi qismining to'g'ri joylashgan bo'lishi, homila boshining yaxshi konfiguratsiyalana olishi katta ahamiyatga egadir.

Homilaning oldinda keluvchi qismi to'g'ri joylashsa, tug'ruq normal o'tadi va hech qanday og'ir holat ro'y bermaydi. Yuqorida aytib o'tilgan qulay sharoitlardan birontasi bo'lmay, chanoq sal toraygan bo'lsa ham, tug'ruqning normal kechishi izidan chiqishi, tug'ruq vaqtida turli og'ir holatlar ro'y berib, uning patologik holatga aylanishi, ona va homila hayoti uchun xatarli bo'lishi mumkin.

Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish. Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni boshqarish akusherlikda eng qiyin va asosiy masalalardan biri bo'lib hisoblanadi. Tug'ish jarayonida operatsiya yo'li bilan tamomlashni talab qiladigan turli va juda ko'p og'ir holatlarni uchratish mumkin binobarin, homiladorning chanog'i anotomik jihatdan tor bo'lsa, albatta uni tug'ishdan 10–15 kun ilgari vrach nazorati uchun statsionarga yotqizish kerak.

Funksional (klinik) tor chanoq. Funksional tor chanoq deb, tug'ruq paytida homila boshi o'lchamlarining homilador ayol chanog'i o'lchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Tug'ruqning o'z-o'zidan kechishi yoki jarrohlik aralashuvlar yordamida kechishidan qat'iy nazar, homila o'lchamlariga to'g'ri kelmaydigan har bir holat funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

Funksional tor chanoqlar aniqlanganda tug'ruq kesar-kesish operatsiyasi yo'li bilan amalga oshiriladi.

HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

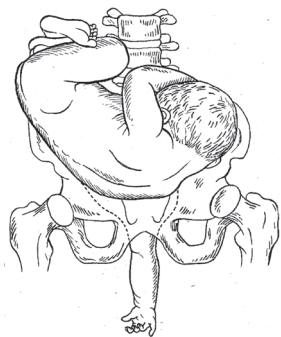
Homilaning noto'g'ri yotishi deb shunday klinik holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan bo'ladi. Bunday holatlarga homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishlari kiradi va ular barcha tug'ruqlarning 0,5–0,7% ini tashkil qiladi.

Homilaning ko'ndalang yotishi deb (situs transversus) shunday holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning

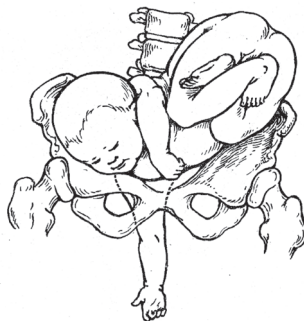
bo‘ylama o‘qi bilan kesishib, to‘g‘ri burchak hosil qiladi, homilaning qiyshiq joylashishi (situs obliqvus) esa homila o‘qi bachadon o‘qi bilan o‘tkir burchak ostida kesishadi. Homila ko‘ndalang va qiyshiq yotganda pozitsiyasi boshiga qarab aniqlanadi: boshi chapga qaragan bo‘lsa – birinchi pozitsiya, o‘ngga qaragan bo‘lsa – ikkinchi pozitsiya (43-rasm) deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko‘ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.

Homilaning ko‘ndalang (qiyshiq) yotishining sabablari har xil:

1. Bachadon bo‘shlig‘ida homilaning harakatchanligini osonlashtiradigan hamma sharoitlar homilaning ko‘ndalang (qiyshiq) yotishiga sabab bo‘ladi. Qog‘onoq suvining ko‘pligi, qorin devorining bo‘shashganligi, egiz homiladorlik (ayniqsa qog‘onoq suvining ko‘pligi bilan birga) shunday sharoitlarga kiradi.



42-*расм.* Homilaning ko‘ndalang yotishi, birinchi pozitsiya, oldingi turi.



43-*расм.* Homilaning ko‘ndalang yotishi, ikkinchi pozitsiya, orqa turi.

2. Chanoq tor bo‘lganda, platsenta oldinda yotganda, bachadonning pastki segmentida o‘smalar paydo bo‘lganda va homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga va chanoq og‘ziga taqalishiga halaqit beruvchi barcha sharoitlar bo‘lganda homila ko‘ndalang (qiyshiq) yotishi mumkin.

3. Bachadonning noto‘g‘ri shakli, masalan, egarsimon bachadonda ham homilaning ko‘ndalang yotishi kuzatilishi mumkin.

Homilaning ko‘ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash. Odatda uncha qiyin bo‘lmaydi. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo‘li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko‘pincha homilador ayolning qornini ko‘rish bilanoq uni aniqlasa bo‘ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirganda uning uzunasiga cho‘zilmay ko‘ndalang joylashgan bo‘lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu muddatdagi bo‘ylama yotishdagi holatidan ancha pastda bo‘ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko‘rib, aniqlanadi (Leopold-Lazarevich usuli). Homilaning yurak urishi kindik ro‘parasida, homila boshi qaysi tomonda yotgan bo‘lsa, o‘sha tomon yaqinidan eshitiladi.

Homiladorlik va tug‘ruqni boshqarish. Agar homilaning ko‘ndalang joylashganligi homiladorlikning 28–34 haftalarida aniqlansa uni bo‘ylama holatga keltirishga imkoniyat bor. Buning uchun homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yonida bo‘lsa, o‘sha yon bilan yotish tavsiya etiladi.

Agar homila noto‘g‘ri joylashishi homiladorlikning 35–36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol to tuqquncha tug‘ruqxonaga yotqiziladi.

Tug‘ruqxonada homilani ko‘ndalang (qiyshiq) vaziyatdan bo‘ylama vaziyatga burishga tashqi usullar bilan urinib ko‘rish mumkin.

Tug‘ruqni boshqarishda quyidagi holatlarga e‘tibor berish kerak:

1. Homila noto‘g‘ri joylashishida tug‘ruq o‘z holicha tugamaydi, (homila burilishi va aylanishi) juda kam kuzatiladi.

2. Tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ishga ruxsat berish (homilani aylantirib oyog‘idan tortib olish) juda murakkab bo‘lib, bunda aksariyat homilaning o‘lik tug‘ilishi kuzatiladi. Shularni hisobga olib homilani ko‘ndalang joylashishida tug‘ruq ko‘pincha kesar-kesish operatsiyasi orqali amalga oshiriladi.

HOMILA PARDALARINING O‘Z VAQTIDA YIRTILMASLIGI

Tug‘ruq normal o‘tganda bachadon bo‘yni teshigi to‘la yoki deyarli ochilgandan keyin homila pufagi yoriladi. Homila pufagi bachadon bo‘ynining tekislashishiga va teshikning ochilishiga yor-

dam beradi; homila pufagining o'z vaqtida yorilishi tug'ruqning o'tishi va qorindagi homila hayoti uchun foydali.

Homila pardalarining barvaqt va ilk yirtilishi. Homila pardalarining tug'ruq boshlanguncha yirtilishi **barvaqt yirtilish** deb, tug'ruq boshlangan paytdan tortib to bachadon bo'yni teshigi to'la (yoki deyarli to'liq) ochilguncha yirtilishi **ilk yirtilish** deb ataladi.

Homilaning oldinda yotgan qismi kichik chanoq og'ziga tushmay, tegish belbog'i bo'lmaganda, shu tariqa oldingi va orqa suvlar bir biridan ayrilmaganda homila pardalari ko'pincha barvaqt va ilk yirtiladi (qog'onoq suvlari barvaqt va ilk ketadi). Chanoq tor bo'lganda, homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda, chanoq oldinda yotganda, oyoq oldinda yotganda, qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homila pardalari barvaqt, ilk yirtiladi.

Bachadon bo'yni yumshamaganda (rigidlik) va yoki elastikligi kam bo'lganda ham qog'onoq suvi barvaqt va ilk ketishi mumkin.

Qog'onoq suvi barvaqt ketganda ko'pincha homila asfiksiyasi kuzatiladi.

Qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi ayolni darhol tug'ruqxonaga jo'natishga ko'rsatma hisoblanadi. Tug'ruqxonada mikrobnining tushishini va homila asfiksiyasining oldini olish choralari ko'riladi.

Qog'onoq suvi ko'p ketganidan so'ng dard tug'ilmasa darhol bachadon qisqaruvchanligini oshiruvchi dorilar buyuriladi. Dard sust tutsa, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytirish choralari ko'riladi, dard tutish og'riqli bo'lsa, og'riqni qoldiradigan dorilar buyuriladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi. Bachadon bo'ynining tegishli ochilgan holda homila pufagi yorilmay butun tursa va oldingi suv ketmasdan turib homilaning tug'ilish davri boshlansa, homila pardalari **kechikib yirtilishi** deyiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lib o'z vaqtida yirtilmaganda yoki aksincha, haddan tashqari cho'ziluvchan bo'lganda kechikib yirtiladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi ba'zan oldingi suvning kamligiga bog'liq bo'ladi. Oldingi suv kam bo'lganda homila pufagi kam bo'linadi, pardalar homilaning boshiga yaqin joylashadi va hatto unga taqalib turadi (**yassi pufak**).

Homila pardalari kechikib yirtilganda tugʻruq choʻzilib ketadi, dard tutishi ogʻriqli boʻladi, homila tugʻiladigan davrda oldinda yotgan qism sekin harakatlanadi.

Bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilgani holda pardalarning butunligi aniqlangan holda ularni sunʻiy yoʻl bilan yirtish zarur. Tarang turgan homila pufagi ishora barmogʻini botirib yoki ikki barmoq orasiga olib yirtiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich boʻlsa, oʻqsimon (pulevoy) qisqich branshasi, uzun pinset yoki kornsang bilan teshish mumkin. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq ogʻzining ustida turgan boʻlsa, qogʻonoq suvi sekin-asta chiqariladi.

Homila pufagi jinsiy yoriqdan doʻppayib chiqib turgan boʻlsa, barmoq bilan yirtiladi. Odatda shundan keyin homila boshi tez orada suqilib kira boshlaydi.

Chaqaloq homila pardalari bilan («koʻylakda») tugʻilgan boʻlsa, nafas yoʻllarini boʻshatish uchun birinchi galda yuzidagi pardalarni darhol olish kerak. Aks holda chaqaloq asfiksiyasi roʻy beradi.

PLATSENTANING OLDINDA YOTISHI

Platsentaning oldida yotishi (platsenta praevia) homiladorlikning xavfli asorati boʻlib, platsenta bachadonning pastki segmentiga yopishadi va bachadonning ichki teshigini toʻla yoki qisman berkitib qoʻyadi. Platsenta homilaning oldinda yotgan qismidan pastroqda joylashib, homila tuxumining oldinda yotuvchi (oldinda keluvchi) qismi hisoblanadi.

Etiologiyasi. Homila tuxumi bachadonning pastki segmentiga payvandlanib olsa, platsenta oldinda yotadi. Bachadon shilliq pardasidagi yalligʻlanish, atrofiya, septik va soʻzak kasalligi, abort ayniqsa takror abort va undan keyin roʻy bergan yalligʻlanish jarayonlari platsentaning oldinda yotishi uchun qulay sharoit tugʻdiradi.

Platsenta oldinda yotganda bachadonning pastki segmenti va boʻynida qon tomirlari keskin darajada kengayadi, uzayadi, ularda bir talay qon boʻladi. Bachadon boʻynining toʻqimasi tomirlarga boy (gʻorsimon toʻqimaga oʻxshash), yumshoq boʻlib, ehtiyotkorlik bilan

ish tutilmasa, osongina uziladi. Uzilgan tomirlardan ko‘p qon ketib, ayolning hayoti tahlikada qoladi.

Platsentaning oldinda yotganini aniqlash: homiladorlikning so‘nggi oylarida va tug‘ruqning birinchi davrida qon ketishining har qanday turi platsentaning oldinda yotishi jihatidan shubhalidir, og‘riq sezilmasdan to‘satdan qon ketishi ko‘pincha platsentaning oldinda yotganidan darak beradi.

Platsenta oldinda yotganda davo qilish. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi homilador ayolni kechiktirmasdan albatta kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Hatto juda oz qon ketib, to‘xtab qolganda ham, homilador ayolga akusher qo‘shib, kasalxonaga jo‘natish kerak, qon ketishi istagan paytda boshlanib, tahlikali tus olishi mumkin. Davo usulini tanlashda qon kelishining shiddati va kamqonlik darajasi, operatsiya qilib homilani olishga tug‘ruq yo‘llarining tayyorlanganligi, homilaning yetilganlik darajasi va homilaning ahvoli tirikligi, asfiksiya va hokazolar hisobga olinadi. Ko‘rsatilgan belgilarga qarab ba‘zi ayollar esa darhol operatsiya (hatto kesar kesish) qilinadi.

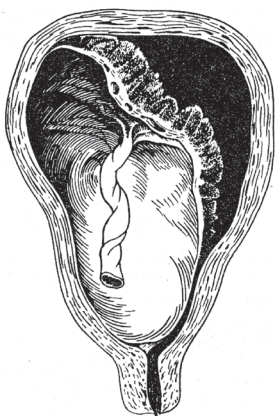
NORMAL JOYLASHGAN PLATSENTANING BARVAQT KO‘CHISHI.

(Separatio placentae normaliter insertae praematura)

Homiladorlik va tug‘ruq normal o‘tayotganda platsenta bachadonning yuqori segmanti devoriga yopishib turadi va tug‘ruqning III davrida ko‘chib tushadi.

Ba‘zi patologik jarayonlarda normal joylashgan platsenta homila tug‘ilguncha ko‘chadi (platsentaning barvaqt ko‘chishi). Platsenta odatda bachadon bo‘ynining ochiladigan davrida barvaqt ko‘chadi.

Sabablari. Homiladorlikning kechki gestozlari, nefrit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, organizmda vitamin C yetishmasligi va boshqalar shunday kasalliklarga kiradi, oqibatda platsenta tomirlarida degenerativ o‘zgarishlar ro‘y beradi. Qon tomirlar sinuvchan bo‘lib qoladi. Qon bosimi ko‘tarilib tushib turishi tomirlar sinishiga olib keladi, platsentaga, bachadon muskullariga qon qo‘yilishiga sabab



*44-rasm. Normal yotgan
platsentaning barvaqt
ko'chishi (ichki va tashqi
qon oqishi).*

bo'ladi. Bachadon devori bilan platsenta oralig'iga qon quyilishi sababli platsenta yopishgan joydan ko'chadi.

Platsentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, shilliq pardaning yallig'lanishi (endometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromasi, bachadon devorlari o'ta taranglashganda (qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik yirik homila) va boshqa hollarda platsenta barvaqt ko'chishi mumkin.

Platsenta barvaqt ko'chganda kechiktirmasdan malakali yordam berish kerak:

- 1) tug'ruqni tezlik bilan avaylab tugllaash;
- 2) o'tkir anemiya va shokka qarshi kurash.

Platsenta homiladorlik vaqtida yoki bachadon bo'ynining teshigi ochiladigan davrning boshlarida ko'chgan bo'lsa, kesar kesish qilinadi, chunki bunda homilani tabiiy tug'ruq yo'llaridan tez olishga shart – sharoit bo'lmaydi.

Bachadon teshigi chala ochilgan, qon kam ketayotgan va ona bilan homilani ahvoli qoniqarli bo'lsa, homila pufagi yirtiladi, platsentaning yanada ko'chishi to'xtab, tug'ruq normal tugallanishi mumkin.

YO'LDOSH TUSHISH DAVRIDA QON KETISHI

Bachadon bo'yni ochiladigan va homila tug'iladigan davrlarga nisbatan yo'ldosh tushish davrida ko'ngilsiz hodisalar ko'proq uchraydi. Yo'ldosh tushish davrida ko'proq kuzatiladigan va xavfli hodisa – qon ketishidir.

Yo'ldosh tushish davrida hamisha qon ketadi, lekin yo'ldosh normal ko'chib tushganda ayol ko'p deganda 250 ml qon yo'qotadi. Yo'ldosh ko'chgandan keyin bachadon qisqaradi. Natijada: 1) ko'chgan yo'ldosh bachadondan tushadi; 2) bachadonning qonayotgan tomirlari qisilib, qon oqishi to'xtaydi.

Bachadonning qisqaruvchanligi yetarli bo'lmasa, platsentaning ko'chish jarayoni buziladi: platsenta batamom ko'chmay, qisman

ko'chadi. Platsenta batamom ko'chmaguncha bachadon qisqarmaydi, platsenta ko'chgan joydagi tomirlar ochiq turaverib, ulardan qon oqadi.

Platsenta bachadon devoridan ko'chsa-yu, bachadon bo'shlig'ida qolaversa ham qon ketadi. Yo'ldosh bachadon bo'shlig'ida turganda muskullar yaxshi qisqarmaydi, bachadon tomirlari etarlicha qisilmaydi, natijada qon ketishi davom etaveradi. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalar: bachadon bo'yni, qin va oraliq to'qimalarning yirtilishi yo'ldosh tushadigan davrda qon ketish manbai bo'lib hisoblanadi. Ammo yo'ldosh tushadigan davrda qon ketishi ko'pincha yo'ldoshning bachadon devoridan ko'chish va bachadondan chiqish jarayonining buzilishiga aloqador bo'ladi.

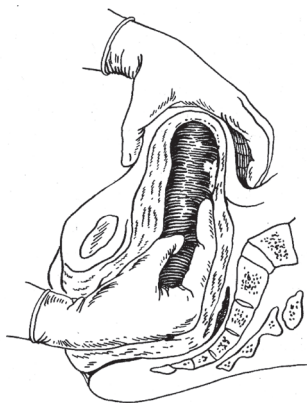
Yo'ldoshning ko'chishi va bachadondan chiqish jarayoni buzilib qon ketishi bir qancha sabablarga bog'liq, ularga quyidagilar kiradi. Bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishi, yo'ldosh tushadigan davrning noto'g'ri boshqarilishi, platsentaning bachadonda noto'g'ri joylashuvi, platsentaning bachadonga soxta va chin yopishishi (placenta adherens et accreata seu increata).

Qon ketishini darhol to'xtatish va kamqonlikka qarshi kurash choralarini ko'rish kerak. Bachadon bo'shagandan keyingina qisqarib, qon ketishi to'xtashi mumkin. Shu sababli yo'ldoshni bachadon bo'shlig'idan ustalik bilan tez chiqarish zarur. Platsenta ko'chgan bo'lsa, tashqi amallar bilan chiqariladi. Platsenta ko'chmagan bo'lsa, tashqi amallar natija bermasligi mumkin, shu sababli bachadon bo'shlig'iga qo'l suqib yo'ldoshni ko'chirishga to'g'ri keladi.

ILK CHILLA DAVRIDA (TUG'RUQDAN KEYINGI DASTLABKI SOATLARDA) QON KETISHI

Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi kabi, yo'ldosh tushgandan keyin qon ketishi ham akusherlik patologiyasining ko'p uchraydigan turiga kiradi.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda (ilk chilla davrida) qon ketishi quyidagi sabablarga bog'liq: platsenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi, bachadon gipotoniya va atoniya, tug'ruq



45-pasm. **Bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish.**

yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishi, qon ivish tizimining buzilishi va boshqalar.

Profilaktikasi. Yo'ldosh tushish davri ni to'g'ri boshqarish, tushgan yo'ldoshni sinchiklab ko'zdan kechirish va tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini shikastlanishdan saqlash kerak. Akusher gipotonik qon oqish ehtimolini (infantilizm, qog'onoq suvining ko'pligi, egiz homiladorlik, fibromioma va hokazo) oldindan ko'rishi va oqayotgan qonni to'xtatishga hamda kamqonlikka qarshi kurash uchun zarur narsalarning hammasini oldindan tayyorlab qo'yish kerak.

Davosi. Qon ketishga qarshi kurashning muvaffaqiyati shu dahshatli hodisaning sababini bartaraf etishga bog'liq. Bachadon bo'yni, qin yoki tashqi jinsiy organlarning yirtilganligi qon ketish manbai bo'lsa, yirtiqni choklash kerak. Platsentaning bir qismi bachadonda ushlanib qolgani sababli qon ketayotgan bo'lsa, bachadon darhol qo'lda tekshirilib, platsentaning ushlanib qolgan qismi olib tashlanadi. Gipotonik qon ketishda bachadon tonusini va qisqaruvchanligini oshirish choralari ko'riladi.

Platsenta qismlari bachadonda ushlanib qolganda, shuningdek, platsentaning butunligiga shubha tug'ilganda **bachadon qo'lda tekshiriladi** (45-rasm).

GIPOTONIK VA ATONIK QON KETISHIGA QARSHI KURASH CHORALARI

1. Qovuq bo'shatiladi. bachadon qorin devori orqali uqalanadi; qo'l bachadon tubiga qo'yilib, uqalangansimon yengil doiraviy harakatlar qilinadi (qo'pol harakat qilish natija bermaydi). Uqalash ta'sirida bachadon qisqaradi va konsistensiyasi zich bo'lib qoladi.

Bachadondan qon laxtalari surib chiqariladi. Uqalash bilan barovar 0,05% li ergotal eritmasidan 1 ml yoki 0,02% li metilergometrindan

0,5–1 ml, bu ham bo‘lmasa oksitosin (5–8 birligi 500 ml 5%li glyukoza bilan) venaga yuboriladi.

Qorinning pastiga muzli xalta qo‘yiladi.

Bachadon gipotoniyasi unchalik rivojlangan bo‘lmasa, qon ketishini to‘xtatish uchun ko‘rilgan choralar kifoya qiladi.

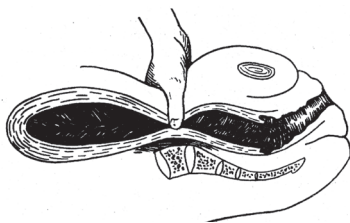
2. Qon ketishi to‘xtamasa bachadonga qon kelishini kamaytirish yoki vaqtincha to‘xtatish usullari qo‘llaniladi. Bachadon qonsizlanishi tufayli qisqaradi.

Piskachek usuli. Bachadonning pastki segmenti chap qo‘lda ushlanib qisiladi (bosh barmoq bir tomondan, to‘rt barmoq ikkinchi tomondan qo‘yiladi), shu payt bachadon arteriyalari va venalari qisilib, puchayadi. Ayni vaqtda bachadon tubi o‘ng qo‘lda uqalanadi.

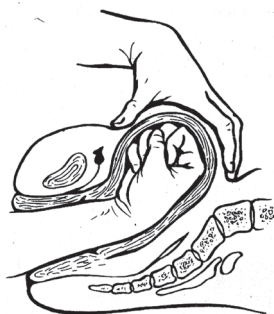
Genter usuli. Karavotning bosh tomoni pastga tushiriladi; bachadonning pastki segmenti. Piskachek usulidagi kabi siqiladi, bachadon yuqoriga qattiq tortiladi va shu bilan bir vaqtda bachadonning siqilgan pastki segmenti umurtqa pog‘onasiga taqab bosiladi (46-rasm). Ta’sirni kuchaytirish uchun bachadon bo‘sh qo‘l bilan uqalanadi. Bachadon shu holatda 10–15 daqiqa ushlab turiladi. Shu payt bachadon tomirlari qisiladi, aorta bachadonning pastki segmenti bilan umurtqa pog‘onasiga taqab bosiladi Natijada bachadon qonsizlanib, qisqaradi.

3. Qon ketishi davom etgan taqdirda bachadon qo‘lda tekshiriladi (ilgari tekshirilmagan bo‘lsa) va qon laxtalari, parda va platsenta bo‘laklari (bachadonda bo‘lsa) olib tashlanadi, so‘ngra qo‘lni bachadondan olmay turib, tashqi-ichki uqalanadi. Ichkaridagi qo‘l mushtum qilinadi, tashqaridagi qo‘l esa bachadon tubini qorin devori orqali uqalaydi (47-rasm).

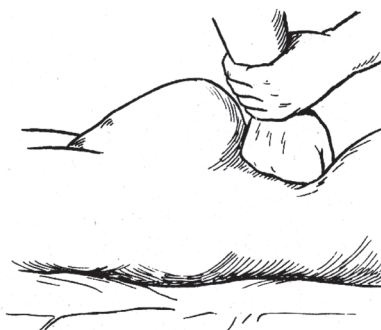
4. Qorin aortasini bosib turish. Ro‘y-rost gipotoniya (atoniya) da bachadonni qonsizlantirish maqsadi bilan aortani bosib turish tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning yon tomonida turib, musht qilingan o‘ng qo‘l asosiy falangalarining dorzal yuzasi bilan qorin aortasi qopin devori orqali umurtqa pog‘ona-



46-rasm. Bachadonning pastki segmentini umurtqa pog‘onasiga bosib turish.



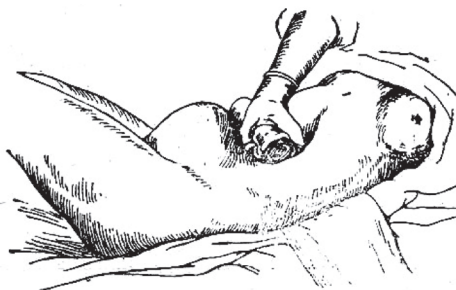
47-rasm. Musht bilan bachadonni uqalash.



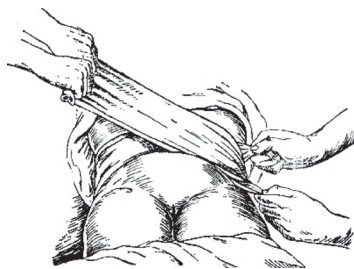
48-rasm. Qorin aortasini musht bilan bosib turish.

sig'a bosiladi (48-rasm). Qo'l charchab qolsa, aortani bosib turgan o'ng qo'lining bilak-kaft bo'g'imini chap qo'l bilan ushlab, yordam beriladi. Aortani ikkala qo'l barmoqlari bilan (Biryukov usuli) yoki qattiq bintlanadigan valik bilan (49-rasm, 50-rasm), umurtqa pog'onasiga taqab bosish mumkin.

5. Bachadonni tamponlash (tamponada). Yuqorida ko'rsatilgan choralar vaqtincha natija bersa yoki natija bermasa bachadon bo'shlig'i keng doka bint bilan tamponada qilinadi. Tampon tomirlarda tromblar hosil bo'lishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi. Tamponning salbiy tomoni shuki, infeksiyakirishi ehtimol. Shu sababli tamponadada aseptika qoidalariga ayniqsa jiddiy rioya qilinadi. Tashqi jinsiy organlar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi; qinga keng ko'zgular



49-rasm. Aortani valik bilan bosib turish.



50-rasm. Valikni mahkam bog'lab qo'yish.

kiritiladi, bachadon boʻyni pulevoy qisqich bilan ushlanadi va pastga tortiladi. Bachadon boʻshligʻi qayrilgan uzun kornsang yordamida serbar uzun doka bintlar bilan zich tamponlanadi. Bachadon boʻshligʻining hammasini tubidan tortib boʻynigacha ketma-ket tamponlash zarur. Soʻngra pulevoy qisqich olinib, qin tamponlanadi. Tampon bachadonda 8–10 soat turishi mumkin.

6. Atonik qon ketishi yuqorida koʻrsatilgan choralar bilan toʻxtamas, qorin devorini yorib (laparotomiya), bachadon olib tashlanadi yoki bachadon tomirlari bogʻlab qoʻyiladi.

7. Qon ketishi gipo-afbrinogenemiya bilan bogʻliq boʻlganda yangi-sitratlangan qon quyiladi, venaga fibrinogen, protamin sulfat, epsilon-aminokapronat kislota va qon ivishini tezlashtiruvchi boshqa vositalar yuboriladi.

Oʻtkir kamqonlikka qarshi kurash. Yoʻldosh tushish va chilla davrida qon ketishi sababli oʻtkir kamqonlik roʻy berganda bir qancha eng muhim funktsiyalar (qon aylanishi, nafas olish, modda almashinishi va hokazo) buziladi, organizmning chidami pasayadi, tuqqan ayol shuning natijasida halok boʻlishi mumkin, Shu sababli qon oqishini toʻxtatish choralari bilan bir qatorda kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

1. Karavotning bosh tomoni pastga tushirilib, miyaga qon kelishi yaxshilanadi. Shu maqsadda karavotning oyoq tomoni koʻtarilib qoʻyiladi.

2. Bemorning hamma tomoniga gryelkalar qoʻyiladi, ensani issiq tutish juda muhim (ensa ostiga ham gryelka qoʻyish lozim). Badanning kuyib qolmasligiga qarab turish kerak.

3. Organizmga koʻp suyuqlik kiritiladi. Bemorga kofe, vino qoʻshilgan issiq achchiq choy (yoki bir stakan choyga 1 osh qoshik toza spirt qoʻshib) koʻplab ichiriladi 500–1000 ml (2000 ml gacha) fiziologik eritmaga 0,1 % li adrenal eritmasi 1 l suyuqliqqa 5–8 tomchi hisobidan qoʻshilib, teri ostiga yuboriladi. Fizilogik eritma oʻrniga 5% li glyukoza eritmasini oʻshancha yuborish ham mumkin.

4. Qon quyishning gʻoyat muhim ahamiyati bor. Quyiladigan qon miqdori anemiya darajasiga qarab belgilanadi. Organizmning buzilgan funktsiyalari qon quyish natijasida tez tiklanadi.

5. Qon ketishi to'xtatilgach, yurakni quvvatlovchi dorilar (kofein, kamfora) teri ostiga yuboriladi.

6. Tuqqan ayolga kislorod beriladi, kislorod bo'lmasa fortochka yoki deraza ochib qo'yiladi.

Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketganda akusher darhol vrach chaqiradi (qon ketayotganligini ma'lum qiladi va vrach etib kelguncha qon oqishiga qarshi va avj olayotgan kamqonlikka qarshi mustaqil kurash olib boradi). Tug'ayotib qon yo'qotgan ayollar ayniqsa sinchiklab parvarish qilinishi kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Tug'ruq xabarchilari va boshlanishi.
2. Tug'ruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq).
3. Tug'ruq davrlari.
4. Tug'ruq biomexanizmi.
5. Tug'ruqni olib borishning zamonaviy tamoyillari haqida nimani bilasiz?
6. Tug'ruqning birinchi davrini olib borish. Tug'ruqni og'riqsizlantirish.
7. Tug'ruq faoliyati rivojlanishini baholash.
8. Partogrammani yuritish.
9. Tug'ruqning ikkinchi davrini boshqarish.
10. Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash.
11. Homilaning ko'ndalang yotish sabablari, homiladorlikning kechishi.
12. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganligini aniqlash.
13. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishida tug'ruqni olib borish.
14. Homilaning mayda qismlari yoki kindigining chiqib qolishi.
15. Tor chanoqlar tasnifi.
16. Tor chanoqni aniqlash.
17. Tor chanoqda homiladorlikning kechishi.
18. Tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlari.
19. Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish.
20. Funktsional tor chanoq, tasnifi, aniqlash va tug'ruqni boshqarish.
21. Platsenta oldinda yotishining turlari.
22. Platsenta oldinda yotishining etiologiyasi, klinikasi, asoratlari va davolash.

23. Normal joylashgan platsenta barvaqt ko'chishining etiologiyasi.
24. Platsenta barvaqt ko'chishi, klinikasi, diagnostikasi, davosi.
25. Tug'ruq kuchlari anomaliyalari
26. Tug'ruq kuchlarining sustligida uni tezlashtirish sxemalari.
27. Tug'ruq kuchlari sustligining belgilari va davolash
28. Haddan tashqari qattiq dard tutishining belgilari va davolash.
29. Tug'ruq kuchlari anomaliyalarining profilaktikasi.
30. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning anomaliyalari.
31. Yo'ldosh tushish davrida qon ketishining sabablari.
32. Bachadon gipotoniya va atoniya haqida tushuncha.
33. Platsentaning bachadonga yopishish sabablari.
34. Platsentani qo'lda ko'chirish va tushirishga ko'rsatmalar.
35. Chillada kech qon oqishi xaqida tushuncha bering.

XXX BOB.

CHILLA DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Chilla davri (tugʻruqdan keyingi davr-puerperium) homilaning tugʻilgan paytidan boshlanib, 6–8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tugʻruq munosabati bilan roʻy bergan oʻzgarishlarning deyarli hammasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoliga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan baʼzi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz koʻra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (koʻpincha emizish davri tugagandan keyin) hayz koʻradi. Emizikli ayollardan faqat baʼzilari tugʻruqdan 6–8 hafta keyin hayz koʻra boshlaydi.

TUQQAN AYOL ORGANIZMIDAGI OʻZGARISHLAR

Jinsiy aʼzolarining oʻz asliga qaytish jarayoni – jinsiy involyutsiyasi. Yoʻldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati choʻzilgani uchun bachadon ancha harakatchan boʻlib qoladi. Bachadon tubi tugʻruqdan bevosita keyin kindikdan 1–2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bogʻliq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bimalol siljiydi. Qovuq toʻlib ketganda bachadon tubi qovurgʻalar ravogʻi ostigacha yetishi mumkin. Bachadon boʻyni tugʻruqdan keyin yupqa devorli xalta shakliga kiradi, boʻyin kanali qoʻl panjasini bimalol oʻtkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma boʻlib osilib tushadi. Bachadonning ichki yuzasi platsenta va pardalar koʻchgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tugʻruqdan keyinroq bachadonning boʻyi oʻrta hisob bilan 15 sm (13–16 sm),

bachadon naylari boshlangan joy ro'parasidagi eni 12–13 sm, vazni 1000 g keladi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa bo'ladi. Tug'ruqdan keyingi dastlabki 10–12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tug'ruqdan keyin bachadon tubi 1–2-kuni kindik ro'parasida (qovuq to'lmagan bo'lsa), 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 hozirgina ko'rsatilgan sathdan taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi, 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10–12-kuni bachadon tubi odatda qov orqasiga o'tib, qo'lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o'lchab olinadigan ma'lumotlarga asoslanib, bachadon involyutsiyasi haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo'shatilgach santimetrli lentada 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 yopiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig'arli ochiq turadi, 7–10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug'ruqdan keyin 3-haftada yumiladi.

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 leykositlar devori (grapulyasion val) hosil bo'ladi. Bu val bachadon devoriga va jinsiy yo'llarning boshqa bo'limlariga mikroblar kirishiga to'sqinlik qiladi.

Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug'ruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo'ladi, 20-kunga borib endometriy to'la tiklanadi.

Bachadon involyutsiyasining tezligi ayolining umumiy ahvoriga, yoshiga, tug'ruqning qanday o'tganiga, bola emizishiga va shu kabi sabablarga bog'liq, quvvatsizlanib qolgan va ko'p tuqqan ayollarda,

keksayib birinchi marta tuqqan ayollarda, patologik tugʻruqdan keyin bachadon involyutsiyasi sekinroq boradi; emizikli ayollar bachadoni bola emizmaydigan ayollarnikiga nisbatan tezroq qisqaradi.

Loxiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar — loxiyalar (lochia) keladi. Loxiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, yaʼni jarohat sekretidir. Loxiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi desidual parda qoldiqlaridan, leykositlardan iborat; dastlabki kunlarda loxiyalarga anchagina qon aralashgan boʻladi.

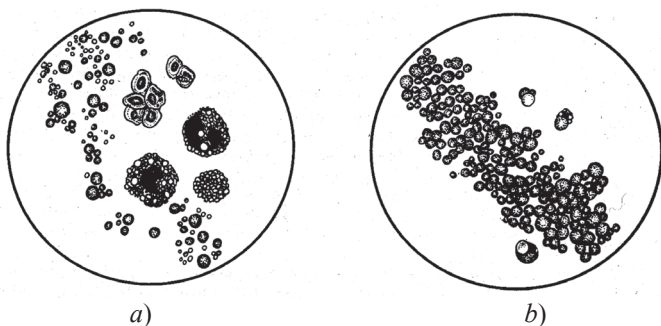
Dastlabki 3–4 kunda loxiyalar qonday qizil boʻladi (lochia rubra). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, picha qon aralash seroz suyuqlikka oʻxshaydi (lochia serosa), 10-kunga borib tiniq, qonsiz boʻlib keladi (lochia alba). Loxiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab loxiyalar kam kelib, shilimshiq boʻlib qoladi, 5–6-haftaga borib chiqmay qoʻyadi.

Bachadon involyutsiyasi sekin davom etganda loxiyalar chiqishi choʻzilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa loxiyalar bachadon boʻshligʻiga toʻplanishi mumkin, loxiometra (lochiometra) deb shuni aytishadi.

Sut bezlarining funktsiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari oʻzgarib, kelajakdagi funktsiyasini oʻtashga – sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq emchak uchidan ogʻiz suti – sekrettomchisini siqib chiqarish mumkin. Ogʻiz suti ishqoriy reaksiyali suyuqlik boʻlib, unda oqsil, yogʻ tomchilari, bez pufakchalari va sut yoʻllarining epiteliy hujayralari va ogʻiz suti tanachalari (yogʻ tomchilari bilan toʻlgan leykositlar) bor (51-rasm, a).

Tugʻruqdan keyin 2–3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda shu paytda sut bezlari toʻlishadi va sezuvchan boʻlib qoladi, ular toʻlishganda ayol sut bezlarining tirsillab ogʻriyotganini aytadi, bu ogʻriq qoʻltiqqa oʻtadi, qoʻltiqda baʼzan bezillab turgan tugunchalar paypaslab topiladi.

Sut murakkab reflekslar va gormonlar taʼsirida ishlanib chiqadi. Sut hosil boʻlishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi.



51-rasm. Og‘iz suti va sut (mikroskopda ko‘rinishi).

a – og‘iz suti, og‘iz sutining tanachalari va yog‘ tomchilari ko‘rinib turibdi;

b – sut, faqat yog‘ tanachalari ko‘rinib turibdi.

Sut bezlari sutdan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involyutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqaradi. Bola emganda emchak uchidagi nerv elementlarining ta’sirlanishi tufayli bachadon refleksi yo‘li bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleksi yo‘li bilan qisqarishini tuqqan ayol ko‘pincha dard tutganga o‘xshash og‘riq sezadi.

Sut oq suyuqlik bo‘lib, zardobga yoyilgan mayda-mayda yog‘ tomchilari emulsiyasidan iborat (44-rasm, *b*). Sut ishqoriy reaksiyali bo‘lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibi: suv 87–88%, oqsil (kazein va albumin) 1,5–2%, yog‘lar 3,5–4%, qand 6,6–7,5%, tuzlar 0,18–0,2%.

Tuqqan ayolning umumiy ahvoli va ichki a‘zolari. Chilla davri normal o‘tayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi bo‘ladi. Tuqqan ayol ba‘zan dastlabki kunlari tashqi jinsiy a‘zolar va oraliq sohasida og‘riq sezadi, bu og‘riq doimiy bo‘lmaydi. Tuqqan ayollar ba‘zan ayniqsa bola emizish vaqtida og‘riq tutayotganini aytishadi. Tuqqan ayol bir daqiqada 14–16 marta chuqur nafas oladi. Pulsi bir tekis, yaxshi to‘lishgan bo‘ladi, tomiri bir daqiqada 70–75 marta uradi, puls ko‘pincha siyraklashadi (fiziologik bradikardiya). Arterial bosim dastlabki kunlarda norma doirasida yoki sal-pal pasaygan bo‘ladi. Chilla davri fiziologik o‘tganida tana harorati normal bo‘ladi. Chilla davrining o‘tishi odatda tana harorati va puls bilan ta’riflanadi.

Tomirning tez-tez (bir daqiqada 90 marta va undan ortiq) urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37° dan ortishi chilla davri og'irlashganini, ko'pincha chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo bo'lganligidan darak beradi. Tuqqan ayol ayniqsa ko'p suyuqlik ichganda terlashga moyil bo'ladi.

Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, keyinchalik asliga keladi. Gavda vazni tug'ruqdan keyingi kunlarda kamayadi, odatda yog' to'planishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydi-yu, qovuq funktsiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish ko'pincha qiyinlashadi. Siydik chiqarishning qiyinlashuvi aksari shundan iboratki, tuqqan 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 chiqarishning buzilishi qovuq atoniyasiga yoki shilliq pardasining homila boshi bilan qisilib shishganiga bog'liq bo'lishi mumkin. 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 olmagani uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funktsiyasi. Chilla davrida ko'pincha ich kelmay qoladi (qabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bog'liq. Qorin pressining bo'shashuvi, turmasdan o'rinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab bo'ladi.

Tuqqan ayollarda ba'zan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo bo'ladi, bular odatda aytarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa defekasiya vaqtida og'riq seziladi.

CHILLA DAVRINI BOSHQARISHDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Chilla davri normal o'tsa, tuqqan ayolni sog'lom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj bo'ladi, bu rejim jinsiy a'zolar involyutsiyasining to'g'ri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funktsiyasiga yordam beradi.

Tuqqan ayolni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Bachadonning jarohat yuzasi, tugʻruq yoʻllaridagi yumshoq toʻqimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infektsiya kirishi mumkin. Emchak uchining yorilgan joylaridan infektsiya kirishi natijasida sut bezi yalligʻlanadi (mastit).

Shunday boʻlgach, chilla davrida palata, oʻrin-bosh va barcha parvarish buyumlarini gʻoyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tuqqan ayolning jinsiy aʼzolariga va sut bezlariga uriladigan hamma asboblari, material va parvarish buyumlari steril boʻlishi kerak. Tuqqan ayollarning tagini tozalaganda qoʻlni sinchiklab yuvib, dezinfektsiya qilish va niqob tutish talab etiladi. Meditsina xodimlari shaxsiy gigiyenaning hamma qoidalariga rioya qilishlari zarur.

Tuqqan ayolning tinch yotib, oʻrin olishi chilla davrining toʻgʻri oʻtishiga yordam beradi. Modomiki shunday ekan, tuqqan ayolning normal uxlashi uchun zarur sharoit tugʻdirish, uni tashvishlantirmaslik, hayajonlantirmaslik va boshqa salbiy emosiyalardan saqlash kerak. Ayolni toʻgʻri ovqatlantirish, qovuq va ichak funktsiyalarini tartibga solish, faol harakatlarni izchil bajarish katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayollarning yotish sharoiti. Tuqqan ayollar, yotadigan palatalar yorugʻ va keng, har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon toʻgʻri keladigan boʻlishi kerak. Palatalar sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va koʻp marta shamollatib turiladi. Har 7–10 kunda hozirgi davrda 5 kunda (tuqqan ayollar uyiga joʻnatilgandan keyin) palata boʻshatiladi, soʻngra sinchiklab yigʻishtiriladi, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfektsiyalanadi. Tuqqan har bir ayol uyiga joʻnatilgach, karavot va kleyonkalar suv va dezinfektsiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmalayotgan ayollar uyiga joʻnatilgach, oʻrin-boshi dezinfektsiya qilinadi.

Tuqqan ayol tugʻruq boʻlmasidan palataga keltirilgach, toza oʻringa yotqiziladi. Tuqqan ayolning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning oʻrtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (oʻlchami oʻrta hisob bilan 1×1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga

kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashtiriladi. Boshqa choyshab va ko‘ylak ifloslangan sayin yangilab turiladi. Choyshab-ko‘ylak obdon qaynatib yuviladi va yaxshilab issiq dazmol uriladi.

Har bir koyka yonida individual tuvak bo‘lish kerak, u qaynatib olingan bo‘ladi va tuqqan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfektsiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi.

Tuqqan ayol sinchiklab kuzatiladi: a) umumiy ahvoli va ruhiyati (uyqusi, ishtahasi, kayfiyati) aniqlanadi; b) pulsi sanaladi va tana harorati kuniga kamida 2 marta o‘lchanadi; d) sut bezlarining qanchalik bo‘rtganligi, emchak uchlarining yorilgan-yorilmagani, bezillash-bezillamasligi va shu kabilar aniqlanadi; e) bachadon tubining qanchalik balandda turganligi, bachadon konsistensiyasi, palpasiyada og‘rish-og‘rimasligi tekshiriladi; f) tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechirilib, loxiyalar xarakteri va miqdori aniqlanadi; g) qovuq va ichak funksiyasidan xabardor bo‘lib turiladi. Tuqqan ayoldan so‘rab va obyektiv ravishda tekshirib olinadigan shu ma‘lumotlarning hammasi tug‘ruq tarixiga yozib boriladi.

Chilla davrida og‘riqli dard tutsa piramidon, aspirin, antipirin, fenasetin (0,3–0,5 g) dan biri ichiriladi. Og‘riq qattiq bo‘lsa, pantopon, belladonna ekstrakti va boshqa dorilardan tayyorlangan shamcha qo‘yish mumkin.

Chilla davri normal o‘tganda va ayol bolasini muntazam emizib turganda bachadon involyutsiyasi to‘g‘ri boradi va bachadonni qisqartiradigan dorilarga ehtiyoj qolmaydi. Bachadon involyutsiyasi sustborganda(subinvolyutsiya)bachadonqisqarishinikuchaytiradigan dorilar: qoramig‘ning suyuq ekstrakti (Extr. Secalis cornuti fluidum) kuniga 2 mahal 25 tomchidan, stiptisin (Stypticinum) kuniga 2–3 mahal 0,05 g dan ichiriladi, pituitrin (Pituitrinum) kuniga 1–2 mahal 1 ml dan ineksiya qilinadi.

Qovuq va ichakning o‘z vaqtida bo‘shab turishi bachadon involyutsiyasining to‘g‘ri borishiga yordam beradi.

Siydik chiqarish qiyinlashganda tuqqan 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) siydik chiqartirishga urinib ko‘rsa bo‘ladi. Pituitrin kuniga 1–2 mahal 1 ml

dan va magniy sul'fat (25% li eritmasi 5–6 ml dan muskul orasiga) ineksiyalari yaxshi amal qiladi.

Bu dorilar naf bermasa, qovuqni kateterizasiya qilishga to'g'ri keladi, bunda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi (kateter qaynatiladi, qo'l yuviladi, uretra sohasi dezinfektsiyalovchi kuchsiz eritma bilan tozalanadi). Kateterizasiyadan keyin urotropin (kuniga 3 mahal 0,5 g dan) yoki ayiqquloq qaynatmasi (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0:200,0) kuniga 4–5 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi.

Ich to'xtalib qolganda tug'ruqdan keyin 3-kuni ichni tozalash uchun klizma qo'yiladi yoki surgi (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.

Ayollarni barvaqt, tug'ruqdan keyin 1–2-kundan boshlab oyoqda turg'izish jismoniy faollikni oshiradi.

Ovqatlanishi. Tuqqan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda oson hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyalı ovqatlar bulka, pechenye, 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 iste'mol qilish zarur. Ayniqsa qishda va ho'l meva-sabzavot yo'q joylarda tuqqan ayollarga vitamin C, B, D, A preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar (yog'li go'sht, to'sh, po'stdumba, no'xat, xasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklar ichish man etiladi.

Tuqqan ayollar uchun tayyorlangan ovqat sifatini tekshirish, bola emizish tartibiga qarab turish, ayolning uyidan keltirilayotganligiga ko'z-quloq bo'lib turish kerak. Haddan tashqari ko'p ovqat keltirilishiga ruxsat berilmaydi.

Tuqqan ayolni parvarish qilish. Tuqqan ayolni parvarish qilishdagi asosiy vazifa uni infeksiyadan saqlash va organizmning barcha funktsiyalari normal borishiga yordam berishdir. Qat'iy tozalikka rioya qilishning alohida ahamiyati bor. Tuqqan ayol albatta tish

tozalaydi, kuniga kamida 2 mahal toza jom ustida iliq suv bilan sovunlab yuvinadi, sochini taraydi, toza ro‘mol o‘raydi, ko‘ylagini almashtiradi. Keyinchalik bola emizish va ovqat yeyishdan oldin qo‘lini sovunlab yuvadi.

Tashqi jinsiy a‘zolarining toza bo‘lishiga katta e‘tibor beriladi. Jinsiy yo‘llardan chiqadigan loxiyalar tashqi jinsiy a‘zolari va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning ko‘payishiga yordam beradi. Shunday bo‘lgach, tuqqan ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini kuniga kamida 2 mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

Tashqi jinsiy a‘zolar quyidagicha tozalanadi. Steril paxtani ushlaydigan asboblar (kornsanglar yoki uzun pinsetlar qaynatilgan) olinadi. Tuqqan har bir ayolga alohida asbob ishlatiladi, shuning uchun tuqqan ayollar nechta bo‘lsa, o‘shancha asbob turishi kerak. Kaliy permanganat (1:4000-1:6000) yoki xloramin B, xlorli ohak, septoksin, septobak, novodez eritmalarini keragicha tayyorlab qo‘yiladi.

Asboblar, steril material (paxta sharchalar), spirt, yod ko‘chma stolchaga qo‘yiladi (52-rasm, *a*). Hamshira niqob tutadi, qo‘llarini yuvadi, steril qo‘lqop kiyib, tashqi jinsiy a‘zolari tozalaydi, kichik hamshira stolchani bir ayolning yonidan ikkinchi ayolning yoniga surib beradi, tuvak tutadi va oladi, dezinfektsiyalovchi eritmani Esmarx krujkasidan yoki obdastadan tashqi jinsiy a‘zolariga quyib turadi (52-rasm, *b*).



a)



b)

52-rasm. Tuqqan ayollar jinsiy a‘zolarini tozalash.

a – tuqqan ayolni tozalash uchun maxsus stolchani jihozlash;

b – tuqqan ayolni tozalash.

Tuqqan ayolning tashqi jinsiy aʼzolari **qoʻlda emas**, balki korn-sangga qisilgan **steril paxta sharcha bilan yuviladi**. Tuqqan ayol chanogʻining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfektsiyalovchi eritmani jildiratib qoʻyib, tashqi jinsiy aʼzolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. Soʻngra yuvilgan aʼzolar steril paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choʻyshab olinib, yangisi yoziladi. Defekasiyadan keyin ham shunday tozalash kerak.

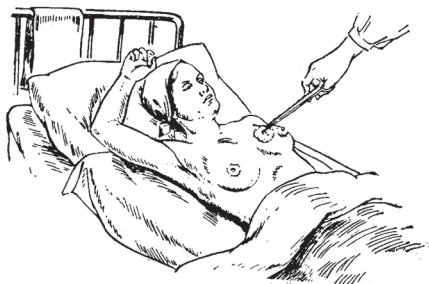
Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy aʼzolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, 5% yod nastoykasi bilan ishlov beriladi, shu maqsadda steril paxta qoʻyiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4–5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tugʻruqdan keyin 5-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi.

Harorati koʻtarilgan, yuqori nafas yoʻllari shamollagan, terisiga yiringli yaracha toshgan va infektsiyaning boshqa belgilari boʻlgan ayollarni sogʻlom ayollardan ajratib, alohida boks xonaga yotqizish zarur. Bunday ayollarning tashqi jinsiy aʼzolari sogʻlom ayollardan keyin tozalanadi.

Infektsiya yuqqan ayollarni oʻz vaqtida ajratib qoʻyish tuqqan ayollar va chaqaloqlar oʻrtasida kasallikliklarning oldini olish uchun juda katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta eʼtibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kech-qurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5% li eritmasi yoki iliq suvda sovunlab yuvish tavsiya etiladi.

Dastlab emchak uchi, soʻngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi (53-rasm). Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun oʻziga loyiq lifchik tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan boʻlsa, suyuqlikni kamroq



53-rasm. Sut bezlarini yuvish.

ichish tavsiya etiladi, surgi (20–30 g magnizey sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi to‘la bo‘shamasa, har bir emizishdan keyin sutni qo‘lda sog‘ib olish kerak.

TUG‘RUQDAN KEYINGI DASTLABKI KUNLARDA GIMNASTIKA

Tuqqan sog‘lom 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 a‘zolar involyutsiyasini 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 vrach buyuradi, mashg‘ulotni meditsina hamshirasi o‘tkazadi. Tuqqan ayollarga har bir mashqdan oldin mashqni bajarish tartibini tushuntiradi. Har bir mashq nafas olish ritmiga yarasha bajarilishiga qarab turish 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, tuqqan ayol charchasa mashqlar kamaytiriladi, murakkab mashqlar qoldiriladi yoki engilroq mashqlar bilan almashtiriladi. Tana harorati ko‘tarilganda gimnastika to‘xtatiladi.

Mashqlar ertalab, nonushtadan kamida 30 daqiqa keyin o‘tkaziladi. Gimnastikadan oldin palata sinchiklab shamollatiladi. Iliq faslda mashqlar fortochka yoki derazani ochib qo‘yib bajariladi.

Mashqlar karavotda o‘tkaziladi. Tuqqan ayol ko‘ylagini yechadi, ammo lifchigini olib qo‘ymaydi, tashqi jinsiy a‘zolar va chanoq sohasi dazmollangan toza yo‘rgak («oddiy ishton») bilan berkitiladi. Qorin pressi bo‘shashib qolgan bo‘lsa, mashqlardan oldin qorinni bintlash tavsiya etiladi. Tyqqan ayolning o‘rnidan turishi ruxsat etilsa, mashqlar tugagandan keyin badanini iliq suvga ho‘llangan sochiq bilan artiladi, so‘ngra quruq qilib artinadi.

KUN TARTIBI

Chilla bo‘limi uchun quyidagi kun tartibini tavsiya etish mumkin.

6.00 – uyqudan turish.

6.00–6.40 – yuvinish va tana haroratini o‘lchash, palatalarni shamollatish.

6.40–7.00 – chaqaloqlarni emizish.

7.00–8.00 – tuqqan ayollarning ertalabki tozalanishi, binoni tozalash va shamollatish; vrachning buyurganlarini bajarish.

8.00–8.30 – farroshlarning navbatchilik ayirboshlashi.

8.30–9.00 – nonushta, akusherlarning navbatchilik ayirboshlashi.

9.00–9.30 – chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

9.30–10.00 – chaqaloqlarni emizish.

10.00–13.00 – tuqqan ayollarni vrachlar ko‘rishi, gimnastika, davolash muolajalarini bajarish.

13.00–13.30 – chaqaloqlarni emizish.

13.30–14.30 – tushki ovqat, palatalarni 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‘lchash; tuqqan ayollarning kechqurungi tozalanishi; palatalarni shamollatish; vrachning buyurganlarini bajarish.

18.30–19.00 – kechqurungi ovqat.

19.00–20.00 – tuqqan ayollarni kechki ko‘rikdan o‘tkazish, chaqaloqlarni emizishga tayyorlash,

20.00–20.30 – chaqaloqlarni emizish.

20.30–21.00 – navbatchilik ayirboshlash.

21.30–23.00 – uyqu

23.00–23.30 – chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

23.30–24.00 – chaqaloqlarni emizish.

22.00–24.00 – binoni kechqurun tozalash.

24.00 – uyqu.

Tuqqan ayollar chilla davri normal o‘tganda 5-kuni uyiga jo‘natiladi. Tuqqan ayolni uyiga jo‘natishdan oldin bola parvarishi va chilla

davrining gigiyena qoidalari mukammal tushuntiriladi. Tuqqan ayol uyiga jo‘natilgandan keyin bevosita dushda issiq suv bilan yuvinish, tug‘ruqdan 3–4 hafta keyin vannaga tushish ruxsat etiladi. Jinsiy aloqaga tug‘ruqdan kamida 6–8 hafta keyin ruxsat beriladi.

Tuqqan ayol uyiga jo‘nashdan oldin almashtiriladigan karta oladi, tug‘ruq va chilla davrining o‘tish xususiyatlari o‘sha kartaga yozib qo‘yiladi. Tuqqan ayol kartani ayollar maslahatxonasiga topshiradi. Chaqaloq haqidagi ma‘lumotlar bolalar maslahatxonasiga ma‘lum qilinadi.

Tuqqan ayol uyiga jo‘natilayotganda bolaning tug‘ilganligini FHDYo da qayd qilish uchun ma‘lumotnoma ham beriladi.

Ishchi va xizmatchi ayollarning tug‘ruqdan keyingi ta‘tili maslahatxonada (tug‘ruq kompleks ma‘lumotnomasi bilan) yoki ayolni tug‘ruq kompleksidan uyiga jo‘natishdan oldin rasmiylashtiriladi.

CHILLA DAVRI SEPTIK KASALLIKLARI

Chilladagi septik kasalliklar tug‘ruq vaqtida paydo bo‘lgan jarohat yuzalari orqali mikroblar kirishi natijasida kelib chiqadi.

Chilladagi septik kasalliklarning ko‘proq uchraydigan sababchilari stafilokokklar bilan streptokokklar, goho-goho ichak tayoqchasi, gazli gangrena tayoqchalari va boshqa mikroblardir. Chilladagi septik kasalliklarni ko‘pincha mikroblarning bir turi (monomikrob infektsiya), ba‘zan esa mikroblarning har xil turlari (polimikrob infektsiya) vujudga keltiradi.

Mikroblar odam organizmida (ayniqsa terisida, ochiq shilliq pardalarida va hokazo) doim mavjud bo‘ladi-yu, odatdagi sharoitda kasallik chaqirmaydi.

Mikroblar organizmga jarohat orqali kirganda kasallik ro‘y berishi mumkin. Yo‘ldosh ko‘chgandan keyin bachadonning ichki yuzasi, hatto normal tug‘ruqda ham bachadon bo‘yni, qin va oraliqning shilinishi, yorilishi va chaqalanishi infektsiya kiradigan yo‘llar hisoblanadi.

Patologik tug‘ruqda (ayniqsa operatsiya qilib tug‘dirishda) keng va chuqur shikastlar vujudga keladi, shu munosabat bilan septik infektsiya mikroblarining organizmga kirish xavfi ko‘payadi.

Mikroblar jarohat yuzasiga tashqaridan kiradi (ekzogen infektsiya) yoki ayol organizmida yashirin holda saqlanib infektsiya(mikroblar) jarohatga tushadi (endogen infektsiya) ham rivojlanadi.

Ekzogen infektsiyada mikroblar sterillanmagan qo‘l, asboblari, parvarish buyumlari, kiyim-kechak va tug‘ruq yo‘llariga ishlatiladigan boshqa buyumlar orqali kiradi; havo-tomchi yo‘llari orqali yuqadigan, infektsiya katta xavf tug‘diradi. Endogen infektsiyada mikroblar jarohatga qindan, tashqi jinsiy organlardan o‘tadi, ba’zan uzoqdagi infektsiya o‘choqlaridan (masalan, tomoqdan) metastaz yo‘li bilan kiradi.

Jarohat yuzasiga tushgan mikroblar septik infektsiyani, ko‘pincha avj oldiradi. Jarohatga mikroblar tushishining har xil oqibatlarini organizmning chidamiga, himoya kuchlariga bog‘liq.

Organizm yaxshi chidamli bo‘lsa septik infektsiya avj olmaydi, organizmning himoya kuchlari susayganda mikroblar jarohatga kirib, chilladagi kasalliklarga sabab bo‘ladi. Organizmning infektsiyaga qarshiligi (chidami) qancha kam bo‘lsa, chilladagi septik infektsiya o‘shancha og‘ir o‘tishi aniqlangan.

Shunday qilib, chilladagi septik kasalliklar tuqqan ayol organizmi bilan mikroblarning o‘zaro ta’sir etishi natijasida avj oladi, ayni vaqtda kasalliklarning ro‘y berishi va qanday o‘tishi tuqqan ayol organizmining ahvoliga infektsiyaga qarshilik ko‘rsatish kuchiga anchagina bog‘liq.

Qog‘onoq suvlarining barvaqt ketishi, tug‘ruqning cho‘zilishi, tug‘ruqda qon yo‘qotish, operatsiya qilib tug‘dirish, tug‘ish vaqtida yumshoq to‘qimalarning yirtilishi va ezilishi, tuqqan ayol organizmining umuman ozg‘inligi va boshdan kechirgan kasalliklari, intoksikatsiyalar, noto‘g‘ri ovqatlanish natijasida quvvatsizlanib qolishi chilladagi septik kasalliklarning paydo bo‘lishiga moyil qilib qo‘yadi.

Chilladagi septik kasalliklarning boshlanishishu bilan ta’riflanadiki, patogen mikroblar kirgan jarohat yuzasida (mikroblarning kirgan yo‘lida) yallig‘lanish jarayoni paydo bo‘ladi.

Bachadonning ichki yuzasi, shuningdek bachadon bo‘yni, qin va oraliqning chaqalangan hamda yirtilgan joylari (chilladagi metroendometrit, chilladagi yaralar) chilladagi infektsiyaning birlamchi o‘choqlari hisoblanadi.

Organizm infeksiyaga qarshi yaxshi chidamli bo'lsa va to'g'ri davolansa, infeksiya kirgan jarohat yuzasi bitib ketadi va kasallik to'xtaydi. Organizmning himoya kuchlari susaygan va mikroblarning virulentligi oshgan bo'lsa, mikroblar birlamchi o'choqdan tashqariga yoyiladi. Mikroblar limfa tomirlari orqali (limfogen yo'l bilan), qon tomirlari orqali (gematogen yo'l bilan) yoki bachadon naylari orqali (kanalikulyar yo'l bilan) tarqalishi mumkin. Mikroblar limfa va qon tomirlari orqali bir yo'la tarqalishi ehtimolidan holi emas. .

Mikroblar tarqalishi jarayonida miometriyning chuqur qavatlariga, bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkaga, chanoqning qorin pardasiga, bachadon, chanoq va son venalariga zarar etkazadi. Organizm infeksiyaga yetarlicha qarshilik ko'rsatmasa (yoki qo'zg'atuvchi mikrobnining virulentligi yuqori darajada bo'lsa) mikroblar butun organizmga yoyiladi va umumiy septik kasalliklar avj oladi.

Chilla yarasi. Oraliq, qin devori, bachadon bo'yining yirtilgan va yorilgan joyidagi yiringli yallig'langan jarohatlar chilla yaralari (ulcus puerperale) ga kiradi. Jarohat yuzasi yiring pardasi bilan qoplangan, tevarak-atrofdagi to'qimalar giperemiyalangan va shishgan bo'ladi. Kasallik odatda tug'ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Harorat ko'tariladi, puls tezlashadi, ayol betob bo'lib, ba'zan boshi picha og'riydi. Odatda tashqi jinsiy organlari achishayotganini aytadi. 4–5 kundan keyin harorati pasayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi, jarohat pardalardan toza bo'ladi va sekin-asta ikkilamchi tortilish usuli bilan bitadi. Noqulay sharoitda mikroblar yaradan to'qimalar ichkarisiga kiradi va shu tariqa infeksiyatarqalib ketadi.

Davosi. Ayol yotqizib qo'yiladi, tagi avaylab tozalanadi; oraliq jarohatiga streptosid yoki sulfidin emulsiyasi shimdirilgan doka salfetka yopiladi. Autogemoterapiya qilinadi. Dastlabki kunlarda oraliqqa muzli xalta qo'yiladi. Sutkada 5–6 marta (har 4 soatda) 0,5–1 g dan sulfanilamid preparatlar ichiriladi, streptomisin bilan penisillin buyuriladi.

Metroendometrit. Chilladagi metroendometrit (metroendometritis) bachadonning ichki yuzasining: endometriyning bazal qavati, ko'chuvchi parda parchalari va ularga taqalib turgan muskul tolalari qavatining yallig'lanishidir. Kasallikning klinik belgilari tug'ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Tana harorati ko'tariladi, puls

tezlashadi (haroratga mos keladi), ishtaha pasayadi, bemor tuzuk uxlay olmaydi. Kasallik boshlarida junjib ham qo'yadi. Bachadon palpasiyada bezillab turadi. Subinvolyutsiya (teskari taraqqiy etish jarayoni) sekinlashadi, loxiyalar loyqa, qonli-yiringli bo'lib qoladi. Loxiyalar ba'zan sassiq bo'ladi. Bachadonning orqaga qayrilishi yoki bachadon bo'yni kanaliga qon laxtasi, parda zarralari tiqilib qolishi sababli metroendometritda loxiyalar ba'zan bachadonda ushlanib qoladi (loxiometra).

Loxiometrada ayolning tana harorati yana ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinning pastida dapqir-dapqir og'riq tutadi. Metroendometrit o'rta hisob bilan 8–10 kun davom etib, aksari, tuzalib ketadi.

Metroendometrit subfebril harorat bilan yengil o'tishi mumkin. Metroendometrit og'ir o'tganda septik infektsiyaning tarqalish o'chog'i bo'lib xizmat qiladi.

Davosi. Bemor yotqizib qo'yiladi, qornining pastiga muzli xalta qo'yiladi, autogemoterapiya qilinadi, venaga kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dan 1–2 kun oralatib yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, sulfanilamid preparatlar sutkasiga 5–6 mahal (har 4 soatda) 0,5–1 g dan beriladi, penitsillin 3–4 soatda 1 mahal 100 000 – 500 000 birlik hisobida yuboriladi.

Chilladagi metroendometrit, septik kasallik bo'lish bilan birga, so'zak oqibatida kelib chiqishi ham mumkin. Bachadon bo'ynining shilliq pardasi so'zakdan yallig'langan ayollar tuqqandan keyin gonokokklar bachadon bo'shlig'iga kirib, metroendometritga sabab bo'ladi. Gonokokklar keyinchalik bachadon naylariga kirib, ularni, tuxumdonlarni va chanoqning qorin pardasini yallig'lantirishi mumkin.

So'zak metroendometriti tug'ruqdan keyin 6–8-kunda quyidagi simptomlar bilan yuzaga chiqadi: tana harorati ko'tariladi, bachadon involyutsiyasi to'xtab qoladi, bachadon bezillab og'riydi, yiringli yoki shilimshiq-yiringli chiqindi keladi. Diagnostika aniqlash uchun bachadondan kelgan chiqindi mikroskopda tekshiriladi. Organizmga har 3–4 soatda 100000–500000 birlik hisobida penitsillin yuborish va sulfanilamid preparatlar ichirish so'zak metroendometritini davolashda yaxshi natija beradi.

Soʻzak boʻlgan bemorlarni shunday parvarish qilish kerakki, bolaga va tuqqan boshqa xotinlarga infektsiya yuqish ehtimoli bartaraf qilinsin. Ayolning tagi eng oxirida yuviladi; tuqqan ayolning individual tuvak tutishiga, bola emizishdan oldin qoʻlini tozalab yuvishiga koʻz-quloq boʻlib turiladi.

Tromboflebit. Chilladagi tromboflebitlar (trombophlebitis puerperalis) – vena devorining yalligʻlanib, tromb hosil boʻlishidir; tromb vena teshigiga tiqilib, qon oʻtishini qiyinlashtiradi. Bachadon, chanoq va son venalarining tromboflebiti kuzatiladi. Bachadon venalarining tromboflebiti (metrothromboflebit) metroendometrit zaminida paydo boʻladi. Umumiy simptomlari metritga oʻxshaydi. Bachadon involyutsiyasining toʻxtab qolishi, uzoq faqt qonli chiqindi kelishi xarakterli. Noqulay sharoitda jarayon chanoq venalariga – tarqaladi; qin orqali tekshirishda ular buralgan ogʻriqli tortmalar shaklida qoʻlga ilinadi. Jarayon yanada tarqalganda yonbosh venalarining, soʻngra son venalarining ham trombozi paydo boʻladi. Chilladagi ogʻir kasallik – son venalarining tromboflebiti roʻy beradi.

Son venalarining tromboflebiti (trombophlebitis venae femoralis) tugʻruqdan keyin 2–3-haftada yuzaga chiqadi. Kasallik boshlanganda ayol koʻpincha qaltirab, harorati koʻtariladi, pulsi tezlashadi, oyogʻida ogʻriq sezadi, koʻpincha boshi ogʻriydi, uyqusiz boʻlib qoladi va boshqa shikoyatlar qiladi.

Son venasi tromboflebitining mahalliy belgilari shuki, chov sohasi tekislanib qoladi, vena boʻylab (Pupart boylamidan pastroqda, sonning oldingi-ichki yuzasida) zichlashgan va bezillab turgan joy aniqlanadi, oyoq shishadi. Shish koʻpincha juda katta boʻlib ketadi, isitma 2–3 hafta, oyoq shishi 1–2 oy davom etadi. Bemor sogʻayayotgan davrda kasal oyogʻining jimillashayotganini sezadi.

Chilladagi tromboflebitlar septitsemiya va septikopiemiyani davolash uchun qabul qilingan umumiy qoidalarga muvofiq davolanadi¹, lekin baʼzi xususiyatlari hisobga olinadi.

1. Bemorni mutlaqo tinch qoʻyish kerak, bu trombnings uyushuviga yordam berib, emboliyaning oldini oladi (tromb zarrasining uzilib ketib, hayot uchun muhim organ tomiriga tiqilib qolishi **emboliya**

¹ Soʻnngi vaqtda tromboflebitlar konservativ usullar bilangina emas, xirurgik yoʻl bilan ham davolanmoqda.

deb ataladi). Son venalarining tromboflebitida kasal oyoq ko'tarib yotiladi (ostiga yostiq yoki shina qo'yiladi).

2. Kasal oyoqning venasiga dori yuborilmaydi va bu oyoqda ineksiya qilinmaydi.

3. Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

4. Yallig'lanishni kamaytirish va qonning ivib qolish xossasini susaytirish uchun kasal oyoqqa vena bo'ylab 5–7 tadan zuluk solinadi (zuluk solishdan oldin oyoq terisi yuviladi, artiladi va qand eritmasi surtiladi). Zuluklar 10–12 ml dan qon so'rib, tushib ketadi.

5. Jarayon bosila boshlagach butun oyoqqa Vishnevskiy mazi surilgan boylam qo'yib bog'lanadi, boylam 7–8 kunda almashtirib turiladi.

6. Umumiy septik kasalliklarda qanday dori darmon qilinsa, tromboflebitda ham o'shanday dori-darmon qilinadi. Antibiotiklardan streptomisin yoki biomisin buyurish ma'qul.

7. Bemorning tana harorati 3 haftagacha normal turib, echT soatiga 30 mm gacha va undan ham pastga tushgandagina faol harakatlar ruxsat etiladi.

Tobora avj oluvchi tromboflebit. Tobora avj oluvchi tromboflebitning xarakterli belgisi shuki, venalar devorining yallig'lanishi va tromb hosil bo'lishi jarayoni chegaralanib qolmasdan, vena bo'ylab tarqaladi. Tromb ko'pincha yumshab, yiringlanadi: infektsiyalangan tromb zarralari qon aylanishining umumiy doirasiga qo'shilib, butun organizmga tarqaladi, organ va to'qimalarga cho'kib, ularda septik infektsiyaning yangi o'choqlarini hosil qiladi.

Venadagi abscesslar ba'zan sumkalanib (chegaralanib), infektsiya butun organizmga tarqalmaydi.

Davosi. Umumiy septik infektsiya qanday usullar bilan davolansa, diffuz o'tkir peritonit va tobora avj oluvchi tromboflebit o'shanday usullar bilan davolanadi.

Chilla davridagi mastit. Chillada ba'zan sut bezi yallig'lanadi, mastit deb shuni aytiladi.

Yiring tug'diruvchi mikroblar, asosan stafilokokklar, ba'zan streptokokklar va boshqa mikroorganizmlar sut bezini yallig'lantiradi. Yiring tug'diruvchi mikroblar emchak uchining terisiga ifloslangan

qo‘ldan, infektsiya tekkan kiyim-kechakdan, havo va tomchi infektsiyasi yo‘li bilan tushadi.

Sut bezining terisidagi mikroblar emchak uchining yorilgan joylaridan kiradi. Bola emizishda emchak uchi terisining epiteliysi ko‘zga ko‘rinmaydigan darajada shikastlanadi, mikroblar sut beziga shu mikroskopik shikastlar orqali ham kiradi.

Ba‘zan mikroblar sut beziga boshqa infektsiya o‘choqlaridan limfogen yoki gematogen yo‘l bilan kiradi.

Chilladagi mastit odatda haroratning to‘satdan 39° gacha ko‘tarilishi va undan oshishi, ba‘zan qaltirashdan boshlanadi. Sut bezi og‘riydi, ayol umuman betob bo‘lib, boshi og‘riydi, uyqusi buziladi, ishtahasi bo‘g‘iladi. Sut bezi kattalashib, ichkarisida bezillab turadigan zich qismi paypaslab topiladi (bu qismning ro‘y-rost chegaralari bo‘lmaydi), ba‘zan yallig‘langan joy ustidagi teri qizaradi. Qo‘ltiqdagi limfa tugunlari ko‘pincha kattalashib, sezuvchan bo‘lib qoladi.

Yallig‘lanish sababli sut bezining yo‘llari berkilib, sut dimlanib qoladi. Yallig‘lanish jarayoni shu stadiyada to‘xtashi mumkin, keyinchalik bemor sog‘ayib ketadi.

Noqulay sharoitda (organizm chidami pasayganda, infektsiya-virulent bo‘lganda, bemor noto‘g‘ri davolanganda) yallig‘lanish jarayoni avj oladi va infiltrat yiringlanadi (yiringli mastit).

Infiltrat yiringlaganda bemor umumiy ahvoli yomonlashib, ko‘pincha qaltiraydi, harorati remittik tusiga kiradi. Sut bezidagi og‘riq kuchayadi, zich infiltratning bir qismi bilqillab qoladi, uning ustidagi teri giperemiyalanib, picha ko‘karadi. Yiringli mastit ko‘pincha og‘ir o‘tib, uzoq davom etadi.

Emchak uchining yorilishiga yo‘l qo‘ymaslik (profilaktika) va unga davo qilish, homiladorlik vaqtida sut bezlarini parvarish qilish va bolani to‘g‘ri emizish emchak uchlarini yorishidan saqlaydi. Sut bezlarini har kuni salqin suv bilan yuvib, yirik tukli sochiqqa artib turishning ahamiyati bor; emchak uchlari po‘st boylaganda (og‘iz suti chiqib, shunday po‘st hosil bo‘ladi) emchak uchlarini 1 % li borat kislotasi eritmasi bilan yuvish tavsiya etiladi.

Ayol bolasini emizayotganda shunga e‘tibor berish kerakki, bola emganda emchak uchi atrofidagi qoramtir to‘garakni ham og‘ziga

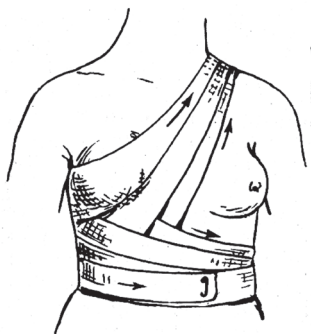
olsin. Emizikli onaning sut bezlarini qat'iyana toza tutish juda ham muhim.

Emchak uchi yorilganda nakladka orqali emizish tavsiya etiladi. Bolani emizib bo'lgandan keyin emchak uchi penisillin eritmasi bilan artiladi (1 ml fiziologik eritmada 10000 birlik penisillin eritiladi). Emchak uchining yorilgan joylariga oq streptosid poroshogi sepiladi. Metilen ko'kning spirtidagi eritmasidan qo'yish ham mumkin.

Mastitlarning davosi. Kasallik boshlanganda sut beziga muzli xalta qo'yish mumkin. Avval sut bezini ko'tarib qo'yib boylanadi (54-rasm). Davo qilishni Vishnevskiy mazi yoki kamfora moyi bilan isituvchi kompress qo'yishdan boshlasa bo'ladi. Ayni vaqtda muskul orasiga antibiotiklar (sutkada 500 000–800 000 birlik) yuboriladi. Sul'fanilamid preparatlar yaxshi natija beradi. Shunday davo qilingan ayol aksari tuzalib ketadi. Infiltrat kichrayib, yo'qolmasa autogemoterapiya qilinadi.

Sut bezini bo'shatib turish davoning muhim shartidir. Shu sababli infiltrat yiringlamaganda bola emizish yoki molokootsosdan foydalanish davom ettirilaveradi yoki qo'l yordamida sut sog'iladi.

Yiringli mastit xirurgik yo'l bilan davolanadi (abscess ochiladi), abscess kichkinagina bo'lsa, yiringni shprisda tortib olib, o'rniga penisillin kiritish bilan kifoyalansa bo'ladi.



54-rasm. Sut bezini ko'tarib qo'yib bintlash.

Nazorat uchun savollar:

1. Chilladagi septik kasalliklarining paydo bo'lish sabablari.
2. Chillada septik kasalliklar tasnifi, klinikasi, davolash, profilaktika.
3. Chilla davri septik kasalliklarning turli bosqichlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash tamoyillari.
4. Chilladagi mastit kelib chiqish sabablari, diagnostikasi va davolash.

Tayanch so'z va iboralar:

Chilla yarasi, Metroendometrit, Parametrit, Pelvioperitonit, Tromboflebit, Salpingooforit, Adneksit, Mastit.

XXXI BOB.

YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Yangi tug‘ilgan bolalar-chaqaloqlar gavda tuzilishi va funksional xususiyatlari bilan kattaroq bolalardan va katta yoshli kishilardan farq qiladi. Yangi tug‘ilgan bolalarda ko‘p organ va sistemalar jumladan markaziy nerv sistemasining taraqqiyoti tugamagan bo‘ladi. Yangi tug‘ilgan bola organizmining to‘qimalari sersuv funksional jihatdan to‘la yetilmagan, oson jarohatlanadigan, noqulay ta’sirlarga chidamsiz bo‘ladi. Ayniqsa chala tug‘ilgan bolalarda termoregulyatsiya takomillashmagan. Oy kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqning belgilari:

1. Bo‘yi o‘rtacha 50 sm (48–57 smgacha) vazni 3200–3400 gr (2600–5000 gr gacha).

2. Yetilgan homilaning ko‘krak qafasi qavariq, kindik halqasi to‘sh suyagining xanjarsimon o‘sig‘i bilan qov o‘rtasida bo‘ladi.

3. Yetilib tug‘ilgan bolaning terisi och pushti rang, teri osti yog‘ qatlami yaxshi rivojlangan, terisida pishloqsimon surtmasi bor, boshidagi sochi 2 sm ga etadi, tirnoqlari barmoqlarining uchlaridan oshib turadi.

4. Quloq va burun tog‘aylari elastik

5. O‘g‘il bolalarning moyaklari yorg‘oqqa tushgan, qiz bolalarning katta jinsiy lablari kichik jinsiy lablarni va klitorni berkitib turadi.

6. Yetilib tug‘ilgan bola aktiv, harakat qiladi, baralla chinqiradi, yetilgan bolalar 37–42 haftalik muddatda tug‘iladi.

Homila tug‘ilgach uning og‘zidagi shilimshiq elektrootsos yoki rezina baloncha yordamida so‘rib olinadi. Sog‘lom boladan agressiv va uzoq vaqt nafas yo‘llaridan shilliqni so‘rish bir tekis nafas olishni boshlanishini kechiktirishi va uzoq bronxospazmga olib

kelishini unutmash kerak. Kindikni kesish tug'ilgandan keyin bir daqiqa o'tgach yoki pulsasiya to'xtagach amalga oshiriladi. Kindik halqasidan 10–15 sm masofadan Koxer qisqichi qo'yiladi, ikkinchisi 2 sm yuqorida qo'yiladi, qisqichlar orasidagi kindik 96 % spirt bilan artilib, qaychilar yordamida kesiladi. Onaga bola jinsi ma'lum qilinadi. Ikkilamchi ishlov berishda kindik halqasidan 2–3 sm qochirib kindik kesilib, Rogavin skobkasi qo'yiladi yoki uchburchak shakldagi sal-fetka bilan bog'lanadi. Kindik cho'ltog'i 5% kaliy permanganat bilan artilib, ustiga doka bog'lab qo'yiladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilgan holda qurituvchi moddalardan foydalanmasdan ochiq usulda olib boriladi.

Yangi tug'ilgan sog'lom chaqaloqlar parvarishi – chaqaloqni tug'ilgan zahoti issiqlik yo'qotilishini oldini olib, issiqlik zanjiri tamoyillariga amal qilgan holda tezda artib quritiladi va ona qorniga qo'yiladi. Onasi bilan birga issiq ko'rpa (odeyal) bilan yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Bolaning sovuq qotishiga, sababsiz onasidan ajratilishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Teri – teri bevosita aloqasi – bolani ona terisi bilan bevosita aloqasi uchun ko'kraklari orasiga yotqiziladi va issiqlikni saqlash uchun ona – bola birga ko'rpaga o'raladi. Bu usul sianoz va asab buzilishlari belgilari aks etmagan, bir tekis nafas olayotgan bolalar uchun mos keladi.

Chaqaloqni birinchi ikki soat davomida teri – teriga aloqa o'tkazilgandan so'ng (antropometriya, tana haroratini o'lchash, gonob-lenoreyani oldini olish uchun ko'zlariga, qizlarni jinsiy a'zolarini 1% li eritromisin, u bo'lmasa 1% tetrasiklin malhami bilan ishlov beriladi. Bolaga yaktakcha yoki ko'ylakcha kiydirish kerak, chunki qattiq yo'rgaklash diafragma harakatiga qarshilik qiladi, to'satdan o'lim sindromi xavfini oshiradi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asab – mushak kordinatsiyasini buzadi, qon aylanishini buzadi.

Chaqaloq bilagiga qo'yidagi ma'lumotlar yozilgan kleyonka bilakuzuk taqiladi: unga onasining ismi, familiyasi va otasining ismi, tug'ilgan kuni va soati, jinsi, tana og'irligi, bo'yi, onasining tug'ruq tarixi raqami va chaqaloq raqami yoziladi.

Barcha chaqaloqlarni birlamchi ko'rikdan Ballar shkalasi bo'yicha yetilganlik darajasini aniqlash maqsadida baholash va ma'lumotlarni

chaqaloqlar rivojlanish tarixiga yozib qo'yish kerak. Bola ahvolini aniqlash uchun tug'ilgandan keyin bir va besh daqiqalarida Apgar shkalasi bilan baholanadi. Perinatal davrda hamshiralik parvarishi mavzusiga qaralsin.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash – agar homila 38 haftaga yetmay tug'lsa, u chala tug'ilgan hisoblanadi va bo'y o'lchami hamda og'irligi normal bo'lmaydi. Agar ona qornidagi homila muddatdan ilgari tug'ilgan bo'lsa, quyidagi belgilar namoyon bo'ladi:

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

Bolaning chala tug'ilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishning ma'lumotlar, hammadan muhimi – bolani tekshirish malumotlari hisobga olinadi. Chala tug'ilgan bolalar bo'shang, uyquchan bo'lib, chinqirganda ovozi past chiqadi. Ko'pincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslar susayganligi qayd qilinadi. Bola ancha chala bo'lsa sut emish va yutish reflekslari yuzaga chiqmaydi. Chala tug'ilgan bolalarda immunitet susaygan bo'ladi, shuning uchun ular infektsiya bilan bog'langan kasallar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis) ga moyilroq bo'ladi. Chala tug'ilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi asosan parvarishga bog'liq. Chala tug'ilgan bolalar badanini sovuqdan ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash avaylab tez o'tkaziladi. Chala tug'ilgan bolalarni issiq tutish uchun kuvez va grelkalar taklif qilingan. Chala tug'ilgan bolani ayolning ko'krak suti bilan, yaxshisi onasining suti bilan boqish g'oyatda muhimdir. Chala tug'ilgan bolalarni boqish usuli, ularni nechog'lik chalaligiga, umumiy ahvoliga, sut so'rish va yutish

qobiliyatiga bog'liq. Chala tug'ilgan bolani tug'ruqdan 4–6 soatdan keyin birinchi marta emizgan ma'qul. Sut so'rish va yutishga o'rij bo'lgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi.

Jadal jonlantirishga muhtoj chaqaloqlarni aniqlash uchun oddiy va tez baholash tizimini qo'llash kerak, ya'ni ***nafas olishi va yurak urishiga e'tibor berish kerak.***

Chaqaloqlarni emlash. Chaqaloqlarni emlash 0132-02 sonli SanPiNda tasdiqlangan Milliy profilaktik emlash kalendariga qat'iy asoslangan holda o'tkaziladi.

Vaksinani yuborish vaqti	Preparat nomi
Tug'ilgandan keyin 24 soat ichida	Virusli B hepatitga qarshi vaktsina
Tug'ilgandan 2–5 kun o'tgach	Silga qarshi vaktsina (BSJ) Poliomielitga qarshi vaktsina (OPV)

Emlash kalendari buzilgan bolalarni emlash. Agar bola ba'zi bir sabablarga ko'ra, 24 soat ichida emlanmagan bo'lsa, emlashga qarshi asosli ko'rsatma bo'lmagan hollarda, milliy profilaktik emlashga asoslanib emlashni davom ettirish uchun, bola tug'ruqxonadan (bo'limdan) chiqarilayotganda yoki 29 kun ichida emlanishi kerak.

Agar bola uy sharoitida bo'lsa, uni ham tug'ruqxonada (bo'limda) 29 kun ichida emlash kerak. Uyda bolalarni emlash man qilinadi.

Silga qarshi emlash (BSJ). Yuborish joyi: BSJ vaktsinasi chap yelkaning tashqi yuzasi, yuqori va o'rta qismi chegarasiga teri orasiga yuboriladi.

Terining tashqi qavatiga ninaning qisman yuqoriga qilib kirgiziladi. Nina teri ichiga kirganligiga ishonch hosil qilish uchun avval vaktsinani ozgina qismi yuboriladi, so'ngra esa dozani hammasi kiritiladi. Yuborish texnikasi to'g'ri bajarilgan bo'lsa, oq rangda papula hosil bo'ladi, u 15–20 daqiqadan keyin yo'qoladi.

Yuborish texnikasi: vaktsinani bevosita ishlatishdan oldin, quruq vaktsinaga 0,9% li natriy xlor eritmasini qo'shish orqali eritib tayyorlanadi. Erituvchi tiniq, rangsiz va qo'shimchalarsiz bo'lishi kerak, 0,5 ml doza BSJ olish uchun vaktsinali ampulaga maxsus steril shpris bilan 2 ml fiziologik eritma solinadi. Bir daqiqa davomida bunda bir

tekis aralashma hosil bo'lishi kerak. Emlash o'z-o'zini parchalovchi shpris bilan o'tkaziladi, emlash dozasi 0,1 ml hajimda 0,05 mg. eritilgandan 6 soat o'tgach ishlatilgan vaksinaning qoldig'i bo'lgan flakon yo'q qilinishi kerak.

Emlashga qarshi ko'rsatma:

- bolaning vazni 1800 gm dan kam;
- og'ir bosh miya jarohati;
- OVI (VICH) infeksiyasi.

Chaqaloqlarni parvarish qilish. Chaqaloqlar parvarishida ularning rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'dirishga yordam berishi kerak. Chaqaloqlarni tashqi muhitning noqulay ta'siridan, ayniqsa infeksiyadan saqlash parvarishning asosiy qoidalaridan hisoblanadi.

Chaqaloqlar parvarishi tegishli tayyorgarlikdan o'tgan meditsina hamshiralariga topshiriladi; kichik tug'ruq komplekslarida (tug'ruq bo'limlarida) chaqaloqlarni akusher parvarish qiladi. Texnik xodimlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga qo'yilmaydi, farroshlarga tozalash va boshqa turli yordamchi ishlar ruxsat etiladi.

Xodimlar navbatchilikka kelgach, qo'llarini tirsagigacha cho'tkada sovunlab obdon yuvadi, so'ngra dezinfektsiya qiladi (spirt, 2,4% S-4 eritmasi vodorod peroksidi va chumoli kislotasi aralashmasi – pervomur, xlorgeksedin biglyukonat, degmisin, yodopiron va boshqalar). Har bir chaqaloqni yo'rgaklashdan oldin xodim qo'llarini yuvadi va dezinfektsiyalovchi eritma bilan artadi.

Tug'ruq bo'limidan chaqaloqlar palatasiga keltirilgan chaqaloqqa isitilgan ko'ylak kiygiziladi, karavotchaga yotqiziladi va ahvoli diqqat bilan kuzatiladi. Chaqaloq qusishi, nafas olishi buzilishi (sianoz), kindigi qonashi mumkinligini esda tutmoq kerak.

Chaqaloqlar sutkasiga ikki marta (ertalab birinchi emizishdan oldin va kechqurun) tozalanadi. Ayni vaqtda bola ko'zdan kechiriladi, terining hamma burmalari, kindigidagi boylam tekshiriladi, terisi va sezgi a'zolari parvarish qilinadi, tana harorati o'lchanadi, vrachning buyurganlari bajariladi. Ertalabki tozalashda chaqaloqlar tortib ko'riladi.

Teri parvarishi juda katta ahamiyatga ega. Bolaning nozik terisi noto'g'ri parvarish qilinsa, osongina bichiladi, chaqalanadi va boshqa

shikastlarga uchraydi, bulardan esa infektsiya kiradi. Shu sababli terida yiringli jarayonlar paydo bo‘lib, septik kasallik ro‘y berishi mumkin.

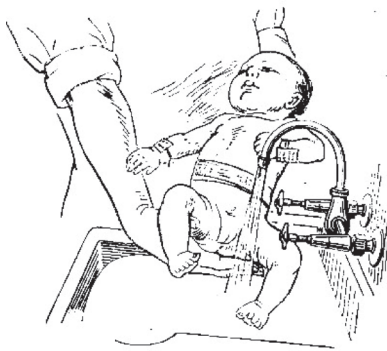
Ertalabki va kechqurungi tozalash (tualet) da bolaning butun badani sinchiklab ko‘zdan kechiriladi, oson bichishadigan teri burmalariga (quloq orqasi, bo‘yin, qo‘ltiq, chov va hokazo) ahamiyat beriladi.

Chaqaloqning kindik qoldig‘i tushib ketguncha cho‘miltirilmaydi, chunki kindik jarohati bitmasdan turib cho‘miltirilganda infektsiya kirishi mumkin. Shu sababli kindik qoldig‘i tushib ketguncha va kindik jarohati bitguncha bolaning yuzini qaynagan iliq suvga yoki 2% li borat kislota eritmasiga ho‘llangan paxtada yuvish bilan kifoyalaniladi; quloq orqasidagi teri, quloq suprasi, bo‘yin burmalari, qo‘l-oyoq kafti nam paxta bilan artiladi, quritiladi, so‘ngra butun badani quritiladi.

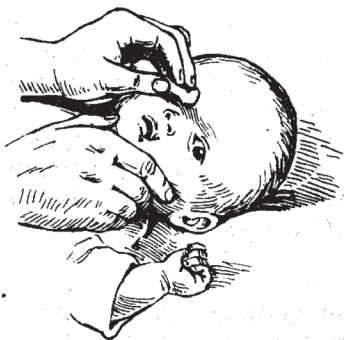
Chaqaloq badanini ko‘zdan kechirganda terining qizargan joylari topilsa, steril vazelin moyi yoki kungaboqar moyi surtiladi.

Chaqaloq siyib qo‘ygan yoki bulg‘angan bo‘lsa, bir emizish bilan ikkinchi emizish orasida yo‘rgak almashtiriladi va tagi tozalanadi. Ifloslangan yo‘rgak yig‘ishtirib olinadi, badanning pastki yarmi iliq suv quyib turib yuviladi (55-rasm). Ayni vaqtda kindik qoldig‘iga suv tegmasligi uchun ehtiyot bo‘lish kerak. Teri yuvilgandan keyin u namni oson shimadigan toza yo‘rgak bosish yo‘li bilan quritiladi (yo‘rgakka artilmaydi!). Dumba terisi va chov burmalariga profilaktika maqsadida steril moy surtiladi.

Chaqaloqning badani odatda noto‘g‘ri parvarish natijasida bichiladi. Buni bartaraf qilish uchun parvarishni yaxshilash, terini siydik va najas tegishidan saqlash kerak. Teri osongina bichilaversa (qizarsa), steril moy surtish bilan kifoyalaniladi. Qizargan teri bichilsa (maserasiya) 3% li kaliy permanganat eritmasidan surtib,



55-rasm. Chaqaloqning tagini yuvish.



56-rasm. Chaqaloqning ko'zini yuvish.

quyidagi tarkibdagi poroshok sepiladi: Acidi borici 1, 0, Bismuthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,0, Talci veneti, Amyli tritici aa 50,0.

Yiringli kasalliklarning oldini olishga alohida e'tibor beriladi. Yiringli yara-chaqa bo'lgan chaqaloq ajratiladi. Xar bir yara-chaqaga gramisidinining spirtli eritmasi (0,04%), streptosid (1-2%) mazi yoki kaliy permanganat (3%) surtiladi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida penisillin eritmasi muskul orasiga

yuboriladi, bolani vrach kuzatib turishi kerak.

Sezgi a'zolari parvarishi. Chaqaloqning ko'z-qovoqlari 2% li borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharcha bilan yuviladi. Har bir ko'z alohida paxtada ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi (56-rasm).

Quloq parvarishi ertalabki tozalashda quloq supralarini artish bilan kifoyalanadi. Odatda eshituv yo'lini tozalashning hojati yo'q.

Chaqaloq nafas olishga qiynalib, burnini shilimshiq bosgandagina burun yo'llari tozalanadi. Burun teshiklari vazelin moyi shimdirilgan paxta pilikda avaylab artiladi.

Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasini artish mutlaqo yaramaydi, chunki aks holda og'iz shilliq pardasi chaqalanishi va kasalliklar ro'y berishi mumkin. Chaqaloqni yaxshi parvarish qilmaslik va to'g'ri emizmaslik sababli og'zi oqarganda ham, og'iz shilliq pardasini artmasdan, 10% li bura eritmasi bilan glitserin aralashmasini avaylab surtish tavsiya etiladi.

Chaqaloqlar parvarishining zamonaviy usullari. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mezonlariga mos ravishda chaqaloqni tug'ilgan zahotiyoq tanadan issiqlikni yo'qotmaslik uchun issiqlik zanjiri tamoyiliga amal qilgan holda tezda artib qurtiladi va ona qorniga yotqiziladi. Onasi bilan birga issiq ko'rpa (adyol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Chaqaloqni sovqotishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Chaqaloqda emishga tayyorlashning birinchi belgilari (birdaniga tez

nafas olishi, soʻrish harakatlari, koʻkrakni qidirish) paydo boʻlgach, 30–60 daqiqa davomida koʻkrakdan emizish mumkin.

Bevosita teri-teri aloqasi – chaqaloqni ona terisi bilan bevosita aloqasi uchun koʻkraklar orasiga yotqiziladi va issiqlikni saqlash uchun ona-bola koʻrpa bilan oʻraladi. Bu usulni sogʻlom tugʻilgan chaqaloqlarda amalga oshiriladi. Agarda teri ranglarida sianoz boʻlsa, asab buzilishlari aks etsa, nafas olish notekis boʻlsa bu usul qoʻllanilmaydi.

Bevosita teri-teri aloqasi, «issiqlik zanjiri» asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda, chaqaloq tugʻruq zalida boʻlishi davrida davom etadi.

Agar chaqaloq tugʻilganda gipotermiya holatida boʻlsa, uni isitish juda qiyin boʻladi. Ularni issiqda, kuvez yoki maxsus isitgich apparatlarida saqlashga toʻgʻri keladi.

Sogʻlom chaqaloqlarda nafas yoʻllaridan uzoq vaqt shilimshiq moddani soʻrib olish uning bir tekis nafas olishiga toʻsqinlik qilishi va bronxospazmga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ogʻiz boʻshligʻini tozalashda bir marotaba ishlatiladigan balloncha yoki maxsus yumshoq soʻruvchi kateterdan foydalanish yaxshiroq. Kateter bolaning ogʻziga 3 sm gacha kiritilishi kerak, avval ogʻiz, keyin burun tozalanadi. Muolaja 5 sekunddan oshmasligi kerak.

Kindikni qisish – tugʻilgandan taxminan bir daqiqa oʻtgach, kindik pulsatsiyasi toʻxtagach amalga oshiriladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilingan holda, qurituvchi moddalardan foydalanmasdan, ochiq usulda olib boriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolasini chilla davri palatasiga oʻtkazishdan avval bajariladi, yaʼni birinchi ikki soat davomida, teri-teriga aloqasi oʻtkazilgandan keyin antropometriya, tana haroratini oʻlchash, gonoblenoreyaning oldini olish uchun koʻzlariga 1% tetrasiklin yoki 1 % eritromisin mazi, qizlarning jinsiy yorigʻiga ushbu moddalardan yoki u boʻlmasa 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi. Gemorragik sindromning oldini olish maqsadida vitamin «K» beriladi. Soʻngra kindik boʻlakchasiga Rogovin qisqichi yoki rezina xalqacha oʻrnatilgan yopiq qisqich qoʻyiladi. Ular kindik xalqasi chetlaridan 3–4 sm masofada boʻlishi kerak. Chaqaloqqa

infuzion-transfuzion muolaja o'tkazish rejasi bo'lsa, kindikka ipak ligatura bilan bog'lash maqsadga muvofiqdir.

Yo'rgaklashda ko'krak qafasini qattiq qismaslik lozim, yo'rgaklash o'rniga chaqaloqqa ko'ylakcha va ishtoncha kiydirish tavsiya etiladi.

Qattiq qilib yo'rgaklash diafragmaning erkin harakatiga qarshilik ko'rsatadi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asabni, mushaklarning koordinasiyasini qon aylanishini buzadi, emizishga xalaqit beradi.

Chaqaloqlarni emizish. Chaqaloqlar uchun normal ovqat — **ona sutidir.** Bola emizib boqilgandagina tamomila to'g'ri o'sadi va yetiladi. Emizib boqilayotgan bolalar o'rtasida kasallanish va o'lim sun'iy boqilayotgan bolalarga nisbatan bir necha marta kam uchraydi.

Shuning uchun meditsina xodimlari emizishning ahamiyatini ayollarga tushuntiradilar va har bir ona o'z bolasini emizishi uchun barcha chorani ko'radilar.

Bu vazifa ancha oson hal etiladi, chunki tuqqan ayollarning aksariyati (80–90%) o'z bolalarini ayniqsa dastlabki hafta va oylarda emiza oladi. Ko'krak suti bilan boqish muvaffaqiyati emizish qoidalari va texnikasiga rioya qilishga ko'p jihatdan bog'liq.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar odatda tug'ruqdan keyin ko'p o'tmay birinchi marta emiziladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda boshqa asoratlar bo'lmasa 30–60 daqiqa ichida emizilishi kerak.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar sutkada 6 marta, har 3 soatda emiziladi, kechasi 6 soat emizmay tanaffus qilinadi.

Emizishda chaqaloqqa infektsiya yuqmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilinadi.

1. Tomchilar orqali yuqadigan infektsiyalarning oldini olish uchun ona emizgan vaqtda og'iz-burniga niqob tutadi.

2. Tuqqan ayol har gal bola emizishdan oldin qo'llarini iliq suvda sovunlab yuvadi.

3. Har gal bola emizishdan oldin emchak uchlari qaynagan suvga yuviladi.

Chaqaloqni emizgan vaqtda onaning yotgan o'rniga maxsus yo'rgak solinib, bola shu yo'rgakka yotqiziladi.

Emizish texnikasining katta ahamiyati bor. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ona yonida yotgan bolasiga salgina burilib va



57-rasm. Karavotda o'tirib bola emizish.



58-rasm. Tuqqan ayolga o'rindan turib yupish ruxsat etilgandan keyin bola emizish.

uni qo'l bilan ushlab turib emizadi (57-rasm). Tuqqan ayol 2-kundan boshlab bolasini o'tirib emizadi. Keyinchalik ona stul yoki kursiga o'tirib, bir oyog'ini skameykaga qo'yadi, bolani tizzasiga olib, boshi va orqasidan bir qo'li bilan ushlab turadi (58-rasm).



59-rasm. Karavotda yotib bola emizish.

Ayol bola emizishdan oldin bir necha tomchi sutni bo'sh qo'li bilan sog'ib chiqaradi va shu tariqa, sut yo'llarining ifloslanishini bartaraf qiladi. Shundan keyin emchak uchini ishora va bosh barmoqlari bilan ushlab, qoramtir doirachasi bilan birga bolaning og'ziga solinadi. Bola emchak uchini va uning atrofidagi qoramtir doirachani og'ziga olganda to'g'ri emadi va havo yutib yubormaydi. Bola emizgan vaqtda uning burun kataklari ko'krakka tegib qolmasligiga qarab turish kerak. Burun kataklari berkilib qolsa, bolaning nafas olishiga halal beradi. Tuqqan ayol bola emizib bo'lgandan keyin emchak uchini quritadi va toza lifchik tutadi (lifchik sut bezlarini tagidan ko'tarib turadi). Emchak uchining terisi nozik bo'lsa, bola emizishdan keyin steril vazelin moyidan

surtib, bir parcha paxta yoki doka yopib qo'yish kerak. Har bir emizishda bolaning og'ziga faqat bir emchaknigina solish kerak.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda sut hali kam bo'ladi, shuningdek sut sekretsiyasi susayganligi (gipogalaktiya) qayd qilinadi, faqat o'sha kunlari ikkinchi emchakni ham solish mumkin. Har bir emizish 15–20 daqiqa davom etadi, yaxshi emadigan bola zarur miqdordagi sutning qariyb yarmini dastlabki 5 daqiqada so'rib oladi. Har bir emizishda ko'krak bezi sutdan batamom bo'shashi kerak. Sut bezlari chala bo'shaganda sut kam ishlanadigan bo'lib qolishi mumkin.

Bola emizishdan keyin ko'krakda qolgan sutni qo'lda sog'ish yoki qaynatilgan sutso'rg'ich bilan tortib olish zarur.

Emchak uchi yassi va ichiga tortilgan bo'lsa, shuningdek yorilganda rezina so'rg'ichli shisha nakladka orqali emizish tavsiya etiladi.

KO'KRAK SUTI BILAN BOQISH (SHIFOXONALARDA BOLAGA DO'STONA MUNOSABATDA BO'LIH TASHABBUSI (SHBDMT))

Ko'krak suti – chaqaloqlar va bolalar uchun yagona ozuqa turidir.

Ko'krak suti to'yimliliigi bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go'daklar kasalliklari va o'limini oldini olishning juda yaxshi usuli bo'lib ham xizmat qiladi.

Har bir tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa ko'krak suti bilan boqishni 10 ta tamoyillariga rioya qilinayotgan «Shifoxonalarni bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi» statusiga mos kelishga harakat qilishi kerak:

1. Ko'krak suti bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qo'yilgan siyosatiga ega bo'lish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari e'tiboriga muntazam yetkazib turish;

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish ko'nikmalariga o'rgatish;

3. Barcha homilador ayollarga ko'krak suti bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida ma'lumot berish;

4. Onalarga, tugʻruqdan soʻng dastlabki 2 soat ichida, koʻkrak suti bilan boqishni boshlashga yordam berish;

5. Onalarga koʻkrak suti bilan boqishni va balki bolalaridan ajratilgan boʻlsalar ham laktatsiyani saqlab turishni oʻrgatish;

6. Chaqaloqqa koʻkrak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik, tibbiy koʻrsatmalar bundan mustasno;

7. Ona va chaqaloqni birga boʻlishini amaliyotga tadbiiq qilish va ularni 24 soat davomida palatada birga boʻlishlariga ruxsat berish;

8. Talab boʻyicha koʻkrak suti bilan ovqatlantirishni ragʻbatlantirish;

9. Koʻkrak suti bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki koʻkrakni aks ettiruvchi sunʼiy vositalarni bermaslik;

10. Koʻkrak suti bilan boqishni qoʻllab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini ragʻbatlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan soʻng ushbu guruhlariga yuborish:

«Bolalarga doʻstona munosabatdagi shifoxona» sertifikati borligidan qatʼiy nazar, har bir tibbiyot muassasasi barcha 10 ta tamoyilga rioya qilishlari talab qilinadi:

- koʻkrak tutishni 4 ta asosiy momentiga rioya qilish;
- koʻkrak suti bilan boqishni vaqti va oraligʻini chegaralamaslik;
- emizishgacha va emizishdan soʻng koʻkrakni yuvmaslik;
- koʻkrak soʻrgʻichlariga ishlov berish uchun hech qanday malhamdan foydalanmaslik;
- ona va bolani asossiz bir-biridan ajratmaslik;
- soʻrgʻichli idishdan boqmaslik va havoli soʻrgʻichdan foydalanmaslik;
- koʻkrak sutini oʻrnini bosuvchi glyukoza, suv va boshqalardan foydalanmaslik;
- olgan suti miqdorini aniqlash uchun, emizishdan oldin va keyin bolani oʻlchab koʻrish shart emas. Chaqaloqda peshob ajralishini kuzatish etarli; kun davomida emishi 10 martadan koʻp boʻlishini saqlashga erishish kerak (bola yetarli sut olayotganligini eng ishonchli belgisi);

Emizishdan avval ona qoʻlini sovunlab yuvadi. Har bir emizishdan avval koʻkrakni yuvish shart emas. Agar zarur boʻlsa, emizgandan

soʻng koʻkrak toza suv bilan (sovunsiz) yuviladi, quritiladi (artmasdan) va areola sohasi sut bilan artiladi, havoda quritib berkitiladi.

Onada sut ishlab chiqarilishi bola qancha sut emishi, koʻkrakni toʻgʻri tutilishiga bogʻliq; bola qancha koʻp sut emsa, shuncha koʻp sut ishlab chiqariladi. Agar bolaga koʻkrak suti oʻrnini bosuvchi suv yoki glyukoza berilgan boʻlsa, u holda bola kam emadi va sut kam ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu holat keyinchalik onada «juda kam sut» ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu esa bolani yetarli oziqlanmasligi va laktatsiyani kamayishiga olib keladi.

CHALA TUGʻILGAN CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

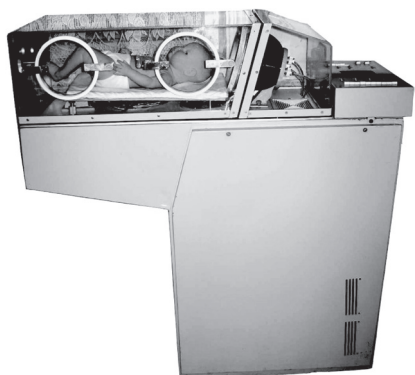
Bolaning chala tugʻilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishining maʼlumotlari, hammadan muhimi – chaqaloqni tekshirish maʼlumotlari hisobga olinadi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlar boʻshang, uyquchan boʻlib, chinqirganda ovozi past chiqadi, yuzaki nafas oladi, koʻpincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslari susayganligi qayd qilinadi. Bola anchagina chala boʻlsa, sut emish va yutish reflekslari yuzaga chiqmaydi. Chala tugʻilgan bolalarda termoregulyatsiya yaxshi rivojlangan emas, shuning uchun havo soviganda tana harorati pasayadi, isib ketganda esa koʻtariladi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarda immunitet pasaygan, shuning uchun ular yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis) ga moyilroq boʻladi.

Chala tugʻilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi parvarish bilan boqishga anchagina bogʻliq. Chala tugʻilganlar badani sovuqdan ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash (tualet) avaylab tez oʻtkaziladi, ayni vaqtda yoʻrgaklash stolchasi isitiladi (isitgich qoʻyiladi, yoʻrgagi isitiladi), isituvchi lampa ostida issiq yoʻrgak va adyolga oʻraladi. Keyinchalik yoʻrgaklash va tozalash vaqtida bola albatta issiq tutiladi.

Chala tugʻilganlarni issiq tutish uchun kuvez va isitgichlardan foydalaniladi. Kuvezlarning konstruksiyasi har xil, hozirgi davr harorati, namligi va shu kabilar avtomatik ravishda boshqariladigan



60-rasm. Yopiq turdagi kuvez.

61-rasm. Chala tug'ilgan va alohida parvarishga muhtoj bo'lgan chaqaloqlar uchun maxsus isitiladigan krovat.



kuvezlar bor. Oddiy kuvezlar qo'shdevorli vannachalarga o'xshaydi: kuvez devorlari orasidagi bo'sh kamgakkka zaruratga qarab qariyb 60° temperaturadagi suv quyiladi. Kuvez tubidagi choyshabli matrasga issiq qilib o'ralgan bola yotqiziladi. Bolaning yoniga termometr joylanadi, kuvezdagi harorat $30-32^{\circ}$ bo'lishi kerak (60-rasm).

Kuvezlar bo'lmasa, 60° gacha isitilgan suvli isitgichlardan foydalaniladi. Bolaning har tomoniga bittadan va karavotchasining oyoq tomoniga yana bitta isitgich qo'yiladi. Isitgichlarni bolaning tagidan qo'yish yaramaydi, ularni birato'la almashtirmasdan, navbat bilan almashtirish kerak.

Chala tug'ilgan bolalar qizib ketishga chidash bermaydi. Ular qizib ketganda bezovtalanadi, harorati ko'tariladi, badani qizaradi, terlab ketadi. Bunday hollarda isitgich (yoki kuvez) haroratini pasaytirish kerak. Hozirgi paytda chala tug'ilgan va alohida parvarishga muhtoj bo'lgan chaqaloqlarni maxsus isitadigan karavotlardan foydalaniladi (61-rasm).

Chala tug'ilgan bolalar infeksiyadan ehtiyot qilinadi, shu maqsadda maxsus palatalar ajratiladi. Maxsus palata ajratishning iloji

bo‘lmagan kichkina muassasalarda chala tug‘ilgan bolani chaqaloqlarning umumiy palatasiga yotqizib, oynavon devor bilan ajratib qo‘yishga to‘g‘ri keladi. Chala tug‘ilgan bolalarni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi.

Chala tug‘ilgan bolani ayolning ko‘krak suti bilan, yaxshisi onasining suti bilan boqish nihoyatda muhimdir. Chala tug‘ilgan bolalarni boqish usuli ularning nechog‘li chalaligiga, umumiy ahvoriga, sut so‘rish va yutish qobiliyatiga bog‘liq. Chala tug‘ilgan bolani tug‘ruqdan 2 soat keyin birinchi marta emizgan ma‘qul. Ularni bir sutkada necha marta emish kerakligi bolaning xususiyatlariga bog‘liq. A. F. Tur vazni 2000–2500 g keladigan bolalarni sutkasiga 7–8 marta, 1500–2000 g vaznli bolalarni 8–10 marta, 1000–1500 g vaznli bolalarni 10–14 marta emizishni tavsiya etadi.



62-rasm. Chaqaloqqa sut ichirish uchun qoshiqcha.



63-rasm. Sutni zond orqali yuborish.

Chala tug‘ilgan bola tuzukkina emsa, umuman qabul qilingan qoidalar asosida emizaverish kerak. Bola sutni yaxshi so‘rmasa, tez charchab qolsa, bir gal emizgandan keyin ikkinchi gal sutni shishadan rezina so‘rg‘ich orqali ichirish mumkin. Dastlab sutkasiga 1–2 marta emchak solinadi; bola o‘zini tutib olgach, bot-bot emiziladi, bora-bora u so‘rg‘ichdan butunlay voz kechadi emchak olmasa yoki so‘rg‘ich orqali so‘rolmasa, sutni sog‘ib, iliq holda oz-oz qoshiqda ichiriladi. Kichkina choy qoshiqdan foydalanishadi; uchi cho‘ziq qoshiqcha hammadan qulay (62-rasm). Bolaga sut berishdan oldin va keyin kisloroddan nafas oldiriladi. Nimjon bolalarga sutni pipetkada ichirish

mumkin. Pipetkadagi sut bolaning yuqori labiga burun kataklari yaqini-dan tomiziladi. Sut burun-halqum orqali oqib tushib, qizilo'ngachga o'tadi.

Sut so'rish va yutishga ojiz bo'lgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi. Buning uchun 13–15-sonli yumshoq kateterdan foydalaniladi, kateter shisha naycha orqali voronkaga ulanadi. Zond bolaning qizilo'ngachiga og'zidan avaylab kiritiladi. Zond kiritishdan oldin uchiga steril vazelin moyi surtiladi. Bolaning me'dasiga havo kirib qolmasligi uchun sut zondan uzluksiz kirib turishi kerak (63-rasm).

Chala tug'ilgan bolaning tana haroratiga, vazniga, terisiga, sezgi a'zolariga, ichining yurishib turishiga, umumiy ahvoliga va xulq-atvoriga e'tibor bilan qarab turiladi. Chala tug'ilgan bolalar tug'ruq kompleksida kamida ikki hafta parvarish qilinadi, anchagina chala bo'lsa, tug'ruq kompleksida uzoqroq saqlanadi.

Onasi uyiga jo'natilayotganda chala bolani parvarish qilish va boqish to'g'risida mukammal yo'l-yo'riqlar beriladi, chala tug'ilgan bolaning uyiga jo'natilayotganligi bolalar poliklinikasiga oldindan ma'lum qilinadi.

Nazorat savollari:

1. Yetilgan chaqaloq belgilari?
2. Yangi tug'ilgan sog'lom bolalarni parvarishlash?
3. Chala tug'ilgan chaqaloq belgilari?
4. Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash?
5. Silga qarshi emlash texnikasi?

Tayanch so'z va iboralar:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. Chaqaloqlik davri. | 6. Ikkilamchi ishlov berish. |
| 2. Yetilgan chaqaloq. | 7. Ko'krak suti. |
| 3. Chala tug'ilgan chaqaloq. | 8. Kuvez. |
| 4. Teri – teri issiqlik zanjiri. | 9. Zond bilan emizish. |
| 5. Birlamchi ishlov berish. | 10. Apgar shkalasi. |

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *Ya.N. Allayorov*. Reproduktiv salomatlik va kontratseptiv texnologiya.– T.: «Istiqlol» nashriyoti, 2005.
2. *Я.Н. Аллаёров, М.И. Расулова, Д.У. Юсупова*. Патологик акушерлик.– Самарканд, 2007.
3. *Ya.N. Allayorov*. Akusherlik.–T.: «O‘zbekiston Milliy entsiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti, 2008.
4. *Ya.N. Allayorov, N. I. Zokirova, A. T. Safarov, F. Q. Asqarova*. Akusherlikda shoshilinch yordam.– Samarqand, 2009.
5. *Р.У. Арзиқулов*. Репродуктив саломатлик асослари. – Т.: «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, 2010.
6. *Ю.А. Гуркин, В.И. Грицюк*. Гинекология. Справочник семейного врача. Москва–Санкт-Петербург, 2005.
7. *В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда*. Акушерство.–Минск: «Вышэйшая школа», 2004.
8. *М.Ф. Ziyayeva, G.X. Mavlyanova*. Ginekologiya. – Т.: «O‘qituvchi» nashriyot matbaa ijodiy uyi, 2007.
9. *Н.Е. Кретова, Л.М. Смирнова*. Акушерлик ва гинекология. – Т.: «Ибн Сино» номидаги нашриёт, 1991.
10. *И.К. Славянова*. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум. – Ростов на-Дону: «Феникс», 2004.
11. *Т.Ю. Умарова, И.А. Қайумова, М.Қ. Ибрагимова*. Ҳамширалик иши. – Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 2003.
12. *А.М. Шамсиев, Л.Р. Агабабян, Я.Н. Аллаёров*. Репродуктив саломатлик ва соғлом авлодни шакллантириш. Соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини мутахассислари учун услубий қўлланма. – Т., 2010.
13. Приказ МЗ РУз № 500 от 13 ноября 2003 года «О реорганизации работы родельных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций».
14. «Руководство по реанимации новорождённых детей» утверждённый приложением №2 Приказом МЗ Р.Уз. за №176 от 22 апреля 2005 года.
15. Раздаточный материал 5-го семинара. Проекта усовершенствования Медсестринского образования в Республике Узбекистан. «Сестринский уход в материнстве». С 20 по 22 августа 2007 г. Ташкент – 2007 г.

MUNDARIJA

Kirish.....	3
I bob. Onalik haqida tushuncha	4
Onalikda hamshiralik parvarishining obyektlari	5
Onalikning jismoniy xususiyatlari.....	9
Oila faoliyati va oila rivojlanishi masalalari.....	11
II bob. Onalikda hamshiralik parvarishining o‘rni va ahamiyati.....	12
Onalikda hamshiralik parvarishining maqsadi	15
Onalikdagi sikl.....	15
III bob. Onalik va bolalikni himoya qilish tuzilmasida (strukturasida)	
parvarish faoliyati.....	17
Sog‘liqni saqlash tizimining birlamchi bo‘g‘ini	21
Ayol hayotining turli davrlarida akusherlik yordami ko‘rsatish	23
Homilador ayollarda dispanser kuzatuvini olib borish.....	24
Fertil yoshidagi ayollarning reproduktiv salomatligini himoya qilish va abortning oldini olish	24
Onalikda hamshiralik parvarishining faoliyati	26
Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning roli	26
Sog‘liqni targ‘ibot qilish konseptsiyasi	27
Reproduktiv salomatlik konseptsiyasi	29
Reproduktiv salomatlik va huquq tushunchasi	30
Ayol reproduktiv salomatligi va huquq masalalari	30
IV bob. Hozirda va kelajakda onalikda hamshiralik parvarishining	
takomillashuvi.....	32
Sog‘liqni saqlash statistikasi haqida tushuncha.....	32
Onalik va bolalikni muhofaza qilish statistikasining tendentsiyasi va vazifalari	32
Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimi islohotlari	34
Onalik va bolalikni muhofaza qilishning rivojlanish istiqbollari	38
Onalikda hamshiralik parvarishida bioetik qarorlar modeli	41
Onalikda hamshiralik parvarishida qo‘llaniladigan nazariyalar	41
V bob. Ayol jinsiy a‘zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi.....	45
Tashqi jinsiy a‘zolar (genitalia externa)	45
Ichki jinsiy a‘zolar (genitalia enterna).....	47
Sut bezlari	52

VI bob. Erkak jinsiy a'zolari anatomiyasi va erkaklarning jinsiy faoliyati	54
Tanosil (jinsiy) organlar	54
Erkaklarning tanosil organlari	54
Tashqi tanosil organlari	57
VII bob. Jins (inson jinsi)	61
Gendering kelib chiqishi	61
Gender va jins	62
Ilk maktab davrining seksual xususiyatlari	66
Jinsiy munosabatlarga tegishli bo'lgan huquqiy deklaratsiyalar	68
VIII bob. Jinsiy yetilish davrida hamshiralik parvarishi	70
IX bob. Hayz vaqtida o'z-o'zini parvarishlash	74
Hayz davriyligining mohiyati	74
Jinsiy yetilish davrida hayzni anglash, ayollik va onalik	75
Hayz tahlili	75
Hayz og'riqlarida hamshiralik parvarishi	76
Hayzga oid axborotni yetkazish va o'z-o'zini parvarish qilish	77
X BOB. Jinsiy yetilish davrida ko'p uchraydigan muammolar	78
Jinsiy yetilish davrida kamqonlik	80
XI bob. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va jinsiy yetilish davrida istalmagan homiladorlikning oldini olish	84
Jyoyuk ning epidemiologiyasi	85
Jyoyukni aniqlash (diagnostikasi)ning muhim jihatlari	86
XII bob. Jinsiy yetilish davrida salomatlikka oid wellnes hamshiralik tashxisi	91
Onalikda hamshiralik ishi sohasida wellness nuqtai nazari	93
Wellness bo'yicha hamshiralik parvarishning xususiyatlari	93
Wellness bo'yicha hamshiralik tashxisining ahamiyati	93
Salomatlik va muammoga yo'naltirilgan model	94
Onalikda hamshiralik parvarishida wellness bo'yicha hamshiralik tashxisini qo'llanishi	95
Jinsiy yetilish davrida wellness bo'yicha hamshiralik tashxisi	96
XIII bob. Jinsiy yetuklik (reproduktiv, fertil) davrda hamshiralik parvarishi	103
Nikoh yoshining tibbiy, biologik xususiyatlari	106

XIV bob. Jinsiy yetuklik davrida sogʻlom oilani shakllantirish va kontratsepsiya	109
Sogʻlom oilani shakllantirish	109
Zamonaviy kontratsepsiya usullari	114
XV bob. Ekstragenital kasalliklari boʻlgan ayollarni va ishlayotgan ayollarning salomatligini nazorat qilish	121
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari	121
Ishlayotgan ayollarning sogʻligini nazorat qilish	132
XVI bob. Klimakterik davrda hamshiralik parvarishi	134
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy ruhiy muammolarning rivojlanishi	134
Erkaklar klimaksi	137
Erkaklar klimaksini davolash	138
XVII bob. Klimakterik sindromda hamshiralik parvarishi	139
Klimakterik sindromning klinik belgilari	139
XVIII bob. Qarilik davrida hamshiralik parvarishi	143
Gerontologiya va geriatriya fani haqida tushuncha	143
Geriatrik yordamni tashkil qilish	151
XIX bob. Ginekologik kasalligi boʻlgan mijozlarga koʻrsatiladigan hamshiralik parvarishining oʻziga xos xususiyatlari	153
Ayol jinsiy aʼzolari kasalliklarining hozirdagi holati	153
Ginekologik bemorlarga tashqi omillarning taʼsiri	154
Jinsiy aʼzolar kasalliklarida mijozlarning xususiyatlari	156
Hamshiralik parvarishining oʻrni va maqsadi	156
XX bob. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari	159
Ginekologik bemorlarni subyektiv tekshirish usullari	159
Akusherlik-ginekologik anamnez	161
Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullari	162
Tashqi jinsiy aʼzolari koʻzdan kechirish	162
Koʻzgular yordamida tekshirish	163
Qin orqali tekshirish (ichki)	163
Ginekologiyada qoʻshimcha tekshirish usullari	164
XXI bob. Hayz faoliyatining buzilishi va predmenstrual sindrom	170
Hayz sikli buzilishining tasnifi	170
Amenoreya	171
Anovulyator, yuvenil qon ketishlar	173

Anovulyator qon ketish	173
Algodismenoreya.....	175
Hayz vaqtidagi gigiyena va hamshira parvarishi.....	176
XXII bob. ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari	177
Tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi	177
Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanishi.....	178
Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini davolash.....	181
Qiz bolalarda ko'proq uchraydigan ginekologik kasalliklar	181
XXIII bob. Ayollar jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari.....	183
XXIV bob. Ayollar jinsiy a'zolarining o'sma kasalliklari	191
Xavfli va xavfsiz o'smalar haqida tushuncha	191
Bachadonning xavfsiz o'smalari	192
Ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari.....	197
Jinsiy a'zolarida o'tkaziladigan operatsiyalardan oldin va keyingi davrda hamshiralik parvarishi.....	200
Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi	202
XXV bob. Ayollar jinsiy a'zolarining taraqqiyot nuqsonlari (anomaliyalari).....	205
Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar.....	205
XXVI bob. Bepushtlik. bepusht ayol salomatligi muammolari	209
Bepushtlikning oldini olish choralari	210
Bepushtlikning ruhiy jihatlari (aspektlari).....	211
XXVII bob. Bachadondan tashqaridagi homiladorlik (Graviditas extrauterina).....	212
XXVIII bob. Homiladorlik davrida hamshiralik parvarishi	216
Homiladorlik fiziologiyasi.....	216
Urug'langan tuxum hujayraning bo'linishi va bachadonga siljib borishi	218
Urug'langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishi – implantaTsiya.....	218
Platsenta (placenta).....	221
Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila.....	225
Homilaning yetilganlik belgilari.....	229
Yetilgan homilaning boshi.....	230
Homilador ayollar organizmidagi fiziologik o'zgarishlar	231
Qorindagi homilaning tirik yoki o'lik ekanini aniqlash	238

Homiladorligi patologik kechayotgan ayollarda hamshiralik parvarishi	239
Homiladorlarning qusishini va tiyilmaydigan qusishini davolash va parvarishlash	243
Homiladorlar gipertenziyasi	245
Tutqanoq tutishida va komada birinchi yordam ko'rsatish	249
Gestozlarda homiladorlarni tug'dirish.....	250
Ayollarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish.....	250
Gestozlar profilaktikasi.....	250
Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitatsiya).....	251
Abort (bola tashlash)	251
Oy-kuni yetmasdan tug'ish (chala tug'ish), partus praematurus	252
XXIX bob. Tug'ruq jarayonida hamshiralik parvarishi	256
Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usuli.....	272
Tug'ruq kuchlari anomaliyalari	274
Chanoq anomaliyalari (tor chanoqlar).....	276
Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi.....	280
Homila pardalarining o'z vaqtida yirtilmasligi	282
Platsentaning oldinda yotishi.....	284
Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi. (<i>Separatio placentae normaliter insertae praematura</i>)	285
Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi.....	286
Ilk chilla davrida (tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda) qon ketishi ..	287
Gipotonik va atonik qon ketishiga qarshi kurash choralarlari	288
XXX bob. Chilla davrida hamshiralik parvarishi	294
Tuqqan ayol organizmidagi o'zgarishlar	294
Chilla davrini boshqarishda hamshiralik parvarishi	298
Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda gimnastika	304
Kun tartibi.....	305
Chilla davri septik kasalliklari.....	306
XXXI bob. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hamshiralik parvarishi	314
Ko'krak suti bilan boqish (Shifoxonalarda bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi (ShBDMT)).....	324
Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish.....	326
Foydalanilgan adabiyotlar	330

Ya.N. ALLAYOROV, D.Q. TOSHEVA, D.O'. YUSUPOVA

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISH

Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma

Ikkinchi nashri
«Vneshinvestprom» MCHJ
Toshkent – 2013

Muharrir *M. Akramova*
Badiiy muharrir *Sh. Xodjaye*
Texnik muharrir *D. Boboxonova*
Musahhih *D. Sagatova, F. Abdurasulova*
Kompyuterda sahifalovchi *S. Akramov*

«Voriz-nashriyot», Toshkent sh., A. Navoiy ko'chasi, 30.
Nashriyot litsenziyasi AI № 195 28.08.2011.

Original-maket «Voriz-nashriyot» nashriyotida tayorlandi va bosishga
ruxsat etildi 2013. Bichimi $60 \times 84 \frac{1}{16}$. Ofset bosma usulida bosildi.
Bosma t. 21,0. nusxada bosildi. Buyurtma №

«Vneshinvestprom» MChJ, 100020
Toshkent, Langar ko'chasi, 78.