

YA.N. ALLAYOROV,
F.Q. ASQAROVA

GINEKOLOGIYA VA REPRODUKTIV SALOMATLIK



618.1
A 59D

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN
VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI

YA.N. ALLAYOROV, F.Q. ASQAROVA

GINEKOLOGIYA VA REPRODUKTIV SALOMATLIK

Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi
texnikumlari 5.71.01.01 – Feldsher-akusherlik
ishi mutaxassisligi o'quvchilari uchun darslik



TOSHKENT – 2023

UO'K: 57.1ya723
KBK: 618(075,32)
A 59

A 59 Ya.N. Allayorov, F.Q. Asqarova. Ginekologiya va reproduktiv salomatlik. (Darslik). – T.: «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi», 2023, 352 bet.

ISBN 978-9910-735-67-7

Darslikda mavzularni yoritishda ginekologik bemorlarni tekshirish va davolash usullari, ularni parvarishlash, reproduktiv salomatlik haqida tushuncha va istalmagan homiladorlikdan saqlanishning zamonaviy usullariga alohida urg'u berilgan.

Shuningdek, ginekologiyada amaliy ko'nikma va muolajalar algoritmi o'quvchilar uchun tushunarli tarzda bayon etilgan.

UO'K: 57.1ya723
KBK: 618(075,32)

Taqrizchilar:

Negmadjanov Bahodur Boltayevich – Samarqand davlat tibbiyot universiteti
2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., professor,

Xolmanov Vaxob Usmonovich – Samarqand Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi direktorining o'quv va tarbiyaviy ishlar bo'yicha o'rinbosari.

*O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligining
2023-yil 17-iyuldagi 314-sonli buyrug'iga asosan nashr qilindi.*

ISBN 978-9910-735-67-7

© "Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi", 2023.

SO'ZBOSHI

O'zbekiston Respublikasida keyingi-yillarda aholining sog'lig'ini saqlash, ularga malakali va sifatli tibbiy xizmat ko'rsatish borasida Muhtaram Prezidentimiz tomonidan keng ko'lamli ishlar amalga oshirilmoqda. Ayniqsa aholining reproduktiv salomatligini saqlashga qaratilgan qonun, farmon va qarorlarning qabul qilinishi va hayotga tatbiq etilishi mamlakatimizda sog'lom avlod tug'ilishi va barkamol avlodlar bo'lib yetishishiga katta zamin yaratmoqda. "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi O'zbekiston Respublikasining qonuni tasdiqlangandan buyon (2019-yil 11-mart, 528-son) Prezidentning 2019-yil 8-noyabrdagi "Reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga ko'satiladigan tibbiy yordam sifatini oshirish va ko'lamini yanada kengaytirish to'g'risida"gi PQ-4513-sonli Qarori e'lon qilinib, qaror asosida reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalar uchun yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish, perinatal markazlarini zarur tibbiy texnika va buyumlar bilan ta'minlash vazifasi belgilandi.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, yangi tashkil etilgan Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumlari o'quvchilari uchun zamon talablariga mos o'quv rejalari va dasturlari ishlab chiqilib, sog'liqni saqlash tizimi birlamchi bo'g'ini ko'p tarmoqli poliklinikalar, oilaviy poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlari va chekka va mahalla va qishloqlarda tashkil etilgan tibbiyot punktlarida faoliyat ko'rsatuvchi feldsher-akusherlar tayyorlash sifatini yaxshilash, ularga chuqur malakali bilim berish maqsadida tibbiyot kollejarida o'qitiladigan fanlar dasturlari qayta ko'rib chiqildi, takomillashtirildi, zamonaviy diagnostika, davolash va profilaktika usullari kiritildi, yangi o'quv adabiyotlar yaratilishiga talablar kuchaytirildi. Jumladan 50910201 – feldsher-akusherlik ishi mutaxassisligi uchun oldinlar amalda bo'lgan ginekologiya fani endilikda ginekologiya va reproduktiv salomatlik nomi bilan aholining reproduktiv salomatligini saqlashga katta e'tibor qaratilib, bo'lajak feldsher-akusherlar reproduktiv salomatlik bo'yicha to'liq va mukammal bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlari nazarda tutilgan.

Haqiqatda birlamchi bo'g'inda ishlaydigan o'rta tibbiyot xodmilari reproduktiv tizimida muammosi bor ayollar bilan birinchi duch keladi va ularning bemorlarga mutaxassislarni to'g'ri tanlab yo'llanma berishlari ko'pgina kasalliklarning oldini olish va o'z vaqtida davolash choralari belgilashga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shu nuqtayi nazardan ginekologiya va reproduktiv salomatlik fani bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2021-yil 23-noyabrdagi 500-son buyrug'i bilan tasdiqlangan namunaviy dastur asosida reproduktiv salomatlik va kontraseptiv texnologiyalar keng yoritilgan o'quv darsligi yaratilishiga ehtiyoj tug'ildi.

Darslik 3 qismdan iborat bo'lib, 1-qismda ginekologiya haqida tushuncha, ginekologik bemorlarni tekshirish usullari, hayz ko'rish faoliyati va uning buzilishi, jinsiy a'zolarining yallig'lanishi, yuqumli va o'sma kasalliklari, ginekologiyada o'tkir qorin sindromi, bepushtlik, klimakterik davr va klimakterik sindromlar to'g'risida tizimli ma'lumotlar keltirilgan. 2-qismi reproduktiv salomatlik deb nomlanib, unda reproduktiv salomatlik haqida tushuncha, kontrasepsiyaning zamonaviy, ya'ni istalmagan homiladorlikdan saqlanishning turli usullari haqida keng ma'lumotlar berilgan. Darslikning 3-qismi ginekologiyada amaliy ko'nikma va muolajalar deb nomlanib, o'quvchilar ushbu fandan tegishli muolajalarni bajarish algoritmlari haqida tushunchaga ega bo'lishadi.

O'quv adabiyotini yaratishda jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan protokollardan foydalanib, QVP, QOP, OP va TPlarda faoliyat olib boruvchi feldsher-akusherlar egallashi lozim bo'lgan nazariy bilim va amaliy ko'nikmalar matnini o'zlashtirib, malakali mutaxassislar bo'lib yetishishiga yaqindan yordam beradi.

I QISM. GINEKOLOGIYA

I BOB. GINEKOLOGIYA FANIGA KIRISH VA UNING RIVOJLANISH TARIXI. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLAR SALOMATLIGINI MUHOFAZA QILISH. GINEKOLOGIYADA ETIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

Ginekologiya grekcha soʻzdan olingan boʻlib, gynaecos – ayol, logos – taʼlimot maʼnosini anglatadi. Ginekologiya ayollar jinsiy aʼzolarining fiziologiyasi va patologiyasini oʻrganuvchi fandır.

Quldorlik tizimi davrida dastlab cherkovlarda tibbiy yordam koʻrsatish va tabiblik kasbi bilan shugʻullanuvchi kishilar paydo boʻla boshladi.

Qadimiy Yunonistonning (Gretsiya) mashhur vrachi Gippokrat (eramizdan oldingi 460-370-yillar)ni “Meditininaning otasi” nomi bilan atashlari bejiz emas. Chunki uning onasi Fanareta taniqli doya boʻlib, Gippokrat dastlabki tibbiyotga oid ilmlarni onasidan oʻrgangan va uni umr boʻyi rivojlantirib, dunyoga mashhur vrach boʻlib yetishdi.

Gippokrat tibbiyotga oid bir necha kitoblarni yozib qoldirgan. Ulardan eng muhimi Gippokrat toʻplamlari boʻlib, unda “Ayollar tabiati”, “Xotin-qizlar kasalliklari haqida”, “Bepushtlik haqida”gi risolalaridir.

Ginekologiya haqida Qadimgi misrlik tabiblarning fikrlari bir-muncha ilmiy asoslangan boʻlib, ular oʻliklarda odam anatomiyasini oʻrganish tufayli tegishli xulosaga kelishgan.

Ulardan keyingi davrlarda Qadimgi Rim va Yunoniston vrachlari ginekologiyaning rivojlanishiga munosib hissa qoʻshib, ayollar jinsiy aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklarini hamda bepushtlikni turli xil usullar bilan davolashgan.

O'rta asrning buyuk allomasi, sharq mutafakkiri, hamyurtimiz tabobat ilmining sultoni Abu Ali ibn Sino 980-yilda Buxoro shahri yaqinidagi Afshona qishlog'ida tavallud topgan.

U 5 yoshida Buxoradagi madrasaga (otasi Abdulloh ibn Hasan shu-yillari Buxoro shahriga ko'chib kelgan) o'qishga boradi. Ibn Sino tug'ma iste'dod egasi va o'ta mehnatsevar edi. Shu sababli barcha fanlarni tez va oson o'zlashtirib oladi.

"Tib ilmi, – deb yozadi Ibn Sino o'z tarjimai holida: qiyin ilmlardan emas, shu sababli qisqa muddat ichida bu fanda juda ilgarilab ketdim, endi hatto bilimdon tabiblar ham kelib huzurimda tib ilmidan dars oladigan bo'ldilar. Bemorlarni ham ko'rib turadigan bo'ldim va shu yo'sinda orttirgan tajribalarim natijasida muolaja eshiklari menga shu qadar keng ochilib ketdiki, uni ta'riflab berish qiyin".

Abu Ali ibn Sino tib ilmi sohasida juda katta yutuqlarga erishdi, uning bu muvaffaqiyatlari tez orada butun Buxoro, Xorazm davlatlariga keng tarqaldi. U dastlab Buxoro amiri huzurida, keyinchalik Xorazimshoh huzurida "Ma'mun" akademiyasida, umrining keyingi-yillarida Eronda – Jurjon, Ray shaharlarida yashab, ijod etadi va Hamadon shahrida 1037-yilda 57 yoshida vafot etadi.



Abu Ali ibn Sino

Ibn Sino 450dan ortiq asarlar yozib qoldirgan bo'lib, ulardan 242 tasi bizgacha yetib kelgan. Shundan 43 tasi tibbiyotga oid asarlardir. Uning "Tib qonunlari" kitobi shoh asardir. Tib qonunlari 5 ta kitobni o'z ichiga oladi. Uchinchi kitobda inson tanasining boshidan tovonigacha bo'lgan a'zolarida yuz beradigan "xususiy" yoki "mahalliy" kasalliklar haqida ma'lumot beradi. Shu jumladan asarning 89 beti xotin-qizlar kasalliklariga bag'ishlangan. Abu Ali ibn Sino ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarini mukammal ta'riflab yozgan.

Oiladagi bepushtlikning sabablari xususida to'xtalib, farzand ko'rmaslik ayollar bilan teng barobar erkaklar reproduktiv a'zolari kasalliklari oqibati ekanligi, ginekologiya amaliyotda

ko'p uchraydigan hayz ko'rish sikli buzilishining bir turi bo'lgan disfunktsional qon ketishlar haqida batafsil ma'lumotlar keltirgan.

Abu Ali ibn Sinoning keng qamrovli qomusiy olim ekanligi haqida ma'lumotlarni uning "Tib qonunlari", "Urjuza", "Yurak dorilari", "Tomir urishi haqida risola", "Qon olinadigan tomirlar haqida", "Safarda bo'ladiganlarning ta'biri haqida risola", "Shahvoniy quvvat haqida risola", "Sachratqi haqida risola" va "Tarjimayi holi"ni o'qib, bilib olish mumkin.

Qadimgi Rossiyada ginekologik yordamni oiladagi yoshi katta ayollar ko'rsatishgan. XII asrlarga kelib, akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatuvchi vrachlar yetishib chiqishdi. Aksariyati erkaklar, qisman ayollar ham bo'lishgan. Ulardan mashhuri Yevpraksiya Zoya bo'lgan.

Kapitalistik tizim davrida ginekologiya fani juda katta taraqqiyot sari yuz tutdi. Bu davrda (XVI asrlarda) A.Vezaliy, Fallopiy, Yevstaxiy, Botallo kabi olimlarning anatomik tadqiqotlari muhim ahamiyat kasb etdi. Bu tadqiqotlarning esa ginekologiya ilmining rivojiga ham katta hissa qo'shdi.



N.N.Fenomenov

XIX-XX asrda Rossiyada akusherlik va ginekologiya fanining rivoji A.Ya. Krassovskiy (1821–1898-yillar), I.P.Lazarevich (1829–1902-yillar), N.N.Fenomenov (1855–1918-yillar), V.S.Gruzdev (1866–1938-yillar) nomlari bilan bog'liq I.P.Lazarevich xotin-qizlar kasalliklari bo'yicha kuchli mutaxassis hisoblangan.



A.Ya.Krassovskiy



V.F.Snegirev

V.S.Gruzdev Kazan universitetining professori, xotin-qizlar jinsiy a'zolarining morfologiyasi va fiziologiyasi xususida katta ilmiy va amaliy ishlarni rivojlantirgan.

Rossiyada akusherlik va ginekologiya fanining rivojlanishiga ulkan hissa qo'shgan olimlardan V.F.Snegerev (1847–1916-yillar). U Rossiyada ginekologiyaning asoschisi hisoblanadi. Uning ginekologik bemorlarni tekshirish va davolashda yangi usullarni amaliyotga joriy etishi, xavfli o'smalarni barvaqt aniqlash, kasallikning dastlabki oylaridagi diagnostikasi borasidagi xizmatlari olamshumul ahamiyatga ega.

Yirik akusher-ginekolog, Peterburgdagi akusherlik institutining asoschisi D.O.Ott (1855–1929-yillar) ko'pgina ginekologik operatsiyalar texnikasini joriy qilgan.

O'ZBEKISTONDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA XIZMATINING RIVOJLANISHI

O'rta asrlarda Buxoro, Samarqand va Toshkent shaharlarida taniqli olimlar Abu Ali ibn Sino, Najibuddin Samarqandiy va boshqalar kichik kasalxonalar tashkil etib, barcha kasalliklarni, jumladan ginekologik bemorlarni ham davolashgan.

Chor Rossiyasi davrida Toshkent, Farg'ona shaharlarida, Samarqand viloyatining Bulung'ur, Chelak, Payshanba qo'rg'onlarida kichik lazaretlar tashkil etilgan bo'lib, unda gubernatorlar oila va qarindoshlariga tibbiy xizmat ko'rsatish bilan birga ginekologik yordam ham ko'rsatilgan.

O'zbekistonda dastlab ilmiy asoslangan ginekologik yordami 1921-yilda O'rta Osiyo davlat universiteti meditsina fakultetida akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishi bilan ko'rsatila boshlagan. Ushbu kafedrada K.T.Xrushev, A.M.Novikov, F.N.Tavildarov, R.A.Chertok, S.G.Xaskin, A.A.Kogan (1972-yilgacha) kabi yirik akusher-ginekolog olimlar o'z faoliyati davrida kafedraga rahbarlik qilish bilan birga Respublikamizda akusherlik va ginekologiya xizmatining rivojlanishiga munosib hissa qo'shganlar. Bu kafedraga 1972-yildan boshlab, X.S.Umarova rahbarlik qilgan.

1927-yil 8-martda onalar va bolalarni muhofaza qilish ilmiy tekshirish instituti (hozirgi pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi) tashkil etildi. Bu institut xodimlari ona va bolalar sog'lig'ini saqlash borasida ilmiy va amaliy ishlar olib borib, ular

o'rtasida kasalliklarning sifat ko'rsatkichlarini yaxshilash va o'limni kamaytirishda barakali mehnat qilishgan.

1931-yilda universitetning meditsina fakulteti mustaqil institut shaklida ajralib chiqib, 1940-yilda ikkinchi akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Bu kafedrada G.L.Vaynshteyn (1940–1961), Ye.I.Glikina (1961–1967) rahbarlik qilgan. 1967-yildan professor A.A.Qodirova rahbarlik qilgan.

A.A.Qodirovaning tashkilotchilik mahorati Toshkent tibbiyot institutida 2-akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishida, 1972–1975-yillarda Sog'liqni saqlash vazirligida bosh akusher ginekolog, 1975–1982-yillar davomida Respublika akusher-ginekologlari ilmiy jamiyatining raisi vazifalarida ishlagan davrlarida namoyon bo'ldi. 1992-yilda "O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi" faxriy unvoni bilan taqdirlangan. Hukumatimizning bir necha orden

va medallari bilan mukofotlangan. 102 ta ilmiy maqola, 5 ta o'quv qo'llanma, 1 ta darslik va turli o'quv-uslubiy qo'llanmalar muallifidir.

1934-yilda Samarqand tibbiyot institutida akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etilib, unga A.V.Polyakov (1942-yilgacha), Ye.S.Akopyan (1949-yilgacha), G.I.Ioffe-Golubchik (1959-yilgacha), 1959-yildan 2000-yilgacha akademik I.Z.Zokirov, 2000-yildan 2017-yilga qadar professor N. I. Zokirova, hozirgi kunda tibbiyot fanlari doktori, dotsent D.R. Xudoyorova rahbarlik qilmoqda.



I.Z.Zokirov

I.Z. Zokirov 1928-yilda Samarqand shahrida tug'ilgan. Institutni 1948-yilda tamomlab, Ye.S.Akopyan rahbarlik qilayotgan akusherlik va ginekologiya kafedrasiga ishga qabul qilingan, tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi, O'zbekiston fanlar akademiyasining haqiqiy a'zosi.



A.A.Qodirova

I.Z. Zokirov sobiq Ittifoq akusher-ginekologlar ilmiy jamiyati raisining o'rinbosari, O'zbekiston Respublikasida ushbu jamiyat raisi sifatida O'zbekiston akusher-ginekologlar maktabining ilmiy izlanishlari natijalarini butun dunyoga tanitish borasida samarali mehnat qilgan olimdir.

URuminiya, Vengriya, Yaponiya, Meksika, AQSH, Polsha, Singapur, Germaniya, Turkiya, Avstriya, Fransiya, Italiya mamlakatlarida bo'lib o'tgan halqaro akusher-ginekologlar kongresslarida o'zbekistonlik olim sifatida ilmiy ma'ruzalar bilan qatnashgan.

1974-yilda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining tashkilotchisi bo'lgan.

1972-yilda pediatriya fakulteti akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etilib, unga professorlar A.A. Qodirova, M.X. Hamidovlar rahbarlik qilgan, hozirgi kunda professor B.B. Negmadjanov boshqarib kelmoqda.

1950-yilda Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi, unga professor N.T. Raevskaya boshchilik qildi.

1960-yildan boshlab shu institutda II, 1984-yildan III akusherlik ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedrada professor-o'qituvchilar, aspirantlar va ilmiy tadqiqotchilar tomonidan akusherlik patologiyalarining dolzarb muammolari o'rganila boshlandi, fanning va akusherlik xizmatining rivojlanishiga o'z hissalarini qo'shdilar.

1955-yilda Andijon tibbiyot institutida ham akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedraga S.A. Odinsova, F.N. Gubaydullina, G. Muhiddinova rahbarlik qilishgan.

1974-yilda Sog'liqni saqlash vazirligi akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining (hozirgi Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi RIAGIATM) tashkil etilishi O'zbekistonda akusherlik va ginekologiya xizmatining yanada rivojlanishida alohida ahamiyat kasb etadi.

RIAGIATM O'zbekiston Respublikasida aholiga davolash profilaktika muassasalarining barcha bosqichlarida ixtisoslashtirilgan

akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatish, shuningdek, diagnostika, davolash, profilaktika hamda reabilitatsiya sohasida ilg'or innovatsion texnologiyalarni ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq etish bo'yicha ilmiy tekshirish va uslubiy markaz hisoblanadi.

Markaz bugungi kunda respublikadagi yirik ilmiy-amaliy kompleks bo'lib uning Qarshi, Jizzax, Namangan va Nukus shaharlarida filiallari mavjud.

Institutga R.X. Xodjaeva, D.A. Asadov, D.D. Qurbonov, S.N. Sultanov, D.Q. Najmiddinova mahorat bilan rahbarlik qildilar. Hozirgi kunda professor N.S. Nodirjanova rahbarlik qilmoqda.

Akusherlik va ginekologiya fanining taraqqiyotiga o'zining ilmiy va tashkilotchilik ishlari bilan hissa qo'shgan olimlardan professor M.Sh. Sodiqovadir. Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti inson reproduksiyasi bo'limining boshlig'i sifatida, bo'limda JSST Markazi bilan hamkorlikda inson reproduksiyasi masalasi bo'yicha ilmiy tadqiqotlarni o'tkazishda faol qatnashib keldi.

Vrachlar malakasini oshirish instituti II akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, professor D.F. Karimovaning O'zbekistonda akusherlik va ginekologiya faning rivojlanishidagi xizmatlari beqiyosdir.

Ayupova F.M (1957–2021) O'zbekiston Respublikasida aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash sohasining yetuk mutaxassislaridan va asoschilaridan biri. Ko'p tug'uvchi ayollarda oral kontraseptiv vositalar yordamida tug'ishni tartibga solish mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini, O'zbekistonda qizlarning reproduktiv salomatligi mavzusida doktorlik dissertatsiyasini himoya qilib, o'zining ilmiy tadqiqotlarini amaliyotga keng joriy qilgan akusher-ginekolog olim Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son akusherlik-ginekologiya kafedrasining mudiri, t.f.d. professor. Asosan ayollar reproduktiv salomatligining tibbiy va ijtimoiy jihatlariga qaratilgan ilmiy tadqiqotlar olib borib, bu borada ko'plab reproduktiv salomatlik sohasi uchun yetuk mutaxassislar-



Ayupova F.M

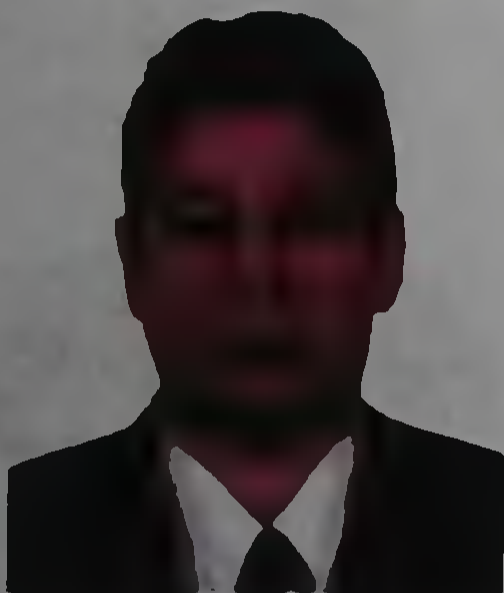
shogirdlar tayyorlagan. Ularning ko'pchiligi Toshkent shahri va viloyatlar perinatal va reproduktiv salomatlik markazlarida barakali faoliyat olib borishmoqda.

Kattaxodjaeva M.X 1952-yilda tug'ilgan Toshkent davlat pediatriya tibbiyot intituti akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri, respublika aholi reproduktiv salomatligi markazining rahbari lavozimlarida faoliyat olib borib, ginekologiyaning xirurgik ginekologiya, endometrioz, bachadon bo'yni raki, kichik chanoq a'zolari rekonstruktiv xirurgiyasi, tuxumdon kasalliklari mavzularida va ayollar reproduktiv salomatligi sohasi



Kattaxodjaeva M.X

dolzarb muammolari ustida ilmiy tadqiqotlar olib borib, natijasini amaliyotga keng joriy qilib kelayotgan, O'zbekistonda ginekologiya fani va amaliyotining rivojiga munosib hissa qo'shgan taniqli akusher ginekolog olim hisoblanadi. M.X. Kattaxodjayeva "Sharq ayoli" tibbiy-ijtimoiy fond loyihasining O'zbekiston ayollari reproduktiv salomatligiga ko'maklashish tibbiy-ijtimoiy loyihasi rahbari, Toshkent davlat stomatologiya instituti akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri t.f.d. professor. Ko'plab reproduktiv salomatlik sohasi mutaxassislarining ustozidir.



B.B.Negmadjanov

B.B. Negmadjanov 1962-yilda tug'ilgan, O'zbekistonda bolalar va o'smirlar ginekologiyasining rivojiga munosib hissa qo'shib kelayotgan taniqli akusher-ginekolog olimdir. Markaziy vrachlar malakasini oshirish institutida (Moskva) aspirantura va doktoranturada tahsil olib, 1991-yilda nomzodlik, 1993-yilda doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan, 1995-yildan hozirgi kunga qadar 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri lovozimida ishlab kelmoqda. 2015-yildan Samarqand viloyat bolalar va o'smirlar salomatligini muhofaza qilish reproduktiv markazining rahbari hisoblanadi. "Doktor axborotnomasi",

“Reproduktiv salomatlik va Uronefrologik tadqiqotlar” ilmiy jurnallarning bosh muharriri.

B.B.Negmadjanov rahbarlik qilayotgan kafedra jamoasi reproduktiv a'zolar shakllanishi buzilishlarining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish bo'yicha fundamental tadqiqotlar olib bormoqda. U respublikamizda xotin-qizlar jinsiy a'zolari rivojlanish nuqsonlarini operativ ginekologiya sohasi asoschisidir.

Shuningdek, hozirgi kunda Toshkent tibbiyot akademiyasida faoliyat ko'rsatayotgan akusherlik va ginekologiya kafedralarining mudirlari, tibbiyot fanlari doktori, professorlar M.A.Maxmudov, D.Q.Najmiddinova, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri, t.f.d. dotsent Xudayorova D.R.larning mustaqillik-yillarida O'zbekiston Respublikasining o'ziga xos taraqqiyot yo'lida akusherlik va ginekologiya xizmatining JSST standartlariga mos ravishda rivojlanishiga va malakali tibbiyot xodimlarini, ayniqsa tug'ruq xizmati posbonlari – akusher-ginekolog vrachlar tayyorlashdagi xizmatlari beqiyosdir.

GINEKOLOGIYADA TALAB ETILADIGAN ETIKA VA DEONTOLOGIYA

Deontologiya – grekcha “deontos” – burch, “logos” – ta'limot so'zidan olingan bo'lib, har bir tibbiyot xodimining o'z mijozlari, ya'ni bemor ayol oldida bajarishi lozim bo'lgan burch, vazifasi degan ma'noni anglatadi.

Doyaga inson o'zining eng qimmatli hayotini, sog'lig'ini eson-omonligini bir vaqtning o'zida ikki kishi – ona va bolaning hayotini ishonib topshiradi. Bu esa ikki yoqlama mas'uliyatni yuklaydi. Akusher nafaqat o'z mijozini, balki uning qarindosh-urug'lari va davlat oldida ham katta mas'uliyatni o'z zimmasiga oladi. Hammasidan ham mijozning talabi qondirilishi yuqori turishini anglab yetmog'i lozim.

Doyaning shaxsiy sifatlaridan – bu saxovatpeshalik, ezgulik ishlarini amalga oshirish, insonlar uchun nima qilsa xayrli ish, nima qilsa yovuzlik ekanligini anglay bilishi, bilimli bo'lishi, maqsadga

intiluvchanlik, chidamlilik, mehr-shafqatlilik, azob-uqubatlarga chidash, mahoratli bo'lishni talab etadi.

Doya intilishi lozim bo'lgan asosiy maqsad, ya'ni uning ish faoliyati natijasi axloqiy bahosi hisoblanadi. Bu kasbiy mahorati, sog'lig'i, atrof-muhitning sog'lomligi, mustaqilligi, insoniy qadr-qimmati va g'amxo'rligidir.

Doya o'ziga quyidagi axloqiy majburiyatni qabul qilishi lozim:

- rostgo'y bo'lish;
- yaxshilik qilish;
- zarar yetkazmaslik;
- o'zgalar majburiyati hamda vazifalarini hurmat qilish;
- o'z so'zida turish;
- sadoqatli bo'lish;
- mijozning mustaqil fikr yuritishini hurmat qilish.

Shunday qilib ginokologik xizmat ko'rsatuvchi xodimlar ginekologik bemorlar bilan xushmuomala bo'lishi, ularning dardlarini diqqat va e'tibor bilan tinglashi, o'zining eng yaqin kishisidek munosabatda bo'lishi, mijozlarning ruhiyatiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi so'zlar va xatti-harakatlarni qilmasligi, jinsiy a'zolarining turli kasalliklariga uchragan bemorlar, uning qarindoshlarini vahimaga solmasliklari lozim. Har safar bemorning ruhiyatini ko'tarishga harakat qilmog'i va chin ko'ngildan uning sog'lig'ini tiklash uchun fidokorona mehnat qilishi kerak.

II BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

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

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

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

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 sovqotish 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'rliigi, 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 to'rgani, jigar kasalliklari, neyroi-feksiya va boshqa kasalliklar bilan og'rigani aksari hayz funksiyasining buzilishiga jismoniy va jinsiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishga olib keladi.

AKUSHERLIK-GINEKOLOGIK ANAMNEZ

Ayol organizmi spetsefik funksiyalari: hayz, jinsiy, bola tug'ish va sekretor funksiyalarining xususiyatlari to'g'risidagi

ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. So'rab-surishtirishni birinchi marta qachon hayz kela boshlaganini (menarxe), hayz funksiyasining tipini (hayz sikli va hayzning qancha davom etishi, keladigan qon miqdori, og'riq bo'lish-bo'lmasligini), qachon so'nggi marta hayz bo'lganini aniqlashdan boshlash kerak. Jinsiy funktsiya xususiyatlari: jinsiy hayotning qachon boshlangani, jinsiy hissiyot, jinsiy aloqa vaqtida ko'riladigan o'zgarishlar (og'riq sezilishi, jinsiy aloqadan keyin qon aralash ajralmalar kelishi), bo'yida bo'lishdan saqlanish (kontrasepsiya) usullari ginekologik kasalliklar bilan bevosita bog'langan bo'ladi. Diagnostika aniqlashda bemor erining yoshi va salomatligi ham katta ahamiyatga ega. Bola tug'ish funksiyasining xarakterini aniqlab olishda ayol kishining necha marta bo'yida bo'lgani, homiladorlikning qanday o'tgani va oqibati nima bo'lgani sinchiklab, surishtirib, bilib olinadi. Bemor farzandsizlikdan noliydigan bo'lsa, avval qanday tekshirishlar va davo qilib ko'rilganini aniqlab olish kerak. Sekretor funktsiya xarakteri jinsiy yo'llardan patologik ajralmalar (oqchillar) kelish-kelmasligi va bularning miqdori haqidagi ma'lumotlar aniqlanadi. Ko'pincha vulva, qin, bachadon bo'yni va jinsiy sistema yuqorida yotgan a'zolarning har xil etiologiyali yallig'lanish kasalliklari oqchillar kelib turishiga sabab bo'ladi. Oqchillar bachadon polipi va rakning belgisi bo'lishi mumkin. Oqchil suyuq, suvsimon, yiringsimon, shilimsiqsimon, tvorogsimon bo'lishi mumkin.

Akusherlik-ginekologik anamnez xususiyatlarini aniqlab, bilib olgandan keyin mazkur kasallik anamneziga o'tiladi. Mazkur kasallikning qay tariqa avj olganligi to'g'risidagi ma'lumotlar: uning qachon paydo bo'lganligi, abort, tug'ruqlar, birga davom etib kelayotgan kasalliklar, hayz, sovuqotish, umumiy infeksiya va qilingan davoning xarakteri va natijalari to'g'risidagi ma'lumotlar 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 umumiy ko'zdan kechirib, (tana tuzilishi, tipi, tana harorati va shilliq

axborot-resurs markazi

319299

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 bemorlarni maxsus tekshirish usuli asosiy va qo'shimcha tekshirish usullaridan iborat.

Asosiy tekshirish usullari: tashqi jinsiy a'zolarni ko'zdan kechirish, ko'zgular yordamida tekshirish, qin orqali tekshirish: a) qinni tekshirish; b) ikki qo'llab qin va ichki jinsiy a'zolarni 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. Ginekologik bemorni tekshirish uchun ginekologik kresloga yoki qattiq kushetkaga yotqiziladi. Kresloning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi, tizzalardan bukiilib, 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'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan ochib ko'riladi. Jinsiy yoriqning qanchalik ochilib to'rganiga ahamiyat beriladi. Bemorga kuchanib ko'ring deb, buyurib qin devorlari va bachadonning pastga tushgan-tushmaganligi aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolarni ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin ko'zgular yordamida tekshiriladi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

Tabaqali (Kusko) va qoshiqsimon (Sims) ko'zgulardan keng foydalaniladi. Qinni ko'zgular bilan tekshirish uchun 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'ynining 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.



2.1-rasm

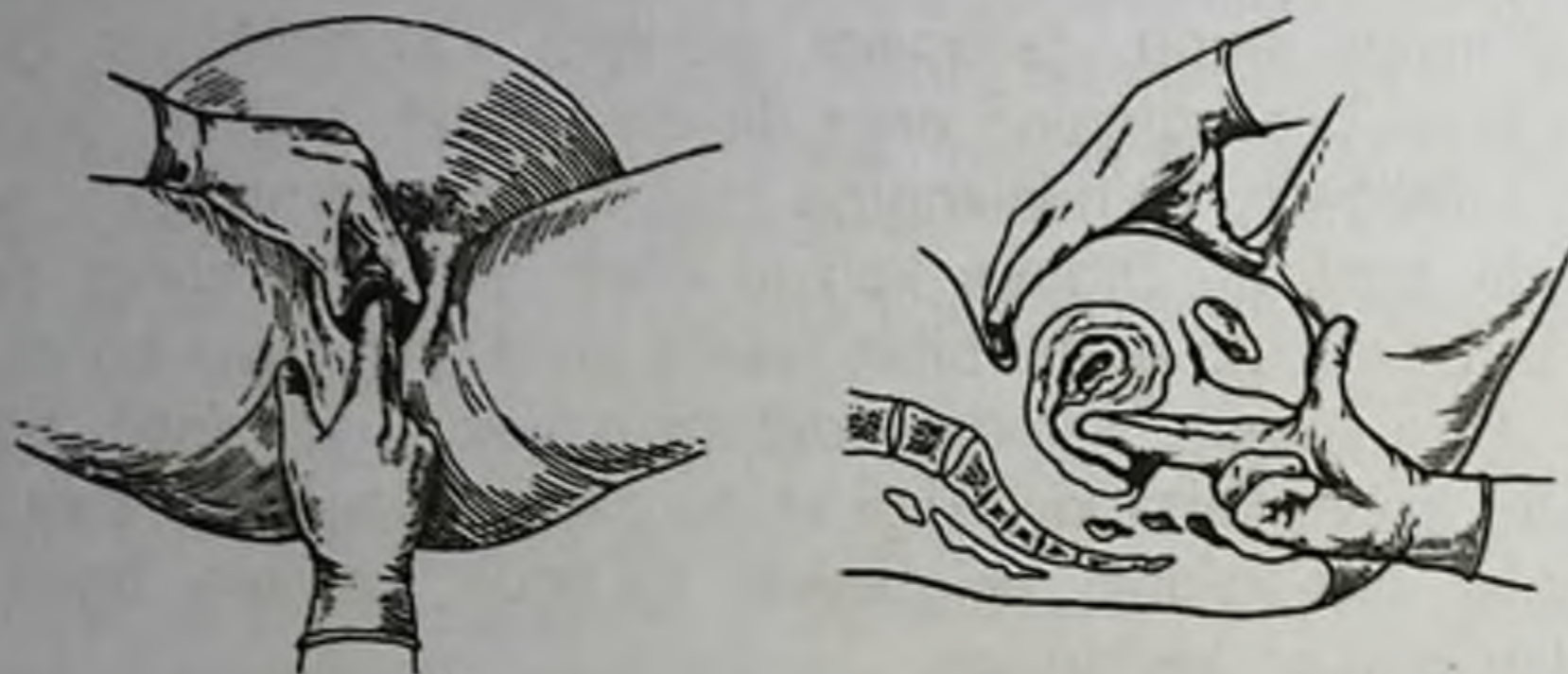
a) kusko ko'zgusi b) sims ko'zgusi v) ko'zgularni kiritish g) ko'targichlar

QIN ORQALI TEKSHIRISH (ICHKI)

Oraliq, chanoq tubi muskullari, uretra, qin dahlizi 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, konsistensiyasi, 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 ortiqlari 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.



2.2-rasm. Ayollarni ikki qo'l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish.

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.

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

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. Kolposkopiyaning 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) tayyorlab qo'yish kerak. Bu kengaytirilgan kolposkopiya uchun qo'llaniladi.



2.3-rasm. Binokular kolposkoplar.

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

Meditsina hamshirasi qoshiqsimon ko'zgular, tugmachali qisqichlar (pulevoy qisqich), kornsang va bachadon zondi, qin va bachadon bo'yni shilliq pardasini tozalash uchun paxta sharchalar bilan dezinfeksiyalovchi eritmalarni tayyorlab qo'yish kerak.

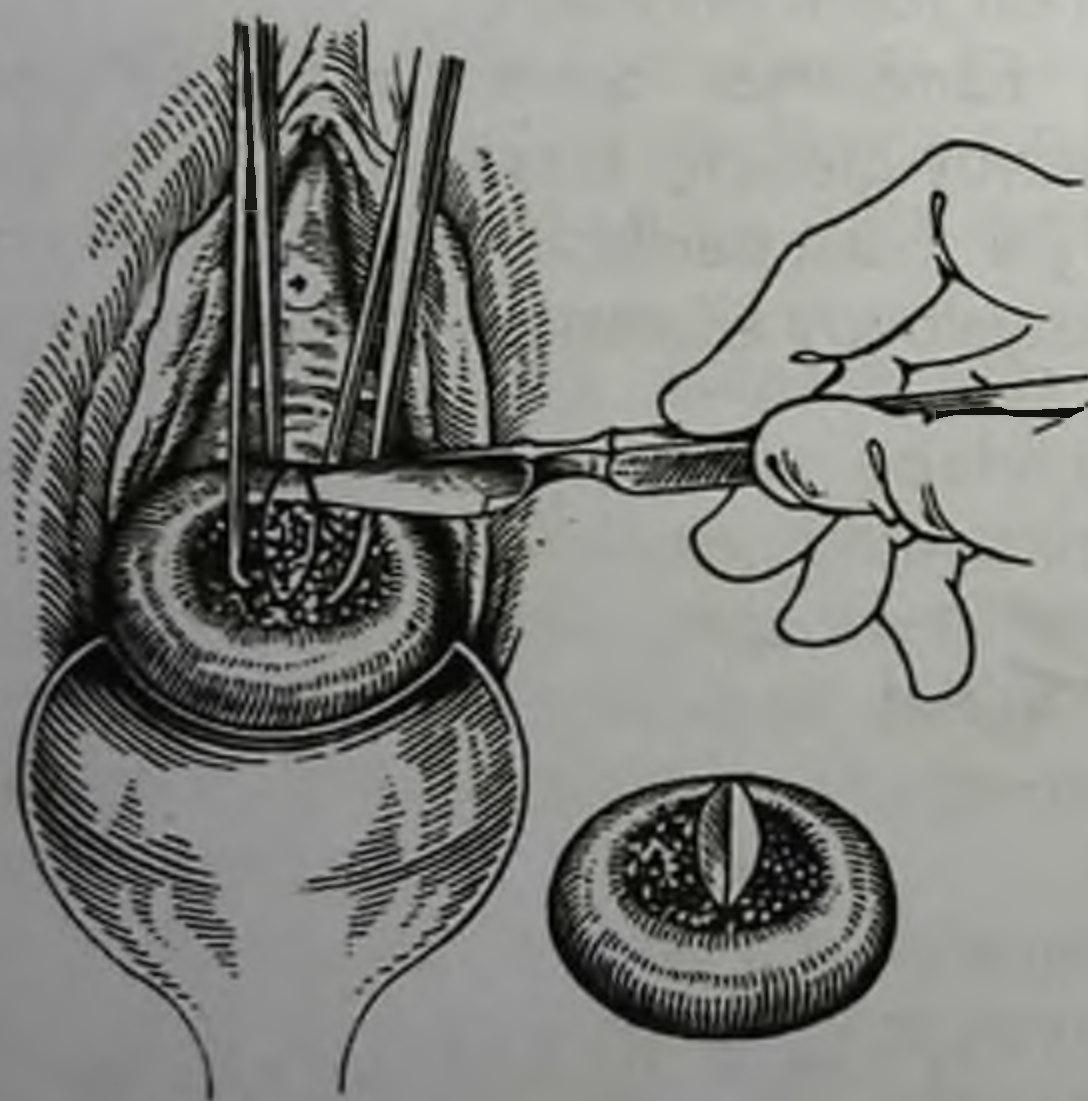


2.4-rasm. Bachadonni zondlash.



2.5-rasm. Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.

Qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya 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 shprips, dezinfeksiyalovchi eritmalar, paxta sharchalar tayyorlashi kerak.



2.6-rasm. Bachadon bo'ynidan biopsiya olish.

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 tamponda qilish uchun 8–10 cm steril bint, konxotom ishlatilsa elektrokoagulatsiya 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. Shpritsga 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 impulslar elektron nur trubkasining ekranida exogrammalar ko'rinishida qayd qilib boriladi.



a) Ultratovush apparatida tekshirish



b) Ultratovush (UZI) apparati

2.7-rasm.

LABORATORIYA TEKSHIRISH USULLARI



2.8-rasm. Trixomonadalar:

- 1) og'iz bo'shlig'i trixomonadasi (*trichomonos buccalis*);
- 2) ichak trixomonadasi (*trichomonos intestinalis*);
- 3) qin trixomonadasi (*trichomonos vaginalis*).

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 (cyervix – 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. Provokatsiya – organizmga maxsus ta'sir ko'rsatib, yallag'lanish jarayonini qo'zg'ashiga qaratilgan chora-tadbirlardir. Fiziologik, biologik, termik, ximik, mexanik va alimentar provokatsiyalar tafovut qilinadi.



2.9-rasm. Ko'rish maydonida Neyser diplokokklari (gonokokklar).

QIN EPTELIYASI SITOLOGIYASINI ANIQLASH (KOLPOTSITOGRAMMA)

Estrogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavatli silliq epiteliyasida sxohlanish jarayoni kechadi. Qanchalik estrogenlar miqdori ko'p bo'lsa, shunchalik kuchli rivojlangan sxohlanish jarayoni bo'ladi.

Organizimda estrogen gormonlar kamroq bo'lganda qinda oraliq eptelialari ko'zga tashlanadi. Estrogenlar kam miqdorda

bo'lsa (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoestrogenemiya), bazal parabazal epiteliyalar ko'p miqdorda bo'ladi. Sitologiyada qaysi epiteliy qay miqdorda bo'lishiga qarab 4 xil tip – reaksiya tafovut etiladi.

I tip – surtmada asosan atrofiyalangan bazal epiteliyalar, leykotsitlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmda estrogen gormonlarining keskin yetishmasligida kuzatiladi (balog'atga yetmagan qiz bolalarda, menopauzada, tuxumdon gipofunksiyasida, amenoreya holatida uchraydi).

II tip – surtmada bazal, parabazal, ba'zan oraliq epiteliyalar va leykotsitlar uchraydi. Bu holat estrogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, menopauza davriga xos.

III tip – surtmada asosan oraliq epiteliyalari, onda-sonda sxohlangan epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda estrogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

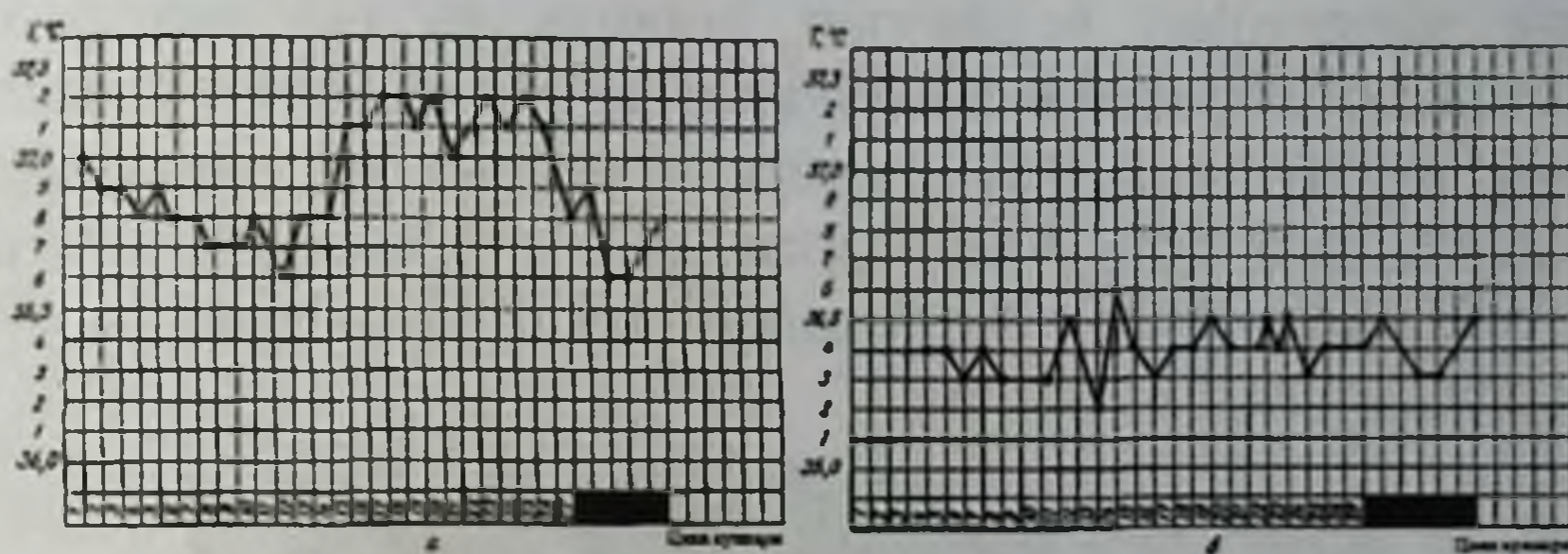
IV tip – surtmada asosan sxohlangan yuza qatlam epiteliyalari uchraydi. Bu holat estrogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikular fazasiga xosdir.

Endoskopik tekshirish usullari bemor jinsiy a'zolarini maxsus optik asbob yordamida ko'zdan kechirib chiqish. Kolposkopiya, gisteroskopiya, laporoskopiya va kuldoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya qo'llaniladi. Laparoskopiyada anesteziya ostida oldingi qorin devoridan teshik ochilib, asbobni shu teshik orqali qorin bo'shlig'iga kiritib ko'riladi. Kuldoskopiyada asbob qin orqa gumbazi orqali kiritiladi. Bunda kichik chanoq a'zolari ko'zdan kechiriladi. Sistoskopiyada qovuq ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi. Rektoro-manoskopiyada to'g'ri va sigmasimon ichaklar ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi.

Funksional diagnostika usuli – bu tuxumdonning gormonal funksiyasiga baho berishda qo'llaniladi.

1. Bazal haroratni o'lchash. To'g'ri ichak, qin, og'iz haroratini o'lchash ishlari kiradi. O'zbekiston Respublikasida hayz siklini tartibga soluvchi markazning gipertermik ta'siriga asoslangan. O'rinda yotgan holda har kuni 1 soatda, 1 ta (almashtirilmagan)

termometrni to'g'ri ichakda 5 – 10 daqiqa qo'yilib, harorati o'lchab, yozib boriladi. Bir necha oy davomida olingan natija grafikka tushirilib, o'shanga qarab estrogen va progesteron muvozanati, yana ovulatsiya bor-yo'qligi aniqlanadi. Estrogen – progesteron muvozanati normada bo'lib, ovulatsiya bo'lgan holatda grafikda 2 faza (interpretatsiya) kuzatiladi. Ya'ni, 1-faza gipotermiya fazasi bo'lib, $T-37^{\circ}\text{C}$ gacha, ovulatsiyadan keyin $T-38,4^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi. Bu ma'lumot ovulatsiya bo'lib, sariq tana taraqqiyoti natijasida progesteron yetarli darajada ajralayotganligidan dalolat beradi.



a

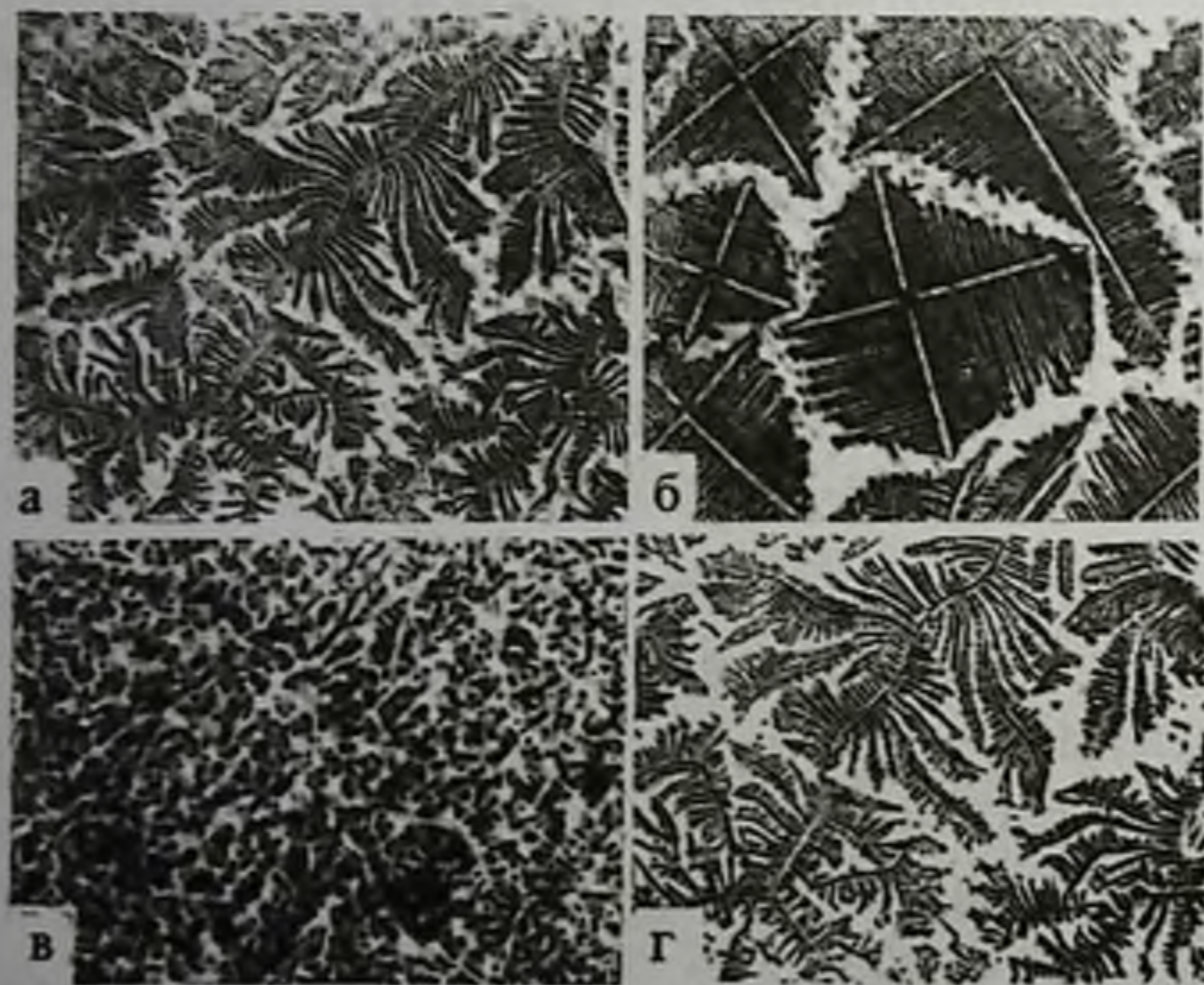
b

- 2.10-rasm. Bazal haroratning grafikda qayd qilinishi:
 a) ikki fazali menstruatsiya siklida ovulatsiyadan keyin bazal haroratning ko'tarilishi;
 b) anovulayator sikliga xos bir tonli bazal harorat.

2. "Ko'z qorachig'i fenomeni". Bu usul yordamida estrogen gormonining konsentratsiya holati aniqlanadi. Hayz siklining follikular fazasida bachadon bo'yni kanalidagi bezlar ko'p miqdorda shilliq ajratadi. Estrogen – follikulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ularning miqdori oshib boradi. Ovulatsiya davrida sekret ko'payadi. Sekret oshgan sari bachadon bo'ynining tashqi teshigi kengaya boradi. 0,25-0,3 cm gacha. Hayz siklining 8-9-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 cm ochiq, qisman aniq; e) agar (+++) bo'lsa 0,3 cm 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, kristallga 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 sxohlari qalin.



2.11-rasm. Bachadon bo'yni kanali shillig'ining arborizatsiya (qirq bo'g'in) simptomi:

- a, g) arborizatsiya simptomi yaqqol ko'zga tashlanadi (+++);
- b) arborizatsiya simptomi qisman rivojlangan (+);
- v) arborizatsiya simptomi manfiy (-).

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

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

Laboratoriya tekshirish usullari



2.12-rasm.

a) ko'rish maydonida bazal va parabazal hujayralar;
b) parabazal va oraliq hujayralar; v) oraliq hujayralar;
g) shoxlangan hujayralar.

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.

Qin ko'zgulari.

Qin orqali tekshirish.

UTT.

Endoskopik tekshirish.

Menarxe.

Kolposkopiya.
Kuldoskopiya.
Laproskopiya.
Sistoskopiya.
Rektoromonoskopiya.
Biopsiya.

Sekretor funksiya.
Oqchillar.
Provakatsiya.
Arborizatsiya.
Bachadonni zondlash.

TEST

1. Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullariga quyidagilar kiradi...

- a) so'rab-surishtirish
- b) akusherlik-ginekologik anamnez yig'ish
- c) ko'zdan kechirish, qin orqali tekshirish, ko'zgular yordamida tekshirish
- d) qindan surtma olish
- e) bakteriologik tekshirish

2. Qo'shimcha tekshirish usullari quyidagilar...

- a) bemor shikoyatini eshitish
- b) bachadonni zondlash, qin orqa gumbazi orqali punksiya qilish, rentgenografiya, UZI
- c) ko'zgular yordamida tekshirish
- d) bimanual tekshirish
- e) rekto-vaginal tekshirish

III BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA PREDMENSTRUAL SINDROM

Balog'atga yetgan, bo'yida bo'lmagan, ayol organizmida navbat bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Normal hayz ko'rish 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 o'zgarishi sabab bo'lishi mumkin.

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

1. Amenoreya – 6 oy va undan ko'proq muddatgacha hayz ko'rmaslik.
2. Disfunktsional qon ketish (anovulator, yuvenil qon ketish).
3. Siklik o'zgarishlar (gipomenustral sindrom va gipermenustral sindrom).

Gipomenoreya – hayzning juda oz kelishi. Oligomenoreya – hayzning qisqa bir-ikki kun davom etishi. Opsomenoreya – hayzning o'rtada 35 kundan ko'proq vaqt o'tkazib, ahyon-ahyonda kelishi. Gipermenoreya – hayz vaqtida bir talay qon kelishi. Polimenoreya – hayzning 7 kundan ko'proq davom etishi. Proyomenoreya – har 15-20 kunda tez-tez hayz ko'rish. Algoditsmenoreya – hayz qonining og'riqli kelishi. Asiklik qon ketishlar – metrorragiya. Shuningdek, quyidagi sindromlar shaklida ham namoyon bo'ladi: 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'rish

(menstruatsiya proyecox) hodisasi ham hayz ko'rish funksiyasining buzilishiga kiradi. Masalan, 8-10yoshda 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'zolarning 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 balog'atga yetsa ham hayz ko'rmasligi, bir necha sikldan keyin qorinda hayz ko'rik kunlari kelganda qattiq og'riq bo'lishi, qorin pastki qismida shish paydo bo'lishi ko'pincha qiz bolalar appenditsit yoki o'tkir qorin diagnozi bilan operatsiya bo'lishiga, qorin bo'shlig'ida o'sma bor degan taxmin qilinishiga sabab bo'ladi. Bunday xatolar amaliyotda ko'p uchraydi. Shuning uchun birinchi marta qizlar bilan hamshira duch

keladi, buni yaxshi bilishi zarur. Chin amenoreya – qiz bolaning jinsiy yetilish davridan boshlab umuman hayz ko'rmalik holati. Aksariyat hollarda bachadon atreziyasi (bachadon bo'lmasligi), tuxumdonlar gipoplaziyasi natijasida organizmning estrogen gormonlari bilan ta'minlanmasdan qolishi, gipofiz – gipotalamus sistemasidagi keskin o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin.

Bachadondan asiklik, ya'ni siklga aloqasiz holda qon kelib turish hollari (metroragiyalar) odatda, hayz funksiyasining buzilishiga bevosita aloqador bo'lmaydi va ayollar jinsiy a'zolarida o'smalar paydo bo'lganda kuzatiladi. Asosan submukoz fibramiomalar, bachadon bo'yni va tanasi raki rivojlangan hollarda. Bachadondan disfunktsional, yuvenil qon ketish, anovulator (bir fazali) qon ketish hollari, gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon sistemasidagi neyroendokrin regulatsiyaning patologik tarzda o'zgarishi munosabati bilan boshlanadi. Ayni vaqtda bir yoki bir necha follikula funksiyasi buzilib, uzoq cho'zilib, ovulatsiya sodir bo'lmaydi, sariq tana hosil bo'lmaydi. Bunday patologik jarayonlarda tuxumdonlarda siklik ravishda jinsiy gormonlar ishlab chiqishi buziladi va odatda, ayol organizmiga estrogenlar uzoq ta'sir etib turadi.

Klinikasi: Uzoq qon ketish, ko'p qon ketish, kamquvvatlik, ikkilamchi anemiya.

Diagnostika: Bachadon tanasining shilliq pardasidan diagnostika maqsadida qirma olib, tekshirib ko'rilganda endometriyning giperplaziyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Bazal haroratni o'lchash, qin epiteliyasining sitologiyasini aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Davolash. Gormonal gemostaz deganda 3-5 kun davomida (ketayotgan qon to'xtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, dietilstelbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan ineksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib, qonni to'xtatish mexanizmi tushuniladi.

ANOVULATOR, YUVENIL QON KETISHLAR

Sabablari: 1. Endokrin bezlarning birortasi asosan gipofiz bezining faoliyati buzilishi. 2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar,

o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining buzilishi. 3. Ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishiga fermentlar stimulatsiyasining yetarli bo'lmasligi. 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).

ANOVULATOR QON KETISH

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

Klinikasi. Anovulator 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 birmuncha qisqargan holda, yuvenil qon ketish bilan almashinib turadi. Kamqonlik kasalligiga olib keladi.

Yuvenil qon ketish deganda qiz bolalarning balog'atga yetish davridagi anovulator 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 (yuvenil) ketishda estrogenli gemostaz, progestinli gemostaz, bachadon bo'ynini elektrostimulatsiya 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 ineksiya 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 elektrostimulatsiya 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) infeksiyon, virusli kasalliklardan saqlash kerak.

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

Predmenstrual sindrom, klimakterik sindrom, postkastratsion sindromlar asosiy neyro endokrin sindromlar hisoblanadi.

Predmenstrual sindrom – hayz siklining ikkinchi yarimida hayz boshlanishiga bir necha kun qolganda bosh og'rish, 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'zolarning xronik kasalliklari bilan og'rib yo'rgan ayollarda avj oladi.

Klinikasi. Birdan qizib ketgandek seziladi, terlash, yurak o'ynashi, 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 qilinadigan davo umuman tetiklantiradigan chora-tadbirlar (suv muolajalari, davo gimnastikasi, massaj). Parhez tutish, tinchlantiruvchi dori-darmonlar (seduksen, frenolon, tazepam valeriana preparatlari), vitaminlar, jinsiy gormonlar beriladi.

ALGODITSMENOREYA

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.

Algoditsmenoreyada 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, nevrasteniyasi, isteriyada, 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 FELDSHER- AKUSHERNING VAZIFALARI

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'zolarni 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. Algoditsmenoreya, sabablari, klinikasi, davosi.
4. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

Tayanch so'z va iboralar:

Prepubertat davr, pubertat davr, klimakterik davr, minopauza, amenoreya, proyomenoreya, anovulator sikl, algomenoreya,

gipomenoreya, oligomenoreya, soxta amenoreya, birlamchi amenoreya, ikkilamchi amenoreya, chin amenoreya, opsomenoreya, polimenoreya.

TEST

1. Amenoreya – bu...

- a) hayz siklining har 28-30 kunda takrorlanib turishi
- b) hayz sikliga bog'liq bo'lmagan holda qon ketishi
- c) og'riqli hayz ko'rish
- d) 6-oy davomida balog'at va yetuklik davrida hayz ko'rmaslik
- e) jinsiy yetilish davrida ko'p qon ketishi

2. Yuvenil qon ketish – bu...

- a) har 15-20 kunda tez-tez, ko'p miqdorda qon ketishi
- b) har 35-40 kunda kam-kam qon ketishi
- c) ayollarning jinsiy yetuklik davridagi qon ketishi
- d) qiz bolalar voyaga yetishi davridagi qon ketishi
- e) umuman hayz sikliga bog'liq bo'lmagan qon ketishi

IV 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. Infeksiyaning tarqalishi limfagen yo'l bilan, gematogen yo'l bilan, kanalikular yo'l bilan. Klinik o'tishi o'tkir, yarim o'tkir, surunkali va kasallikning qayta qo'zg'alish davri. Kasallik chaqiruvchi mikroblarning guruhlarini septik yallig'lanish kasalliklari, spetsifik yallig'lanish kasalliklari. Kasallik qamrab olgan joyiga qarab tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi. Infeksiya 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 to'rganidan, 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 sintomitsin yoki streptotsidli emulsiya surtiladi yoki primochka qilinadi, ya'ni eritmasi shimdirilgan salfetka bilan yopib qo'yiladi.

Bartolinit – katta vestibular 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% gipertonik 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

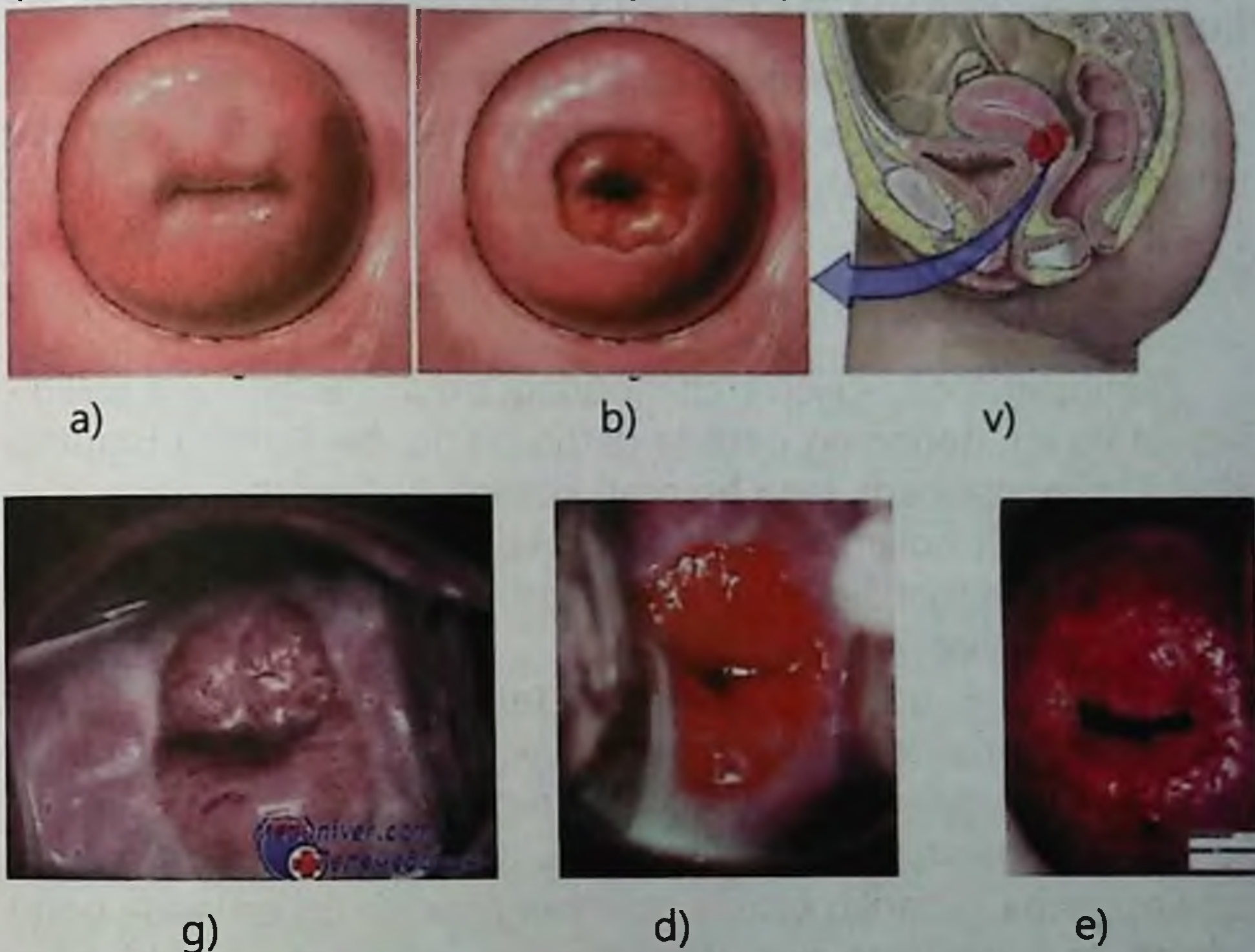
Kolpit – qinning yallig'lanishi. Oqchil kelishi, qinning qichishib og'rib turishi. Ko'zdan kechirilganda qin devori qizargan, shishgan, ba'zan och qizil tusli mayda toshmalar va yiring g'uborlari borligi ko'rinadi. Trixomonadali kolpitda ajralmalar sarg'ish yashil ko'pikli, zamburug'li kolpitda, suzmasimon, oq massa ko'rinishida. Kasallikni keltirib chiqaruvchi qo'zg'atuvchini hisobga olib davo qilinadi. Qiz bolalarda vulvovaginit ko'proq uchraydi. **Sababi:** Ostritsalar, yot jismlar qinga kirib qolganda paydo bo'ladi. Davo yo'li etiologik faktorga bog'liq.

Endoservitsit – bachadon bo'yni kanali shilliq pardasining yallig'lanishi. Klinikasi. Oqchil kelib turishi, dumg'aza sohasidan 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 to'rgani 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 chin eroziya deyiladi. Bachadon bo'yni kanalidan chiqadigan patologik ajralmalardan ta'sirlanib, eroziya paydo bo'ladi. Chin eroziya och qizil rangda, noto'g'ri shaklda, sal teginanda 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 epiteliyalar eroziyalangan sohadagi faoliyat ko'rsatib, sekret ajratib to'rgan 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).



4.1-rasm. a) bachadon bo'yining sog'lom holda ko'rinishi; b,v,g,d,e) bachadon bo'yni eroziyasining har xil ko'rinishlari

Davosi: shifobaxsh vannachalar, mikrobgga qarshi preparatlar, tamponlar qo'yiladi. Biopsiyadan keyin elektrokoagulatsiya. 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 funksiyasining 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'tarilibketishi, qorinning barcha bo'limlarida qorin pardasi ta'sirlanishiga xos alomatlarning 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, dezintoksikatsion 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 infeksiya kirishi; 2) semirib ketgan qizlarning ko'p terlashi natijasida qichishib, terlar orqali tashqi jinsiy a'zoga infeksiya kirishi; 3) follikulit, piodermit, chipqonlar ham infeksiya manbayi 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. Spetsefik va nospetsefik 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 (ostritsa), 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 yetarli samara beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi mumkin.

Davolash. Ingichka kateter yordamida dezinfeksiya qiladigan eritmalar rivanol (1:5000), Furatsilin (1:10000), vodorod peroksidi 3%li eritmasi bilan qinni chayiladi. Qinga yekmalin(10MLN), penitsillin 30000 birlikda, dizotsin 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, endoservitsit, psevdoroziya, chin eroziya, endometrit, biopsiya, krioterapiya, fizioterpiya.

TEST

1. **Vaginit – bu...**
 - a) tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi
 - b) qinning yallig'lanishi
 - c) bachadon shilliq qavatining yallig'lanishi
 - d) bachadon naylarining yallig'lanishi
 - e) qorin pardaning yallig'lanishi
2. **Endometritda quyidagi belgilar ko'zga talanadi ...**
 - a) tashqi jinsiy a'zolar qichishi
 - b) bachadondan qon kelishi
 - c) bachadondan yiringli chiqindi kelishi, bachadon bezillab turishi va salgina kattalashuvi
 - d) bachadon bo'yni kanali qizarib turishi
 - e) qin devori shishib, qizarib turishi

V BOB. JINSIY YO'L BILAN YUQADIGAN KASALLIKLAR (JYOYUK)

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. Obyektiv 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'shib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida ko'rilganda harakatlanib yo'rgan xivchinlari, dumini 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 kulturasini o'stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o'sib chiqsa, trixomoniaz ekanligi ma'lum bo'ladi. Erkaklarda ham uretraning ajralmasini 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 mgdan 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 JYOYuKning 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 bemolarni 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. Bakterioskopiyada har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir-biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokkolarni 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 yetarlicha ma'lumot berilgan.

Davolash. O'tkir so'zakni davolashda bir marotaba 500 mg miqdorda siprofloksatsin, 400 mg miqdorda sefiksin ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim +400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripriim), 3 kun davomida 10 tabletka ichiladi. 250 mg seftriakson (rosefin), 2 gr spektinomitsin 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 mikoplazmasi chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi: Hamisha ham aniq simptomlari ko'zga tashlanmaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo'li bilan ichki jinsiy a'zolarga o'sa 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 infeksiyasi 50% hollarda gonokokksiz uretritlarga sabab bo'ladi. Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo'llaridan shilimshiq yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servitsit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishi 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 doksitsiklin ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak. Tetratsiklin 500 mgdan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mgdan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mgdan 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: Gerpesning 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 chandiqlik hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba'zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan, chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo'lishi mumkin.

Diagnostikasi: Agarda gerpesga 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 mg dan atsiklovir (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 donagidek do'mboqchalar yoki tuxumdek, ba'zan undan kattaroq gummalar paydo bo'lib, to'qimalarni yemiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Miya, yurak, tomir, jigar kabi hayot uchun muhim a'zolar zararlansa, bemor hayoti xavf ostida qoladi, yuz zararlangan bo'lsa, burun skeleti yemirilib, 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'rikan 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'rikan 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'rikan bemorni asosan serologik reaksiyalar va profilaktik tekshirish vaqtida aniqlanadi. Zaxm infeksiyasining simptomlarsiz kechishining sabablari hali to'liq ma'lum emas. Ba'zi olimlarning fikricha, kasallikning bunday kechishi makroorganizm va mikroorganizm orasidagi muvozanatga ko'p jihatdan bog'liq. Bunda oqish treponema organizmning spetsifik 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 qarindagi 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'rikan homilador ayol spetsifik davo olmasa, u holda 24–28 haftalar orasida uning bolasi nobud bo'lib tushadi yoki tug'ma zaxm belgilari bilan tug'iladi. Homiladorlikning 28 haftasigacha spetsifik davo olgan ayolning bolasida tug'ma zaxm belgilari rivojlanmaydi. Homilador ayol ultratovush

bilan tekshirilganda yo'ldoshning haddan tashqari qalinligi va anatomik strukturasi buzilgani aniqlanadi. Zaxm infeksiyasi bilan zararlangan homilada gepatosplenomegaliya, me'da ichak tizimining obstruksiya (berkilishi) kuzatiladi. Zaxm bilan og'riq 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 penitsillin sutkalik dozasi 2,4 mln. BRni tashkil etadi. Shu dozani kuniga 2 marta yuboriladi. 2. Prokain penitsillin 600000 BR muskul orasiga 10–14 kun davomida. 3. Benzilpenitsillin 1 mln. dan har kuni muskul orasiga 10–14 kun yuboriladi. 4. Doksitsiklin 200 mg dan har kuni yoki 100 mg dan 2 mahal 14 kun yuboriladi. 5. Tetratsiklin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun ichiladi. 6. Eritromitsin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun ichiladi. 7. Azitromitsin 500 mg dan kuniga 1 marta 10 kun ichiladi. 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 gensian violet eritmasi yoki nistatinli krem surtib, kasallik belgilari yo'qolganicha davolanadi.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi bo'lib 1981-yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus 1983-yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICH) hisoblanadi.

Kasallikning tarqalganlik darajasi. Dunyoning ko'pgina mintaqalaridan olingan ma'lumotlar haqiqatga unchalik yaqin bo'lmasa-da, Butun jahon sog'liqni saqlash tashkilotining axborotlariga ko'ra ko'pgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir bo'lmoqda.

OITSning oqibati asosiy e'tiborni o'ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik asosan yosh kishilarda va inson umrining sermaxsul davriga to'g'ri keladi. AQSH hamda Braziliyada OITS keng tarqalgan. Buyuk Britaniya, Meksika kasallik o'rtacha darajada tarqalgan mamlakatlar hisoblanadi.

Odam immun tanqisligi virusi (OIV)ning tarqalishi.

OITS OIV infeksiyasi chaqiradigan keng qamrovli kasallikdir. OIV inson organizmi immun tuzilishini zararlovchi infeksiya bo'lib, u asosan oq qon tanachalarida ishlab chiqariladigan T-limfotsitlarini yemiradi, OIV tinch osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIVning faollashuviga sabab bo'ladi.

Inson organizmi qancha uzoq vaqt davomida infeksiyalanib yursa, uning immun tizimining zararlanish ehtimoli shuncha ko'proq bo'ladi va turli xil kasalliklarning, jumladan xavfli o'smalarning ko'payishiga olib keladi. OIVni yuqtirgan kishilarning qariyb 50%i 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo'ladilar. OITS kasalligi bilan og'rikan bemorlarning 50% 18 oy ichida, 80%i esa uch yil davomida hayotdan ko'z yumishlari qayd etilgan. Afrika mamlakatlarida bu ko'rsatkich yana ham qisqaroq, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko'rsatish darajasi va unga erishish qiyinroq bo'lganligi uchun.

Epidemiologiyasi.

OIVni yuqtirganlar soni JSST ma'lumotlariga ko'ra 10 mln. gacha kishini tashkil etadi. 1990-yilda esa ularning soni 100 mln. dan oshgan bo'lishiga qaramasdan 1998-yilda JSST tomonidan dunyoning 135dan ko'proq mamlakatlarida 120000dan ortiq holatlarda OITS qayd etilgan. Ammo haqiqiy kasallanganlar soni bu raqamdan ancha ko'p bo'lishi ehtimoldan holi emas. Chunki ko'pgina mamlakatlarda kasallik diagnostikasidagi qiyinchiliklar bunga sabab bo'lishi mumkin.

Rivojlanayotgan mamlakatlar orasida Braziliya va Markaziy Afrika mamlakatlarida kasallik ko'p tarqalgan. AQSHda 1988-yilda 73000dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56%i olamdan ko'z yumganlar. OITS bilan kasallanganlarning 70%i AQSH zimmasiga to'g'ri keladi. Yevropada (Shveysariya, Daniya, Fransiya va Belgiyada) OITS shu mintaqadagi boshqa mamlakatlardagidan ko'proq uchraydi.

Osiyo mamlakatlarida OIVni yuqtirgan kishilar haqida ma'lumotlar kam, lekin keyingi-yillarda Markaziy Osiyo davlatlarida, jumladan O'zbekistonda ham OIVni yuqtirgan kishilar va OITS bilan kasallangan bemorlar qayd etila boshladi.

JSST kasallik tarqalishining quyidagicha variantlarini tavsiya etadi:

I variant. Shimoliy Amerika, G'arbiy Yevropa, Avstraliya, Yangi Zelandiya va Janubiy Amerikaning ba'zi bir mintaqalariga xos bo'lib, bu mamlakatlarda 80% hollarda OITS gomoseksualist erkaklarda, narkomanlarda (narkotik moddalarni vena ichiga qabul qiladiganlarda) qayd etilgan.

II variant. Afrika qit'asi mamlakatlari va Janubiy Amerikaning ba'zi mintaqalariga xos. Bu mamlakatlarda OITS kasalligi getroseksualistlar orasida uchraydi. Uning 25%i 20-40 yoshli aholi o'rtasida. Asosan fohishalarning 90%i OIVni yuqtirib olgan. Infeksiyaning asosiy manbayi ko'p kishi bilan xususan, JYOYuK lar bilan jinsiy aloqada bo'lish hisoblanadi.

III variant. Sharqiy Yevropa, Osiyo mamlakatlari va Janubiy Amerikaning qishloq tumanlariga xos bo'lib, bu yerlarga kasallik

yaqin-yillar davomida kirib kelgan. Bu mintaqalarda kasallikning tarqalishi keyingi-yillarda aholining chet mamlakatlarga turli sabablarga ko'ra borib kelishlari, ular orasida fohishabozlikning rivojlanishi, kasallikni yuqtirib kelib, boshqalarga yuqtirishlari asosiy sabab bo'lmoqda.

Kasallikning o'tish yo'llari

Jinsiy aloqa yo'li. Erkaklar orasida tarqalishi asosan gomoseksualistlarda uchraydi. Erkaklardan ayollarga, ayollardan erkaklarga kasallik jinsiy yo'l orqali yuqadi. 95% hollarda kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Parenteral yo'l. Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni qon tomiri ichiga quyilganda. Narkomanlar tomonidan ishlatilgan ignalar bilan takror ineksiya qilinganda.

Stomatologiya, jarrohlik amaliyotida tibbiy xodimlarining bexosdan jarohatlanishi oqibatida kasallik yuqadi.

Perinatal yo'l. Homila ona qornida paytida yoki tug'ruq paytida hamda tug'ilgandan keyin emizish davrida kasallikni yuqtirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra kasallangan onalardan bolalariga kasallikning yuqishi yuqori darajada bo'lishi aniqlangan. O'smirlarda asosan jinsiy aloqa yo'li va parenteral yo'l bilan yuqadi.

OIVni qonda, so'lakda, snermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Asosan OIV qondagi limfotsit, monotsitlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi. Hozirgi davrda OIV yuqtirishdan saqlanish OITS epidemiyasining oldini olishning yagona yo'li hisoblanadi.

OITS ga qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JYOYuKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik. Bunga keng jamoatchilikni jalb qilgan holda maktablarning yuqori sinf o'quvchilari, litsey-kollej o'quvchilari va oliy o'quv yurtlari talabalari barcha pedagogik va tibbiyot xodimlarining kuchi bilan keng jamoatchilik orasida kasallikning oldini olish chora-tadbirlari haqida tushuntirish

ishlarini olib borish, o'quvchi-o'smirlar bilan o'quv maskanlarida maxsus darslar tashkil qilish maqsadga muvofiqdir.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ma'lum bo'lganda, ya'ni kasallik xavfi bo'lgan bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil ineksiyalardan o'zini tiyish ham kasallik profilaktikasining asosiy ustunlari hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi. OIV bilan zararlangan insonlarda virus tashuvchanlik (tarqatish) xususiyati umrining oxirigacha davom etadi. Aksariyat hollarda kasallik ma'lum bir belgilarsiz boshlanadi. Bu holat uzoq-yillar davom etishi mumkin. Infeksiya odam organizmiga qanchalik uzoq, ta'sir etsa, shunchalik immun tizimni ko'proq zararlaydi. Kasallik belgilarining rivojlanib borishini quyidagi to'rt toifaga ajratish mumkin:

1. Lifeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydi. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va muskullarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Odatda, zararlanishdan 12-14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar – antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oy o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

2. OIVni klinik belgilarsiz tarqalish bosqichi. OIVni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imkoniyati bo'ladi.

3. OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining katta-lashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Lekin kechqurunlar terlash, ich ketish, ozish, xorg'inlik, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida qinda kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir-yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

4. OITSni rivojlanish bosqichi. Ular quyidagilardan iborat:

a) odam organizmida immun tizimi tekshirilganda immun tanqisligi aniqlanishi;

b) immun tanqislik holatining organizmdagi boshqa o'zgarishlar bilan bog'liq emasligi (ya'ni, dori vositalarini qo'llash, xavfli o'smalar borligi va boshqa holatlardan qat'i nazar);

d) limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bog'liq bo'lgan xavfli kasalliklar aniq ko'zga tashlanishi. Unga qo'shimcha tarzda meningit, markaziy nerv tizimining toksoplazmozi, pnevmoniya, tuberkuloz, herpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;

e) ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;

f) organizmdan OIVning ajralib chiqishi;

g) kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi: Organizmda OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning 1-11 bosqichlari, diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan kontaktda bo'lgandan keyin organizmda o'rtacha 12 haftalardan keyin OIV ga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

O'zbekiston Respublikasining barcha viloyatlarida OITS ga qarshi kurash markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITSni laboratoriya usulida aniqlash imkoniyatiga ega.

OITSni klinik manzarasiga qarab uning Sh-1U bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassislari aniqlashi mumkin, agarda mijozda quyidagi belgilar aniq ko'zga tashlansa:

a) tana vaznining 10%dan ko'proq miqdorda ozishi;

b) bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;

d) bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;

e) doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;

f) terida toshmalar keng tarqalgan;

g) og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;

h) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qayd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITSning Sh-1U bosqichini aniqlashlari mumkin. Eng ishonchli diagnostik usul sifatida albatta OIVni laboratoriya tekshirish yo'li bilan aniqlash kasallik to'g'risida ishonchli ma'lumot beradi.

Davolash. Bugungi kunga qadar OITSni davolashning, ya'ni OIVga kurashi antivirus preparatlarni qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, lekin hozirga qadar bu mudhish kasallikni davolashning samarali usullari hamda immun tizimini qo'llab-quvvatlovchi dorivor vositalar ustida doimiy ravishda izlanishlar davom etmoqda.

Shuning uchun ham kasallikni davolashdan ko'ra uning oldini olish ancha osonroqdir. Shu maqsadda quyidagi tavsiyalarga amal qilinsa, maqsadga muvofiq hisoblanadi.

1. OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyish.
2. Hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash.
3. Tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish.
4. Jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

1. Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

2. Mabodo biror-bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, o'zingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

3. Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun organ va to'qimalarni berishdan o'zingizni saqlang.

4. Meditsina yordami uchun albatta murojaat eting.

OITSni davolashning o'ta murakkabligini inobatga olgan holda barcha tibbiy xodimlar, maktab-maorif tizimi, keng jamoatchilik birgalikda kasallikning oldini olish. JYOYuKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik, o'smirlar, yosh yigit-qizlar orasida keng qamrovli

sanitariya-maorif va profilaktika ishlarini olib borish, alkogolizm va narkomaniyaga qarshi kurashish, sog'lom turmush tarziga amal qilish asr vabosiga aylanayotgan muhim kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Nazorat savollari:

1. JYOYuK larning tasnifi.
2. JYOYuK larning asoratlari.
3. JYOYuK xavfli guruhiga kiruvchi shaxslar.
4. JYOYuK yuqish yo'li va profilaktikasi.
5. OITS (orttirilgan immun tanqisligi sindromi) yuqish yo'llari, simptomlari, davosi.
6. Urogenital kandidoz. Achitqi infeksiyasi.
7. Trixomoniaz klinikasi, diagnostikasi va davolash.
8. Xlamidioz. Erkaklardagi 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	

VI 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 ahvoliga 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, funksiyasiga ta'sir etishi mumkin. Ba'zi yaxshi sifatli o'smalar bemorni umumiy ahvoliga 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 malignizatsiya 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 follikular kista, sariq tanacha kistalari,

paraovariol, intraligamentar kistalar va qindagi Gartner, Folf yo'li kistalari kiradi.

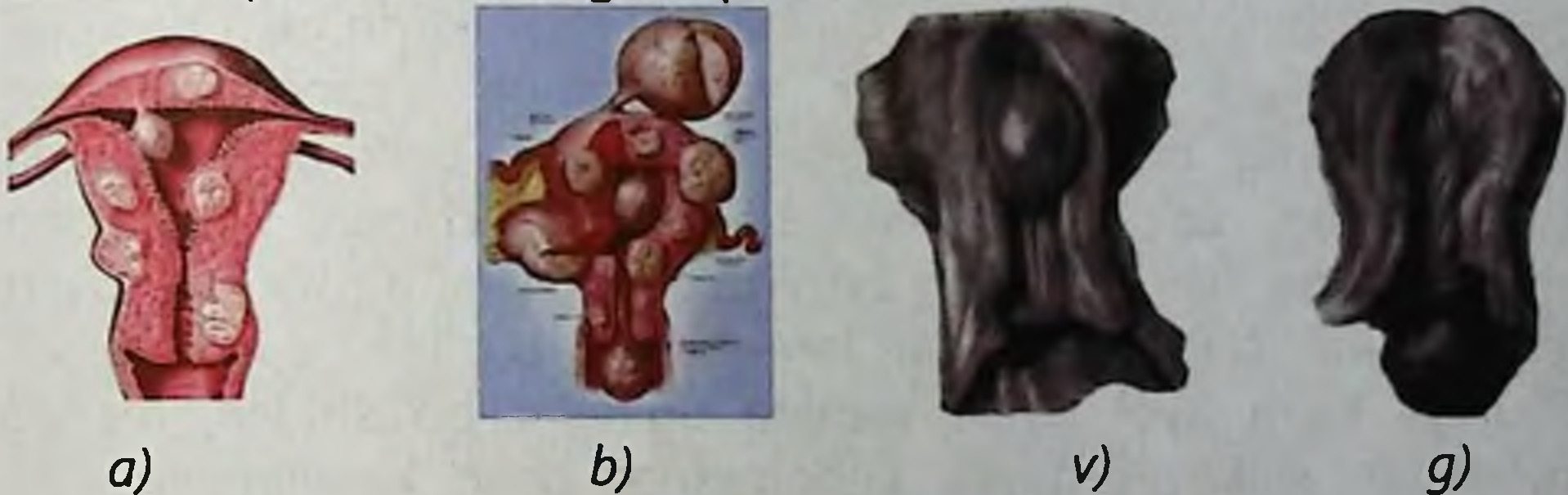
BACHADONNING XAVFSIZ O'SMALARI

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%ida, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20%ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40%ida uchraydi. Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrakusti 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 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 ishlashi bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi, deb taxmin qilinadi.

Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilarisiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60-80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi alomatlari 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 to'rgan 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 infeksiyasi kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarning yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subserroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi, chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi o'smaning oziqlanishi buziladi.



6.1-rasm. Bachadon miomalari.

a) *interstetsial, submukoz miomalar; b) subserroz, interstetsial, submukoz miomalar; v,g) tug'ilayotgan submukoz miomalar*

Davosi. Miomasi bo'lgan hamma ayollar dastlab umumiy davolanadilar, konservativ davolash usuli samara bermasa, operatsiya yo'li bilan bachadon olib tashlanadi.

Endometrioz. Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretsia yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar

kuzatiladi. Endometriozlar 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. Endometrioz chegarasi notekis bo'lib, u serroz, mushak va shilliq qavatlariga, teriga, suyakusti pardasiga, hatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi. Endometrioz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioz 8-30% hollarda uchraydi.

Klinikasi: Endometriozning qaysi sohada joylashganligiga bog'liq. Endometriozning 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 endometrioz o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi. Bachadon endometrioz 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. Endometrioz bilan kasallangan a'zo hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana dastlabki hajmda bo'lishi kuzatiladi. Bemorda ovulatsiya 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, lokalizatsiyasi, tarqalish darajasi, atrof to'qimaning yallig'lanish alomatlari bor-yo'qligiga qarab konservativ yoki operativ davolanadi.

Tuxumdonning xavfsiz o'smalari. Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab ginekologik kasalliklarning 6-8%ini 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 20dan 40 yoshgacha uchraydi, 20-25% hollarda xavfli o'smalarga aylanadi.



6.2-rasm. Tuxumdonning retension kistasi.

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. Follikular kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial, intraligamentar kistalar (10%)ni tashkil etadi. Tuxumdonda endometrioz kistalar ham uchraydi. Follikular kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, lyutein kistalar esa yelbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikulalar yorilmay qolib, sariq so'nmasdan rivojlanadi, ya'ni hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar yumaloq shaklli, diametri 6-8 cm dan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilarsiz kechadi. Kistalar oyoqchalari buralishi tufayli kamdan kam hollarda o'tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar odatda, konservativ usulda davolanadi (yallig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).



6.3-rasm. Tuxumdon kistomasi.

Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, tuxumdon o'smalarining 66%ini tashkil qiladi. To'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli o'smalar o'sishi kuzatiladi. Turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal tuxumdon o'smalariga bo'linadi. Chin o'smalar, o'z navbatida, xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Oddiy serroz kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 cm dan 30–40 cm gacha kattalashishi, hatto butun qorin bo'shlig'ini egalashi mumkin. Kistoma odatda, bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo'ladi. Uning bo'shlig'ida serroz suyuqligi yig'iladi. O'sma ko'pincha bir tomonda – chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan bo'ladi, chunki uning tuxumdon boylamlari va bachadon naylaridan iborat anatomik "oyoqchasi" bor. Kistoma o'sgan sari bu boylamlar cho'ziladi, bir-biriga yaqinlashib, o'smaning oyoqchasini paydo qiladi.

Asoratlari. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180-360 gradusga buralib qolishi mumkin (6.4-rasm). Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og'riq sezadi, ko'ngil aynishi, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi. Bu holat "o'tkir qorin" deb aytiladi. Bunday holda bemor tezda ginekologiya bo'limiga yotqizilib, darhol operatsiya qilinishi kerak.



a)



b)

6.4-rasm. Tuxumdon kistomasi oyoqchalarining buralib qolishi.

Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7-5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan birga uchraydi.

Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10%ini 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 XAFVLI O'SMALARI

Tashqi jinsiy a'zolar raki. Vulva raki 2-3% uchraydi (yoshlarda kam, qarilarda 70 yoshda ko'proq uchraydi) leykoplakiya, krouroz, eritropeniyadan 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 uzqoq 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 qarash bilan qoplanib turadi. Uretra devorlariga 2-3 cm chuqurlikda infiltratsiya 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 infiltratsiya 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 cois) kuzatiladi. O'sma qon tomirlarini yemirib yuboradi, birtalay qon ketadi, sassiq chiqindi kelishi parchalanayotgan o'smaga infeksiya tushganligidan darak beradi. Og'riq sezilishi o'sma jarayonining chuqur yoyilib, chanoqdagi nerv stvollari va chigallarini qisib qo'yganidan 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 tekkizilganda qonaydi. Endofit shaklida bachadon bo'yni kattalashib, zichlashadi, shilliq pardasi to'q qizil tusga kiradi. Shilliq parda yuzida mayda qon tomirlar shoxobchalari 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 oqchil 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 ekstirpatsiyasi. Operatsiyadan keyin nur berish, ximioterapiya. II darajada. Kengaytirilgan ekstirpatsiya (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 a'zolar rakining 5%gacha uchraydi, ko'pincha 50-60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon tanasining rak oldi holatiga neyroendokrin boshqarishning buzilishi, gonodotrop gormonlar balansining o'zgarishi, endometriyning travmatik shikastlanishlari sabab bo'lishi mumkin. Rak oldi kasalliklariga: Adenomatoz (polipoz) giperplaziyaga uchragan endometriyning residiv berishi, menopauzadan keyingi giperplaziyalar kiradi. Simptomlari: aksariyat hollarda menopauza davrida (hayzdan qolgandan keyin) birdaniga asiklik qon ketish bachadon tanasi rakining dastlabki simptomi hisoblanadi. Ana shu simptomga e'tibor 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 yo'li bilan kasallik aniqlanadi.

Davosi: operativ, nur va kimyoviy terapiya o'tkaziladi.

Tuxumdonning xavfli o'smalari. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak farqlanadi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak.

Birlamchi rak 4,5% hollarda, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Klinik belgilari ko'zga tashlanmaydi, lekin tezda qorin bo'shlig'ida assit paydo bo'lishiga qarab tuxumdon raki haqida gumon qilinadi.

Ikkilamchi rak 60-50% hollarda serroz papillar o'smalar rakka aylanishidan rivojlanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit paydo bo'ladi. 17-20% hollarda musinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin kuzatiladi.

Metastatik rak (10-30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo'llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya yo'li bilan davolab bo'lmaydi.

Tuxumdon sarkomasi juda kam uchraydi. Odatda, operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, diagnoz qo'yiladi.

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.

VII 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, tuxumdonlarda 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'lmasligi: gonadalar disgeneziyasi va sklerokistozli tuxumdonlar kiradi.

Gonadalar disgeneziyasi (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 sutbezlari chala rivojlangani kuzatiladi. Davolashda o'rinbosar gormonlardan foydalaniladi, ya'ni gonodotrop gormonlar qo'llaniladi.

Tuxumdonlar sklerokistozli 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 rivojlangani 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 vagini). 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 sxohlarida navbatma-navbat ro'y berishi mumkin. Bu hollarda tug'ruq faoliyati susayib, gipotonik qon ketish va boshqa asoratlarni yuzaga kelish ehtimoli kuchayadi. Ba'zan nuqsonlar rudimentar shoxda homiladorlik ro'y berishi,

natijada bachadondan tashqarida yuzaga kelgan homiladorlikni eslatadigan alomatlar kuzatiladi. Yuqorida qayd etilgan ko'pgina nuqsonlar befarzandlik va bola tushishiga sabab bo'ladi.

Davolash. Agar bemor shikoyat qilmasa, hayz funksiyasi buzilmagan bo'lsa, homilador bo'ladi va oson tug'ib oladi, bunday hollarda davolash tadbiri talab etilmaydi. Aytilgan nuqsonlar oqibatida ma'lum simptomatika – kasallik belgilari (farzandsizlik, bola tushishi va hokazolar) yuzaga kelgan taqdirda, kasallik turiga qarab, jarrohlik usulida davolanadi.

Jinsiy a'zolarning chala rivojlanishi. Jinsiy a'zolarning 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) algoditsmenoreya (hayz davrida qorinning pastki qismida, belda kuchli og'riq)dan, jinsiy maylning 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'zolarning 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'zolarning chala rivojlanishi haqida tushuncha.

Tayanch so'z va atamalar:

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'zolarning bo'lmasligi.
5. Gipoplaziya – jinsiy a'zolarning rivojlanishdan orqada qolishi.

Test savollari:

1. **Genital infantilizmga nimalar kiradi?**
 - a) jinsiy a'zolarning bo'lmasligi (aplaziyasi)
 - b) jinsiy a'zolarning rivojlanishdan orqada qolishi (gipoplaziyasi)
 - c) bachadonning ikkita bo'lishi
 - d) qinning ikkita bo'lishi
 - e) qizlik pardasining bo'lmasligi
2. **Gemotometra nima?**
 - a) hayz qonining qinda to'planib qolishi
 - b) hayz qonining bachadon naylarida to'planib qolishi
 - c) hayz qonining bachadon bo'shlig'ida to'planib qolishi
 - d) bachadondan to'xtovsiz qon ketishi
 - e) umuman hayz ko'rmaslik

VIII BOB. BEPUSHTLIK. BEPUSHT AYOLLARNI TEKSHIRISH VA DAVOLASHDA FELDSHER – AKUSHERNING VAZIFALARI

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 organizmining 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 sabablardan 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 poliklinikalari-dagi 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, parazitar 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 jihatdan 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 ChAYaKning ko'payishiga sabab bo'lishi mumkinligini yaxshi anglashlari; 3. O'smirlar orasida yaxshi davolanmagan JYOYuK va ChAYaKning oqibati haqida tushuntirish ishlarini olib borish; 4. Aholi o'rtasida JYOYuKni 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 tekshiruvdan 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 xotirlarning ruhiy jihatdan ancha tushkunlik holatida ekanligi, har bir ruhiy ta'sirga sezuvchanligi alohida e'tiborda bo'lishi.

Bepushtlikni davolash. Bepusht juftliklar har tamonlamma ginekologik va urologik tekshiruvdan o'tkazilgandan keyin, bepushtlikning sabablariga ko'ra kosevativ yo'l bilan davolanadi. Agarda bepushtlikning sababi jinsiy a'zolarining kasalliklari bo'lsa, yallig'lanishga qarshi davo choralari ko'riladi, jinsiy gormonlar yetishmovchiligida gormonoterapiya, bachadon naylari o'tkazuvchanligi buzilgan hollarda operativ usul qo'llaniladi. Agarda erida spermatogeniz jarayonida kamchiliklar aniqlansa, androloglar tavsiyasiga ko'ra davolanadi.

Bepushtlikni zamonaviy davolash usullaridan hozirgi paytda ekstrakorporal urug'lantirish (IKU) – sun'iy urug'lantirish zamonaviy tibbiyotda yordamchi reproduktiv texnologiya bo'lib, bepushtlikni konservativ davolash natija bermaganda qo'llaniladi. Bu usulda laboratoriya sharoitida urug'lantirilgan tuxumhujayra bachadonga kiritiladi.

Insiminatsiya usuli. Bu usulda erkak urug'i kateter yordomida ayol bachadoni bo'shlig'iga kiritiladi. Shundan so'ng tabiiy homiladorlik jarayoni sodir bo'ladi. Bu usul erkak reproduktiv tizimidagi muammolar sababli kechayotgan bepushtlikda qo'llaniladi. Ba'zan jinsiy zaiflikda yoki erkak spermasi faolligi past bo'lganda yo immunologik nomuofiqlikda ixtiyoriy ravishda donor spermasidan foydalanish mumkin.

O'zbekistonda sog'liqni saqlash vazirining buyrug'i bilan yordamchi reproduktiv texnologiyalarni (YoRT) amalga oshirish tartibi tasdiqlangan. YoRT – bu urug'lantirishning ayrim yoki barcha bosqichlarida ayolning organizmidan tashqarida amalga oshiriladigan homiladorlikka erishishga qaratilgan tibbiy texnologiyalar, davolash usullari va muolajalaridir. YoRTdan foydalanish "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risda"gi qonunga binoan amalga oshiriladi. YoRT erkak va ayolning ixtiyoriy roziligi asosida reproduktivologiya ixtisosligi bo'yicha faoliyatni amalga oshiruvchi tibbiyot tashkilotlari (IKU sentr) tomonidan amalga oshiriladi. Bu haqida belgilangan shaklda ariza beriladi. Bepushtlik sabalarini aniqlash va YoRTdan foydalanish maqsadida birinchi navbatda bepusht bemorlar birlamchi tekshiruvdan o'tadilar. Tekshiruvlar davomida 6 oydan ko'p bo'lmagan muddatda bepushtlik sababi aniqlangan bemorlarda davolash o'tkazilgandan so'ng 9-12 oy davomida homiladorlik kuzatilmasa, ular YoRT yordamida davolanishga yuboriladi. 35 va undan katta yoshdagi ayollar shifokorlar konsiliumining qarori bo'yicha YoRTga yuboriladi. Hozirgi kunda YoRTni qo'llash yo'li bilan ekstrakorporal urug'lantirish markazlari Toshkent shahri va ko'pgina viloyatlar markazlarida o'z faoliyatini yo'lga qo'ygan.

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'lmasligi, azospermiya spermatozoidlarning son jihatdan kam bo'lishi, nekrospermiya – spermatozoidlarning o'lik bo'lishi, seksual faollik – jinsiy faoliyatning kuchayishi, spermatogenez – spermatozoidlar ishlab chiqarish qobiliyati.

Test savollari:

1. Bepushtlik – bu...

- a) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 2-yil davomida homilador bo'lmaslik
- b) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 6 oy davomida homilador bo'lmaslik
- c) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 1-yil davomida homilador bo'lmaslik
- d) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 2-3 oy ichida homilador bo'lmaslik
- e) jinsiy hayotda bo'lmagan ayollarda homiladorlik bo'lmaslik

IX BOB. KLIMAKTERIK DAVR. KLIMAKTERIK SINDROMDA FELDSHERNING VAZIFALARI

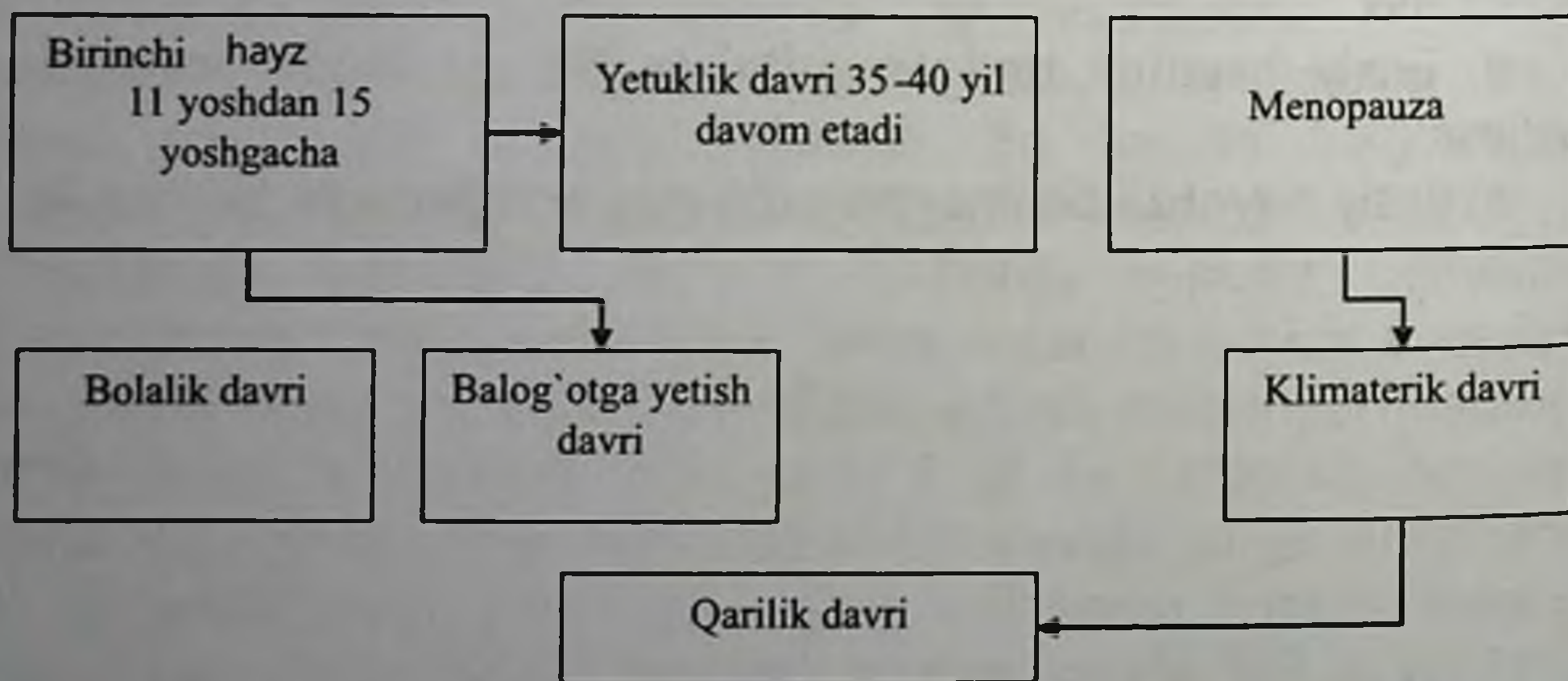
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy-ruhiy muammolarning rivojlanishi

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 funksiyasi-ning 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 yoshidagilar ko'p qismi menopauza davriga to'g'ri keladi.

Insonning hayot sikli va klimakterik davr



Menopauza – oxirgi hayzdan keyin bir-yil davomida hayz ko'rmasa menopauzani bildiradi. O'zbekiston tug'ish bo'yicha yuqori ko'rsatkichli region hisoblanadi. Ko'p tug'ish gipofizar –

tuxumdon sistemasini toliqtiradi, klimakterik davrni patologik o'tishiga olib keladi. Klimakterik sindromda ayolning jamiyatda va oilada faolligi susayadi. O'zbekistonda aholining 51,2%ni ayollar tashkil etadi, shundan o'rtacha 37%ayollarda klimakterik davr patologik kechadi. 60%gipomenustral tipda, 32%giperminustral tipda, 8%hayz sikli bir vaqtda to'xtaydi.

Muammoning dolzarbligi: Hozirgi vaqtda O'zbekiston Respublikasida ayollar aholining 50,2%ini tashkil qiladi, ulardan 37%klimakterik davrning patologik kechishidan zahmat chekadi.

Hozirgi vaqtda klimakterik sindromli ayollarning hayot sifati, yurak ishemik kasalligi, ateroskleroz va gemorragik insultni rivojlanishi xavfi qon zardobidagi past zichlikdagi lipoproteidlar (PZLP)darajasiga bog'liqligi aniqlangan

Shuningdek, perimenopauza davrida regular hayz siklining tiklanishi kuzatilgan bo'lib, bu esa estrogenlarning lipidlar perekisli oksidlanishi intensivligiga ijobiy ta'sir qilishi, azot oksidi hosil bo'lishini ortishi va endotelin hosil bo'lishini to'xtashi hamda tomirlar va silliq mushaklarning spastik holati xavfini kamaytirishi natijasida tomirlar endoteliysi faoliyati yaxshilanadi.

Shu narsa aniqlanganki, simpatoadrenal tizimni faollashishi lipidlarni perekisli oksidlanishini intensivligini ortishi bilan kechadi, bu esa ko'pchilik olimlar fikriga ko'ra menopauza davridagi ayollar organizmidagi metabolik o'zgarishlar darajasini belgilaydi.

Aterogen lipoproteidlarni perekisli oksidlanish intensivligi va fermentlar faolligi ko'rsatkichlari bilan kompleks o'rganish, bemor organizmining metabolik holatini baholash va yangi farmakologik preparatlarni qo'llagan holda davolashning samaradorligini aniqlash uchun muhim hisoblanadi.

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

Klimaksning paydo bo'lishida endokrin mezonlar: follikulalarni stimullovchi, lyuteinlovchi gormonlar miqdorining oshishi, estradiol

miqdorining va estradiol/estron indeksining pasayishi hamda androgen/estrogen nisbatining oshishi bilan ifodalanadi.

Estrogen gormonining butun organizmga ta'siri:

1. Jinsiy organlarga ta'siri: a) follekulalar yetilishiga, bachadonni rivojlantiradi, homiladorlik va tug'ruqqa tayyorlaydi, hayz siklini regulatsiya qiladi; b) bachadon bo'ynidan shilimshiq chiqishini regulatsiya qiladi, shilimshiq jinsiy aloqani yengillashtiradi; d) ko'krak bezlarini rivojlantiradi.

2. Suyakka ta'siri: suyakni mustahkamlaydi, suyakdagi almashinuvga ta'sir qiladi.

3. Qon aylanish sistemasiga ta'siri: yurak va qon tomirlar funksiyasini nazorat qiladi.

4. Teriga ta'siri: teri tonusini saqlab turadi

5. Psixikaga ta'siri miya hujayralarini 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, feertil faoliyat menopauzadan oldin susayadi, 35 yoshdan so'ng klimakterik davrni qo'yidagicha bo'lish mumkin:

Perimenopauza 45-55 yosh klimakterik simptomlarning birinchi belgilari paydo bo'ladi, hayz siklining o'zgarishi, issiq quyilishi, xavotirlik, 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 tugash vaqtidan oldingi menopauza hisoblanadi, 1% ayollarda 60 yoshda, 1% holatlarda 40 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi.

Postmenopauza – hayzni 2 yil davomida bo'lmashligidan 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, follikular 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 postkastratsion 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 bezlar faoliyatini so'nishi bilan namoyon bo'ladi. Bu yoshda erkak organizmida patologik simptomlar paydo bo'ladi, asab sistemasida, endokrin, yurak qon sistemasida bu esa 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'zolarni tug'ma neyrohumoral ta'minlashining sustligi, jinsiy a'zolar yetilishining buzilishi (gipogonadizm, kriptorxizm), qandli diabet, hamma turdagi kastratsiya (travmatik, xirurgik, medikamentoz, nur bilan va ionizatsiyalangan radiatsiya), alkogol 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 psixoemotsional buzilishlar bilan kuzatiladi.

1. Jahlning tez chiqishi, qo'rquv, tez urishib qolish, xavotirlik.
2. Bosh og'rishi, bosh aylanishi, eslash qobiliyatining susayishi, bir narsaga diqqat bilan e'tibor berishining susayishi.
3. Ayrimlarda qo'zg'aluvchanlik holati, qon bosimining ko'tarilishi, birdan jahlning

chiqishi, aksincha ayrimlarda uyquchanlik, dormonsizlik, 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, yog' kletchatkasining dumba va son sohasida yig'ilishi, ko'krak bezlarining kattalashishi (ginekomastiya). Boshqa endokrin a'zolarning faoliyati susayadi, qalqonsimon bezning (gip tireoz), oshqozon osti bezining faoliyati buziladi, shuning oqibatida qandli diabet kasaligiga chalinadi. Erkaklar klimaksi 2-5 yil davom etadi, keyinchalik shikoyatlar sekin-asta yo'qoladi.

Erkaklar klimaksini davolash

Davolashni klimaks belgilari juda namoyon bo'lsa va organizimning asosiy sistemalariga ta'sir etsagina boshlash zarur.

Birinchi navbatda mehnat faoliyatini va dam olishni me'yoriga solish lozim. Ovqatlanish me'yoriga rioya qilish, tana vaznini sedativ vositali buyuriladi: valeriana, piona, pustirnik, trankvilizatorlar sibazon, nozepam, trioksazin qo'llaniladi.

X BOB. KLIMAKTERIK SINDROMDA FELDSHER AKUSHERNING VAZIFALARI

Klimakterik sindromning klinik belgilari

Ayollarda 35 yoshdan keyin anovulator 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 va bachadondan. 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 maylning 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, jahldorlik, dushmanlik kabi fazilatlar ko'zatiladi. Kognitiv buzilishlar ish qobiliyatini susayishi boshqa faoliyat bilan shug'ullanishi, eslab qolish qobiliyatini susayishi. Seksual buzilishlar ishqiy maylligini 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, bo'g'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 o'rganda 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, infeksiyaga 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, okulist) olib boradi.

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 kalsiy 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, glukoza 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 S lipid almashuviga ta'sir etadi. Vitamin Ye gipofizdagi qon almashinuvini yaxshilaydi. Hozirgi vaqtda klimakterik 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 metabolik buzilishlar va Alsgeymer kasalligini davolashda qo'llaniladi.

O'rinbosar garmonol 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 prolifrasiya fazasidagi miqdoriga teng. 3. Estragenlarni progestinlar yoki androgenlar bilan kombinatsiyada berish mumkin. 4. Osteoporo, miokard infarkti va insultni oldini olish uchun 5-7 yil davomida gormona 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 massatsining kamayish mexanizmi: Ayol jinsiy gormonlari sust ishlab chiqariladi, nerv sistemasi fiziologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi, suyaklar rezorbsiyasi tezlashadi, siydik bilan kalsiy chiqariladi, suyak massasi kamayadi.

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.

Osteoporozning sabablari: Mineral almashinuv buziladi, siydik bilan kalsiy chiqishi kuchayadi. Ichaklarda kalsiy surilishi buziladi, natijada suyak miqdori kamayadi. Suyakning qattiqligi kamayib, osteoporoz rivojlanadi.

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

XI BOB. QARILIK DAVRIDA FELDSHER- AKUSHERNING VAZIFALARI

Gerontologiya va geriatriya fani haqida tushuncha. Sog'liqni saqlash tizimining dolzarb muammolaridan biri bo'lgan «Gerontologiya» insonning qarish jarayonini o'rganadigan fan bo'lib, yunoncha geros – qari va logos – bilim degan ma'noni anglatadi.

«Gerontologiya»ning asosiy maqsadi insonning faol va to'laqonli hayotini uzaytirish yo'llarini izlab topishdir. Keksa yoshdagi bemorlarga xizmat qilish aksariyat tibbiyot xodimlarining kundalik vazifasi, chunki tibbiy xizmatga muhtoj barcha bemorlarning 25-30 foizi kesa yoshdagi bemorlardir. Jahondagi barcha mamlakatlarda demografik ko'rsatkichlar qariyalar hisobiga oshib bormoqda. Bu esa «Gerontologiya» va «Geriatriya» sohasidagi bilimlar doirasini kengaytirishni taqozo etadi. «Gerontologiya» fani quyidagi tarkibiy qismlardan iborat: qarish biologiyasi, geriatriya, gerogigiya, 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 ta'sirida yosh bilan bog'liq o'zgarishlarning birmuncha erta rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Fiziologik qarish aqliy va jismoniy sog'lomlikni, ma'lum darajadagi ish qobiliyatini, dilkashlikni, tevarak-atrofdagi hodisalarga qiziqishni saqlab qolish bilan belgilanadi. Tashqi muhit ta'siri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erta qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning o'sish va rivojlanishi to'xtaganidan keyin boshlanadi.

«Gerontologiya» tibbiy biologiya bilan chambarchas bog'liq bo'lib, u molekula va hujayralardan tortib, butun organizmning qarish sabablarini o'rganadi. Qarish – qarilik, ya'ni yosh ulg'aya borishi bilan organizmda paydo bo'ladigan o'zgarishlarning qonuniy tarzda ro'y berish jarayonidir. Umuman olganda, bugungi

kunda qarilik muammolarini har tomonlama o'rganadigan turli fan sohalari paydo bo'ldi va ular jadal rivojlanmoqda. Xususan, dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi «Geriatriya» fanining rivojlanishini yanada tezlashtiradi.

«Geriatriya» keksa, yoshi ulug' kishilarda kasallikning kechishi xususiyatlarini o'rganadigan fan bo'lib, sog'liqni saqlash tizimi amaliyotiga tobora chuqurroq kirib bormoqda. «Gerogigiyena» esa keksaygan va katta yoshdagi kishilar gigiyenasini o'rganmoqda. «Gerontopsixologiya» – keksalar ruhiy holati va fe'l-atvorini; «Gerodietetika» – keksaygan kishilar ovqatlanishi va uning xususiyatlarini; «Gerodermiya» – keksaygan kishilar teri qoplami xususiyatlarini o'rganuvchi bo'lim. «Geroekologiya» – qarish jarayoniga ekologik omillarning ta'sir etishini o'rganuvchi fan.

Bugungi kunda jahonda genetik olimlarning chuqur izlanishlari natijasida, qarish jarayoniga ta'sir etuvchi genlar borligi taxmin qilinmoqda. Agar bu taxmin tasdiqlansa, «Gerontologiya» fanida keskin o'zgarishlar yuz berishi va insonning hozirgidan ham uzoqroq umr qurishiga erishiladi. Genetikaning rivojlanishi juda ko'p geriatrik kasalliklarning kamayishiga sabab bo'ladi.

Umuman, qarilik davrini qanday aniqlash mumkin? 1963-yil Kiyevda o'tkazilgan Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash tashkilotlarining qarilik jarayoni haqidagi seminarida qabul qilingani bo'yicha: 45 yoshdan 59 yoshgacha o'rta yoshlilar; 60 yoshdan 74 yoshgacha keksalar; 75 yoshdan 89 yoshgacha qariyalar; 90 yosh va undan katta yoshdagilar uzoq umr ko'ruvchilar deb hisoblanadi.

Inson hayotida qarish jarayonining kechishi. Qarilik – yosh ulg'aya borishi bilan organizmda ro'y beradigan qonuniy o'zgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon bo'lib, 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 cm ga, ayollar esa 4 cm 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.

Organizmda chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involutsion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik o'zgarishlar qarilik atrofiyasi ko'rinishida, skelerozga moyillik holatida xarakterlanadi. Bu holat moddalar almashinuvining boshqacha bo'lib qolishiga, shuningdek, jinsiy bezlar funksiyasining 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 manbayi, 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, teri osti yog' qatlamining yo'qolishi tushuniladi. Ayollarda «mensis» tugaganidan keyin, ya'ni «klimaks» boshlanganidan keyin tuxumdonlar va bachadon kichrayadi. Involutsion 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 yetishmovchiligiga, 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 organizmida 70 yoshga kirgan odam organizmiga xos bo'lgan struktur o'zgarishlar, funksiyalar 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, davr talabiga to'la javob bera oladigan shunday mutaxassislar tayyorlash uchun izlanishlar olib borilmoqda. Shuning uchun «Gerontologiya»da hamshiralik ishiga: «Gerontologiyada hamshiralik jarayoni», «Gerontologiyada kommunikatsiya», «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'lig'ini ijobiy

tomonga o'zgartirish shu kunning talabidir. Hamshiralik ishini fan va sanoat darajasiga ko'targan amerikalik nazariyotchilardan biri V. Xenderson tibbiyot hamshiralarning noyob vazifasi inson, sog'lom odam yoki bemorga o'zining sog'lig'ini 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'lig'ini 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'rikan insonning (keksaning) umrini osoyishta yashab o'tishiga imkoniyat yaratish. 5. Qariyalar uchun sog'lom turmush tarzini yuzaga keltirish va rivojlantirish zarur.

Gerontologiyada hamshiralik jarayoni hamshira tafakkurining va harakatining alohida bir turi. Chunki keksa yoki qari kishilarga qarash, ularni davolash hamshiralardan alohida mas'uliyat, muomala madaniyati, ilmni 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'lig'ini 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 – keksa yoki qari bemor bilan hamshira o'rtasidagi muloqot bo'lib, bu bemorning shaxsiyatiga tegmaydigan tarzda uning ruhiy kechinmalarini bilish, agar sog'lig'iga salbiy ta'sir etsa, ularni bartaraf etish yoki yengillashtirish usullarini aniqlab, bemor atrofida psixoemotsional osoyishtalik yaratib, parvarishni olib borishdir.

Hamshira keksa 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.
4. Keks va qari bemorni suhbatga – dardlashishga chorlovchi, tinch, osoyishta muhitni yaratish.

Keks 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.

1. Avaylash, g'amxo'rlikni his qildirish.
2. So'zlashganda yuz va tana harakatlariga e'tibor berish.
3. 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 olmadingaz?

3. **Yo'naltiruvchi savol** – fikrni davom ettirishga uvdovchi 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 ahvoliga 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, kasallikni 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 hujjatlantirish.

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 choralar bilan cheklanib qolmay, balki masalaga ijtimoiy nuqtayi nazardan yondashishni 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 nuqtayi 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 yaralarining oldini olish parvarishlarini, o'pka ventilatsiyasini 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:

1. Klimaks.
2. Menopauza oldi davri.
3. Klimakterik davr.
4. Klimakterik sindrom.
5. FSG gormoni.
6. LG gormoni.
7. Neyro vegetativ o'zgarishlar.
8. Psixoemotsional o'zgarishlar.
9. Urogenetal simptomlar.
10. Keksalik.
11. Qarilik.

XII BOB. JINSIY A'ZOLARDA O'TKAZILADIGAN OPERATSIYALARDAN OLDIN VA KEYINGI DAVRDA FELDSHER-AKUSHERNING VAZIFALARI

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, bezovtalingining oldi olinadi. Bemor ruhiy va jismoniy holatini yaxshilash, operatsiya yaxshi o'tishiga zamin yaratadi.

Operatsiyadan avvalgi tekshiruvlar. Qon va siydikning klinik va biokimyoviy tahlili, YeKG, jigar, buyrak, yurak-qon tomir tizimi faoliyatini tekshirish, OITSga, gepatit V va S ga, RW, qonning ivuvchanligini tekshirish, ko'krak qafasi flurografiyasi, 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 shaxslar (direktor o'rinbosari, shifokor va anesteziolog)ga topshiriladi.

Tuklarni qirish. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalarda qorinning pastki qismidagi va jinsiy a'zolaridagi tuklar qirib

tozalanadi. Agar qin orqali operatsiya qilinsa, faqat jinsiy a'zolardagi tuklar qiriladi (bemorning xohishi inobatga olinadi).

Tana gigiyenasi. Tana gigiyenasiga qat'iy rioya qilinadi, bemor ahvoliga 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. 00dan 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 tekshiruvidan o'tiladi, tekshiruv tafsiloti operatsiya xonasiga anesteziolog e'tiboriga havola qilinadi.

Operatsiyaga yozma rozilik berish. Operatsiya boshlanmasdan avval, oila a'zolari maxsus shakldagi hujjatlarni to'ldirib berishlari kerakligi tushuntiriladi.

Operatsiyadan avval tushuntirish. Bemorning bezovtalanishini 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, monikurlarni olib tashlash; hamshira bemorning qimmatbaho jihozlarini olib, oilasiga berishini va hamshira bunga mas'ul ekanligini tushuntirish.

Operatsiya bo'ladigan kundagi hamshiralik parvarishi. Nonushta qilmaslik, ko'rsatmalarga binoan huqna qo'yish (sovunli huqna, yumshatuvchi shamchalar). Bemorni ichak va qovug'i bo'shatilganligini aniqlash, bemorni operatsiyadan 30 daqiqa oldin operatsiya xonasiga olib kelish.

Anesteziya. Ko'rsatmalarda premedikatsiya yozilgan bo'lsa, hamshira bosh hamshiradan ruxsat olgan holda uni bajaradi.

O'rin-joy tayyorlash: Karavotga 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 ahvoliga 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 karavotiga 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 kelishi, 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. Defekatsiyaning buzilishi: defekatsiyani 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 kateterizatsiya 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 yengillik 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.

Statsionardan 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 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. Statsionardan 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 keyin 1 oy davomida o'tkaziladi. Bemorga ko'rikka

kelguniga qadar qorin pastida og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, jinsiy a'zoldan 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 reabilitatsiya 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 savollari:

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 kandiloma, ekzofit rak, endofit rak, metastaz, infiltratsiya, kolposkopiya, sitologik tekshiruv, rektoromanoskopiya, menoragiya, metroragiya.

TEST

1. Qanday o'smalar kista deyiladi?
 - a) a'zo yoki organlarning xos to'qimalaridan o'sadigan
 - b) muskul tolasidan o'sadigan
 - c) qo'shuvchi to'qimadan o'sadigan
 - d) serroz qavatdan o'sadigan
 - e) sekret ishlab chiqadigan bezlarning chiqarish yo'llari bekilib qolishi hisobiga suyuqlik bo'shliqda to'planib qolishidan

2. Fibromioma qanday o'sma?

- a) qo'shuvchi to'qimadan o'sib chiqqan xavfsiz o'sma
- b) muskul tolasidan o'sadigan xavfsiz o'sma
- c) muskul tolasini va qo'shuvchi to'qima birgalikda o'sgan xavfsiz o'sma
- d) bezli to'qimadan o'sgan xavfli o'sma
- e) bachadon endometriy qatlamidan o'sgan xavfli o'sma

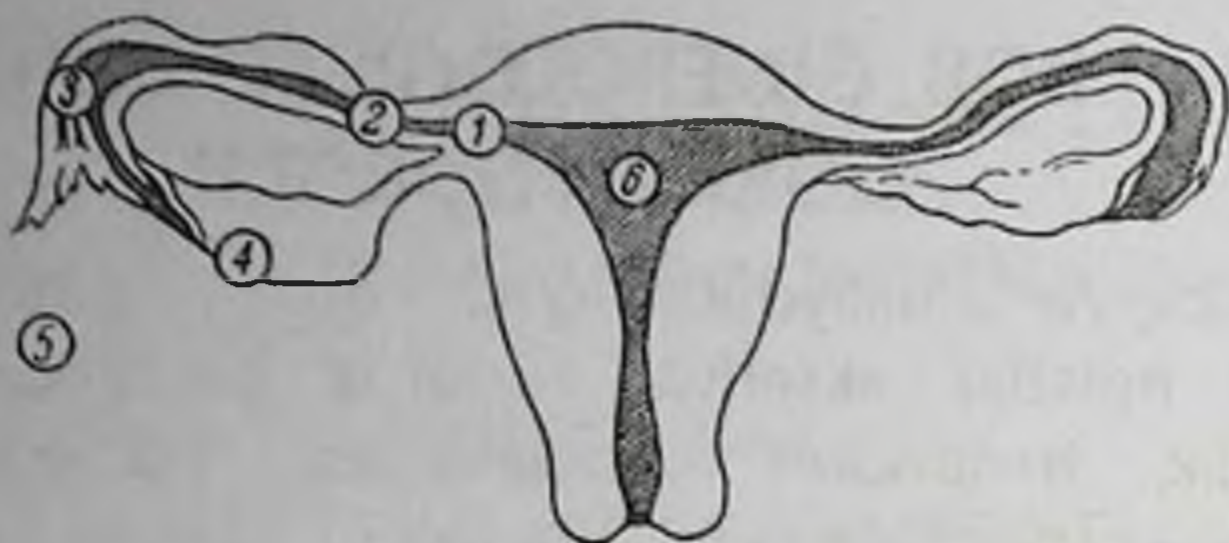
XIII BOB. GINEKOLOGIYADA O'TKIR QORIN SINDROMI

Ginekologiya amaliyotida o'tkir qorin sindromini vujudga keltiruvchi holatlar aksariyat hollarda bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, tuxumdon kista va kistomalari oyoqchalarining buralib qolishi va bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishi oqibatida kelib chiqadi. Ular orasida ko'p uchraydigan patologiya bachadondan tashqari homiladorlik hisoblanadi.

BACHADONDAN TASHQARIDAGI HOMILADORLIK (graviditas extrauterina)

Urug'langan tuxumhujayra normal sharoitda tuxum yo'llari orqali bachadonga borib, uning shilliq qavatiga payvandlanib oladi. Tuxumhujayraning harakatlanish sharoiti buzilgan bo'lsa, u bachadondan tashqariga payvandlanadi. Bachadondan tashqari homiladorlik deb shunga aytiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishda (graviditis yextrauterina) spermatozoid bilan qo'shilgan tuxumhujayra odatdagicha bachadon ichiga emas, balki bachadon naylarida (graviditis extrauterina tubria), qorin bo'shlig'ida (graviditis yextrauterina abdominalis), tuxumdonda (graviditis extrauterina ovarialis), bachadonning qo'shimcha shoxida, bachadon bo'ynida rivojlanishi ham mumkin (13.1-rasm). Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98-99%i bachadon naylarida uchraydi.



13.1-rasm. Bachadondan tashqaridagi va bachadondagi homiladorlikda otalangan tuxumhujayraning payvandlanadigan joylari.

- 1) bachadon nayining interstitsial qismiga; 2) bo'g'iz (istmik) qismiga; 3) ampular qismiga; 4) tuxumdonga; 5) qorin bo'shlig'iga; 6) bachadon bo'shlig'iga.

Etiologiyasi. Homilaning bachadon naylarida rivojlanishida naycha muskullarini sust bo'lishi, naychalardagi yallig'lanishdan keyin qolgan chandiqlar, o'smalar, endometrioz, bachadon va uning naychalar sili, asabiy ruhiy holatlar sabab bo'lishi mumkin.

Infantil ayollarning naychalari uzun va egri-bugri bo'lganlari sababli spermatozoid qo'shilgan tuxumhujayra 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.



13.2-rasm. Bachadon nayidagi abort.

- a) homila tuxumining nay devorlaridan ko'chishi; b) homila tuxumining naydan chiqa boshlashi.

Klinik kechishi: spermatozoid bilan qo'shilgan tuxumhujayra 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 yetgan 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'i 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'kimtir bo'lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirganda bachadon biroz kattalashgan bo'ladi. Hali homila tuxumi o'rnidan ko'chmagan, naycha yorilmagan bo'lsa, shu homilali naycha yo'g'onlashgan va yumshagan, homila tuxumi joylashishiga qarab shu yer ko'proq yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).

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.



13.3-rasm. Bachadon nayining yorilishi.

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, serroz qavati va undan ham chuqurroqqa joylashib rivojlanadi. Bunda qon tomirlar yemiriladi. Agar homila

tuxumi naychanning ampular 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 oylikkacha 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.

TUXUMDON APOPLEKSIYASI

Tuxumdon apopleksiyasi (apoplexiya ovarii) ovulatsiya davrida follikula yorilishi natijasida tuxumdon parenximasiga qon quyilishi va uning to'qima butunligining buzilishi hamda qorin bo'shlig'iga qon oqishi bilan boshlanadi. Bu holat 16-30 yoshli ayollarda kuzatiladi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari natijasida yoki follikula persestensiyasi kuchayishi oqibatida ovulatsiya davrida tuxumdon parenximasining yorilishi oqibatida kelib chiqadi. Unda tuxumdon qon tomirlarining o'tkazuvchanligi buzilib, tuxumdon kapsulasi yoriladi va qorin bo'shlig'iga qon ketadi yoki parenximasiga qon quyiladi. Bunday

holatda qorinning pastki qismida tegishli tuxumdon sohasida qattiq og'riq kuzatilib, qorin bo'shlig'iga qon quyilmaydi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jismoniy zo'riqqanda, og'ir yuk ko'targanda, shikastlanish natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Klinikasi: Kasallik to'satdan qorinning pastki sohasida kuchli og'riq bilan boshlanib, butun epigastral sohaga, to'g'ri ichakka irradiatsiya beradi. Og'riq bosh aylanishi, hushdan ketish, sovuq ter bosishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan kuzatiladi. Klinik ko'rinishiga qarab tuxumdon apopleksiyasini 3 turga bo'lish mumkin:

- og'riqli;
- anemiyali;
- aralash.

Og'riq to'g'ri ichakka ham o'tadi. Ba'zan og'riq kuchli bo'lganligi sababli ayolda o'tkir qon-tomir yetishmovchiligi kuzatiladi.

Kasallikning aralash turida og'riqli va anemik ko'rinishlar birgalikda uchraydi.

Qorin paypaslab ko'rilganda og'riqli, shishgan va nafas aktida sust ishtirok etayotganligi aniqlanadi.

Ginekologik tekshiruvda bachadon bo'yni tekshirilganda og'riqli, bachadon kattalashmagan, qattiq, bachadon ortiqlari va tuxumdon kattalashgani aniqlanadi.

Diagnoz. Klinik ko'rinishi, anamnezi va obektiv tekshiruvga ko'ra diagnoz qo'yiladi. Diagnoz qo'yishda UTT va qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish yordamida aniqlanadi.

Davosi: Kasallangan bemor ahvoli dastlab o'rtacha bo'lib, kam qon ketsa bemor konservativ davolanadi (yotoq rejimi, qorin sohasiga muzli xalta qo'yish, qon o'rnini bosuvchi dori vositalari qo'llaniladi).

Kasallikning o'tkir davri o'tib bo'lgach, bemorga fizioterapiya, dori elektroforezi buyuriladi. Kuchli qon yo'qotish yoki og'riq sindromida bemorlarni albatta operativ yo'l bilan davolash lozim, ya'ni tuxumdonlar ponasimon rezeksiya qilinib tikiladi, ba'zan tuxumdon butunlay zararlangan bo'lsa olib tashlanadi.

Nazorat savollari:

1. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning turlari.
2. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning etiologiyasi, klinikasi va davosi.
3. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda nayning yorilishi.
4. Naydagi abort.

Tayanch soʻz va iboralar:

Bachadondan tashqaridagi, implantatsiya, homiladorlik, Duglas boʻshligʻi, naydagi abort, qin orqa gumbazi punksiyasi, laparotomiya.

TEST

1. Bachadondan tashqaridagi (naylardagi) homiladorlikda naylarning yorilishini ifodalovchi klinik belgilarni tasvirlang.

a) tana xaroratining koʻtarilishi, qorinda qattiq ogʻriq paydo boʻlishi

b) qorinda qattiq ogʻriq boʻlishi, qindan yiringli ajralma kelishi

c) bachadondan kuchli qon ketishi, kamqonlik

d) qorin pastki qismining ung yoki chap tomonida dardsimon (oʻqtin-oʻqtin) ogʻriq, jinsiy aʼzolardan kam-kam qoramtir rangli quyuqroq qon kelishi

e) qorin pastki qismida keskin ogʻriq, qon bosimining pasayishi, qorin boʻshligʻida qon toʻplanishining belgilari, kasal umumiy ahvolining ogʻirlashuvi

2. Zudlik bilan yordam koʻrsatish zarur boʻlgan ginekologik kasalliklar.

a) jinsiy aʼzolarning septik yalligʻlanish kasalliklari

b) ginekologiya amaliyotida oʻtkir qorin holati (bachadondan tashqaridagi homiladorlik, oʻsma oyoqlarining buralib qolishi, bachadondan qon ketishi)

c) pelvioperitonit, parametrit

d) tuxumdon va qorin boʻshligʻidagi homiladorlik

e) yaxshi va yomon sifatli oʻsmalar

XIV BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI UMUMIY DAVOLASH USULLARI VA PARVARISH QILISH

Ginekologik bemorlarni davolash konservativ va operativ usullarda amalga oshiriladi.

Bemorlarni konservativ usulda davolash. Bemorlar poliklinikaga, statsionarga kelgan paytlaridanoq psixoterapevtik yordam ko'rsatish, ya'ni shikoyatlarini e'tibor bilan tinglash, bemor kayfiyatini ko'tarishlari zarur.

Tibbiyot xodimlari bemorlar bilan iliq munosabatda bo'lishlari, ular talablarini qondirishga harakat qilishlari kerak.

Shifokor bemor oldida hamshiraga bemor psixikasiga salbiy ta'sir qiladigan, kasallikning yomonlashuvi haqida gumon tug'diradigan yoki bemorning tuzalishiga shubha borligi haqidagi ma'lumotlarni gapirmasliklari kerak.

O'tkazilgan klinik tekshirishlarning natijalarini ham bemor huzurida aytish tavsiya etilmaydi.

Kasalxonaning har bir bo'limida tibbiyot hujjatlari (kasallik tarixi, tekshirish natijalari va shunga o'xshashlar) bemor titib ko'rolmaydigan qilib yaxshi saqlanishi lozim. Bemorlarning psixikasiga shikast yetkazadigan noxush tashxis va ma'lumotlarni kasallik tarixidan ko'chirib yozib berish yoki shu haqida og'zaki ma'lumot berish mumkin emas.

Tabiiy uyquning uzoq (sutkasiga 10 soatgacha) davom etishi uchun ham zarur sharoit tug'dirish: palatalarda tinchlik saqlash, yorug'lik, temperaturani me'yorda bo'lishini ta'minlash lozim. Shu maqsadda palatalarga tungi chiroqni yoqib qo'yish kerak.

Bemorlarning qanday uxlayotganini kuzatib turish, uyqusi yaxshimas bemorlarga uxlatuvchi dorilar berish tavsiya etiladi. Og'riq bo'lganda og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi.

Ginekologik bemorlarning rejimi

Ginekologik kasalliklar bilan og'riq bemorlar turli oqibatlar kelib chiqishining oldini olish maqsadida muayyan rejimga rioya qilishlari lozim. Ayol jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklarida, umumiy o'rnatilgan rejimga (ovqatlanish rejimi, dam olish, uyqu, nerv sistemasi va qon aylanish a'zolari faoliyatiga e'tibor berish va hokazo) shuningdek, maxsus rejimga rioya qilish talab etiladi. Bu rejim jinsiy hayotga, qorin ichidagi bosim va qo'shni a'zolar (ichak va siydik-tanosil apparati)ning holatiga taalluqlidir. Yuqumli ginekologik kasalliklarning ko'pchiligi so'zakka aloqador bo'lgani uchun mavjud yallig'lanish jarayonlaridagina emas, siydik chiqarish kanali yoki qin shilliq pardasi yallig'langanini ko'rsatuvchi boshlang'ich belgilar paydo bo'lganda ham bunday bemorlar jinsiy aloqa qilishi taqiqlandi. Tegishli ratsional davolanish bilan birga, umuman jinsiy aloqada bo'lmaslik orqaligina spetsifik infeksiyaning bachadonga, tuxumdonlarga va chanoqning qorin pardasiga tarqalishiga yo'l qo'ymaslik mumkin.

Qorin ichidagi bosimni oshirib yuboradigan ishlar (kuchanish, og'ir narsalarni ko'tarish)ni bajarish yallig'langan a'zolarining o'rnidan ko'chishiga va qon aylanishining shu tariqa buzilishiga, og'riq turishiga sabab bo'ladi. Kasal a'zoni ehtiyot qilish maqsadida ginekologik bemorlar mehnatini tartibga solish, zarur bo'lsa, ularni yotqizib qo'yish kerak. Karavotda yotaverish ham organizmni bo'shashtirib yuboradi. Muskullar bilan bajariladigan ish (hatto oddiy sayr qilish) umumiy tonusni oshirishi mumkin. Umumiy tonus oshganda organizmdagi barcha jarayonlar jadalroq kechadi. Shunday ekan, har bir bemorga uning kasali, turmush tarzini e'tiborga olib alohida yondashish zarur.

Odatda, ginekologik bemorlar ichak funksiyasi buzilganligidan noliydilar. Ko'p bemorlar ich qotishi odat bo'lib qolganini aytishadi. Kuchanganda og'riq turishidan, shuningdek, yallig'langan a'zolarining siljishidan qo'rqib hojatga kam borish ham ich qotishiga sabab bo'ladi. Ich bo'shatilganda yallig'langan a'zolar joyidan siljiydi.

Ichni yurishtirib turish juda muhimdir. Ammo surgu dorilar ichish hamisha natija beravermaydi.

Kasalxonada yotgan ginekologik bemorlarning umumiy gigiyena rejimi shundan iborat: qov va tashqi jinsiy a'zolaridagi tuk qirib tashlanadi, tashqi jinsiy a'zolar va anus sohasi (har kuni ertalab va kechqurun) yuviladi. monelik bo'lmasa, har kuni umumiy vanna qabul qilinadi, kiyim-bosh muntazam ravishda almashtirib turiladi (bemorning tagiga yoziladigan choyshab har kuni, qindan ko'p ajralma kelganda esa, zaruratga qarab almashtirilishi lozim), soch sinchiklab tekshirib turiladi.

Vaksinoterapiya. Organizmga vaksina yuborib, biror infeksiyaga qarshi sun'iy yo'l bilan immunitet vujudga keltirish usuli vaksinatsiya deb ataladi. Vaksina zaiflatilgan tirik yoki o'lik mikroblardan yoki ularning hayot faoliyati mahsulotidan iborat. Ko'pincha 60–70°C temperaturada qizdirish yoki kasallik mikrobining kulturasiga formalin qo'shish yo'li bilan o'ldirilgan mikroblar vaksinoterapiya uchun ishlatiladi. O'ldirilgan yoki zaiflatilgan bakteriya kulturalari qinga yuborilsa, organizm shunga javoban maxsus antitelalar ishlab chiqarish, shuningdek, fagositozni kuchaytirish bilan reaksiya ko'rsatadi. Shu narsa vaksina bilan davolashga asos bo'ladi. Bemorning o'zidan ajratib olingan bakteriyalardan tayyorlangan vaksina o'sha bemorga yuborilsa, bu – autovaksinatsiya deb ataladi. Shunday kasallik bilan og'rikan boshqa bemorlardan ajratib olingan bakteriyalardan tayyorlangan vaksina esa geterogen (yot) vaksina deb yuritiladi. Ko'pincha bir kasallikning turli klinik formalari bilan og'rikan bemorlardan ajratib olingan bakteriyalarning turli shtammlaridan tayyorlangan vaksinalari qo'llaniladi. Bunday vaksinalar polivalent vaksinalar deb ataladi.

Ginekologiyada vaksinoterapiya, asosan, ayol jinsiy a'zolarining so'zagini davolashda ishlatiladi. So'zakka polivalent gonovaksinasi bilan davolash qilinadi.

Tayyor vaksina titrida, 1 ml.da 500 mln.dan 1 mlrd.gacha mikroorganizm tanasi bo'ladi. Vaksinaning titri va yaroqlilik muddati har bir ampulaga yozib qo'yiladi. Vaksina dumba muskuli orasiga yoki

teri ichiga yuboriladi. Vaksina yuborilganda umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqadi. Juda shiddatli reaksiya bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun dastlabki vaksina katta dozada yuborilmaydi. Umumiy va mahalliy reaksiya ro'y bermaganda vaksina dozasini sekin-asta oshirib borish, vaksina yuborishga javoban picha umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqmaguncha vaksina yuborishni davom ettirish kerak. Vaksinani takror yuborishga javoban reaksiya yuzaga chiqmasa, vaksina yuboraverishning foydasi yo'q. Vaksina qancha yangi bo'lsa, organizmga kiritilganda o'shan-cha kuchli reaksiya kelib chiqadi. O'tkir so'zakda vaksinaning dastlabki dozasi o'rta hisobda 200–250 mln. mikrob tanasidan iborat bo'ladi. Organizmning ko'rsatadigan reaksiyasiga, vaksina dozasi qarang, gonokokk vaktsinasi har 1–3 kunda yuboriladi, dozasi esa har gal 150–250 mln. mikrob tanasiga oshirib boriladi.

So'zakning surunkali formalarida mahalliy vaktsinatsiya usuli keng qo'llaniladi. Bunda vaksina bachadon bo'yini, uretra va to'g'ri ichak shilliq pardasining tagiga yuboriladi. Mahalliy vaktsinatsiya kichik dozalardan: 40 mln. mikrob tanasidan boshlanib, sekin-asta 150–200 mln. ga yetkaziladi. Bu usulda umumiy va mahalliy reaksiya kuchli bo'ladi. Shuning uchun bu usulni faqat kasalxona sharoitida qo'llash mumkin.

Aktiv sil, yurak-tomir sistemasnning organik kasalliklari, buyraklar va jigarning og'ir kasalliklari, ozib ketish, og'ir anemiyada vaktsinalar bilan davolash mumkin emas.

Boshqa kasalliklardan surunkali pielit va sistitni vaksina bilan davolash (ayniqsa, siydik yo'llari ichak tayoqchasidan zararlanganda) yaxshi natija beradi.

Ba'zan vaktsinoterapiya bilan bir vaqtda laktoterapiya ham qo'llaniladi. Aralash infeksiyada va so'zakning yashirin formalarida, organizm vaktsinoterapiyaga yoki laktoterapiyaga sust reaksiya ko'rsatganda ham vaksina, ham sut bilan davolash tavsiya etiladi. Bunday hollarda vaksina va sut bir shpritsga tortib olinib, muskul orasiga yuboriladi. Ayni vaqtda kichikroq doza, masalan, 1 ml. sut va 100 mln. mikrob tanasi bo'lgan vaksina olinadi. Organizmning

ko'rsatadigan reaksiyasiga qarab doza oshirilaveradi. Ba'zan sut bemorning o'z qoni bilan qo'shib yuboriladi. Qon bilan sut aralashmasi ham muskul orasiga 3:1 nisbatda yuboriladi (qaynagan 3 ml. sutga bemor qonidan 1 ml. qo'shiladi).

Autogemoterapiya – terapevtik maqsadlarda bemorning o'z qonini parenteral yo'l bilan yuborish – ginekologiyada keng rasm bo'lgan.

Autogemoterapiyada klinika nuqtayi nazaridan organizm himoya kuchlarining oshganligi va qon yaratish a'zolarining faoliyati kuchayganligi (leykotsitoz oshganligi) qayd qilinadi. Autogemoterapiya quyidagi kasalliklarda qo'llaniladi:

- jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (jumladan, so'zak kasalligi);
- yuqumli kasalliklar (jumladan, operatsiyadan keyingi pnevmoniyalar);
- bachadondan funksional xarakterdagi qon ketishi (ayniqsa, balog'atga yetish davrida);
- furunkuloz va hokazolar.

Autogemoterapiyada katta dozalar (10–20 ml.) ham gemostatik ta'sir ko'rsatadi. Autogemoterapiya qilishda qon bemorning tirsak venasidan yo'g'on ignali shpritsga tortib olinib, shu bemor dumbasining yuqori-tashqi kvadratidagi muskul orasiga yuboriladi. Qon kunora 5–10 ml.dan yuboriladi. Qon ivib qolmasligi uchun shpritsga oldin 5%li natriy sitrat (Sol. Natrii citrcii 50%)ning steril eritmasidan 1–2 ml. tortib olinadi.

Jinsiy a'zolarining difteriya (bo'g'ma) tayoqchasi, qoqshol tayoqchasi yoki gazli gangrena mikrobi qo'zg'atgan infeksiyalarda antitoksik spetsefik zardoblar yuborish shart.

Ginekologiya amaliyotida og'riq qoldiruvchi, qon to'xtatuvchi dori vositalari hamda antibiotiklardan, gormonlardan va fiziote-rapevtik vositalardan keng foydalaniladi.

Og'riq qoldiruvchi dori vositalari.

Ginekologiya amaliyotida og'riq qoldiruvchi dori vositalariga baralgin, novokain, lidokain, spazmalgon, promidol, morfin va boshqalar kiradi. Ko'pchilik og'riq qoldiruvchi dori vositalariga,

odatda, shamcha (suppozitoriy) shaklida qo'llaniladi yoki eritmasi teri ostiga yuboriladi.

Ginekologik, ayniqsa, surunkali kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda nerv sistemasi juda qo'zg'aluvchan bo'ladi. Bunday hollarda bromid preparatlari va valeriana qo'llaniladi.

QON TO'XTATUVCHI DORI VOSITALARI

Bularga bachadonga ta'sir etadigan qon to'xtatadigan dorilar: vikasol, ditsinon, ergotil, ergometrin, metilergometrin, oksitotsin, pituitrin, kalsiy xlorid, kalsiy glukonat kiradi.

Ba'zan qon to'xtatuvchi turli dorilarning kombinatsiyalari ham foyda beradi.

Gipofizning orqa bo'lagidan tayyorlanadigan ekstrakt, pituitrin R ham qon to'xtatuvchi dori sifatida ishlatilishi mumkin. Bu preparat silliq muskullarning (shu jumladan, bachadon muskullarining) qisqarishini kuchaytiradi. Pituitrin R ichak va qovuqning operatsiyadan keyingi atoniyasida ishlatiladi. Bachadondan disfunktsional qon ketganda (balog'atga yetish davrida, klimaks davrida), surunkali metritda, abortdan keyin qon ketganda pituitrin R, oksitotsin qo'llaniladi.

Antibiotiklar. O'rta tibbiyot xodimlari bemorlarni shifokor nazorati ostida davolaydilar.

Shifokor har bir bemor uchun alohida muayyan antibiotik preparatlarni buyuradi. Ayrim ginekologik kasalliklar, ayniqsa, spetsefik yallig'lanishlar maxsus davolash kursi (sxema) bo'yi-cha olib boriladi. O'rta tibbiyot xodimlari yuqorida qayd etilgan sxemalar bilan tanish bo'lishlari lozim.

So'zak, septik xarakterdagi boshqa turli yuqumli kasalliklarni davolashda ginekologiyada sulfanilamid preparatlar keng qo'llaniladi.

Quyidagi hollarda sulfanilamid preparatlarga monelik bo'ladi:

- yurak-tomir sistemasi va qon kasalliklari;
- o'pka silining keng aktiv formasi;
- yara, jigar kasalliklari;

- nefrozo-nefritlar, Bazedov kasalligi, epilepsiya, og'ir endokrin kasalliklar;

- toksikozlar bilan davom etadigan barcha homiladorliklar.

Sulfanilamid preparatlar bilan davolashda deyarli hamisha umumiy darmonsizlik, bosh aylanishi, ishtahadan qolish, picha bosh og'rig'i kabi ba'zi ko'ngilsiz hodisalar kuzatiladi. Bular davolashni to'xtatishga sabab bo'lmasligi kerak.

Bemorning boshi qattiq og'rganida, qusganida, terisiga g'udda toshganida, qo'l-oyoqlari jonsizlanib qolganda, tomiri juda tez o'rganda, sianoz, sariq kasalligi paydo bo'lganda sulfanilamid preparatlar bilan davolashni vaqtincha to'xtatib turish kerak. Ko'ngilsiz hodisalar paydo bo'lsa, toksinlarni organizmdan chiqarib yuborish uchun bemorga ko'proq suyuqlik beriladi, ichni tozalaydigan klizma qilinadi yoki surgi dori ichiriladi.

Antibiotiklardan penitsillin, ayniqsa, ko'p ishlatiladi. Penitsillin (*Renicillium notatum* yoki *crustosum*) zamburug'i moddalar almashinuvida hosil bo'ladigan moddadir. Penitsillin bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi (mikroblarning o'sishini to'xtatadi), ammo katta dozalari bir qancha mikroblarga, jumladan, gonokokklarga bakteritsid ta'sir ko'rsatadi (bakteriyalarni o'ldiradi).

Streptokokk, pnevmokokk, gonokokk, meningokokk va boshqa ba'zi mikroblar qo'zg'atadigan kasalliklarda penitsillin yaxshi foyda beradi; penitsillin viruslarga, ichak tayoqchasiga, sil, bruselloz mikroblariga ta'sir etmaydi.

Penitsillinning zaharli xossalari yo'q. Penitsillin eritmasi odatda, muskul orasiga, ba'zan esa venaga yuboriladi.

Penitsillin so'zak va turli mikroblar qo'zg'atadigan boshqa ko'pgina yuqumli jarayonlarga davo qilish uchun eng ta'sirli dorilardan biridir.

Septik jarayonlarda penitsillin dozasi va qo'llanish usuli infeksiyaning xarakteriga va o'tkirlilik darajasiga bog'liq.

Septik kasalliklarda penitsillinni qo'llab, yaxshi natijalarga erishib bo'lmasligi bir qancha sabablarga bog'liq bo'lishi mumkin, ya'ni:

- mikroblarning penitsillinga chidamliligi; stafilokokk, ichak tayoqchasi, ko'k-yashil yiring tayoqchasi, enterokokk qo'zg'atgan septik jarayonlarda ko'pincha shunday bo'ladi;

- preparatni yetarli dozada bermaslik va muntazam ravishda yubormaslik;

- preparatni haddan tashqari kech, organizmdagi o'zgarishlar qaytmas holga o'tgandan keyin (septik endokardit, ko'plab yiringli metastaz o'choqlari, miya abscesslari) qo'llash;

- ochilmagan yiring o'chog'i (piemiya) borligi. Septik kasalliklarga davo qilishda penitsillinoterapiya hozir yetakchi terapiya ekanligi shubhasiz. Penitsillinni o'z vaqtida, to'g'ri qo'llash natijasida septik kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi kamaygan. Bir qancha hollarda penitsillinoterapiya bilan birga, boshqa turli davo metodlaridan ham foydalanish (kimyoterapiya, jumladan, sulfanilamid preparatlar bilan davolash, immunoterapiya, jarrohlik operatsiyasi – abscesslarni ochish va shunga o'xshashlar) zarurligini esda tutmoq kerak.

Keng doirada ta'sir qiladigan antibiotiklar. So'nggi vaqtda avvalo penitsillinga chidamli mikroblar qo'zg'atadigan kasalliklarda antibiotiklarning katta guruhi qo'llanilmoqda.

Antibiotiklar bilan davo qilinayotganda achitqisimon zamburug'larning paydo bo'lishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Shuning uchun butun davolash kursi mobaynida bemorlarga vitaminlar (yaxshisi polivitaminlar), dori preparatlaridan – levorin va nistatin buyurish lozim.

PARAZITLARGA QARSHI VOSITALAR

Trixomonadli kolpitni davolash uchun metronidazol (trixopol 250, flagil, klion, efloran) qo'llaniladi. Trixopol 500 vaginal shamcha ko'rinishida ishlab chiqariladi. Bu preparatlar bilan bir qatorda, shilliq qavat zamburug'li zararlanishning oldini olishda nistatin preparati qo'llaniladi.

Gormonoterapiya

Gormonlar bilan davolashda ichki sekretiya bezlaridan tabiiy yo'l bilan olingan preparatlar va sintetik analoglar qo'llaniladi.

Davolashning quyidagi turlari mavjud:

1. O'rnini bosuvchi gormonoterapiya – organizmda gormonlar miqdori yetishmasligida yoki kamayib ketganda qo'llaniladi.

2. Stimullovchi gormonterapiya – organizmdagi tabiiy gormon ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.

3. Tormozlovchi gormonterapiya – endokrin bezlarning gipersekretsiyasida qo'llaniladi.

Gormonal preparatlar quyidagicha farqlanadi:

- ayollar jinsiy gormoni (estrogen va sariq tana gormonlari);
- erkaklar jinsiy gormoni.

Estrogen preparatlarga – estron (follikulin), estradiola dipropionat, etinilestradiol (mikrofollin), sinestrol kiradi.

Estrogen preparatlarning aktivligi shartli birliklarda (TB) ifodalanadi (1 mg estron 10 000 TB tashkil qiladi).

Ko'rsatmalar. Birlamchi va ikkilamchi amenoreya, infantilizm, bepushtlik, klimakterik va postkastratsion sindromlarda, bachadondan disfunktsional qon ketganda qo'llaniladi.

Monelik. Jinsiy a'zolar va sut bezining o'smasida. Birinchidan, sust ishlayotgan endokrin bezlarning yetishmayotgan gormonlarini to'ldirish, ikkinchidan, biron o'zgarish yoki kasallik oqibatida normadan ortiqroq ishlayotgan endokrin bezlarning sekretini neytrallash maqsadida organizmga gormonal preparatlar va sintetik gormonlar yuboriladi. Endokrin bezlar ortiqcha ishlab, gormonlar ko'p chiqqanda boshqa bezlarning birgalashib ishlashi buziladi.

Tuxumdon funksiyasi buzilganda tuxumdon gormonining preparatlari ginekologiyada keng qo'llaniladi.

Tuxumdonning ekstraktlari ovarinlar deb ataladi. Tuxumdon to'qimasida gormonlar kamroq bo'ladi, follikula yorilishi paytiga kelib follikular suyuqlikda ovarial gormon ko'payadi. Follikular apparatdan ishlanib chiqadigan bu gormon estrogen gormon deb ataladi.

Tuxumdon gormonlari bevosita qonga o'tib, siydik bilan chiqqani uchun tabiiy estrogen moddalarning preparatlari follikular gormonlar homilador ayollar yoki ot siydigidan olinadi.

Tuxumdon gormonlarining preparatlari tabletka, tomchi dori va ampulalarda (teri ostiga yuborish uchun) ishlab chiqariladi.

Tuxumdon gormonlaridan quyidagi hollarda qo'llaniladi:

- infantilizm;
- balog'atga yetish davrida qon yaratish funksiyasining buzilishi;
- klimakterika davrida;
- ovqatlanishning buzilishi (yog' bosishi);
- hayz ko'rish funksiyasining buzilishi;
- tug'maslik (yallig'lanish jarayonlarining oqibatlariga bog'liq bo'lmagan tug'maslik);
- ichki sekretiya bezlarining kasalliklari;
- ba'zi nerv kasalliklari (epilepsiya) va psixozlar. Tegishli ko'rsatmalar bo'lganda sintetik gormonlar (jumladan, sinestrol)dan foydalangan ma'qul.

Jinsiy a'zolarining chala taraqqiy etishi, tuxumdonlar gipofunksiyasi va shu tufayli gipooligomenoreya yoki ikkilamchi amenoreya belgilarining kelib chiqishi, gemorragik metropatiyaga estrogen preparatlar bilan davo qilinadi.

Sut bezlarining rakida va tuxumdonning xavfli o'smalarida ham estrogen preparatlari keng qo'llanilmoqda. Odatda, ular keksa yoshdagi va kechki menopauzadagi bemorlarga buyuriladi.

Menopauzada bo'lgan yoki menopauzadan keyingi birinchi-yillarda (5-yilgacha) androgenlarni qo'llash maqsadga muvofiq.

Sintetik estrogen preparatlarni teri ostiga yuborish uchun ampulalarda va ichish uchun tabletkalar shaklida ishlab chiqariladi.

Sariq tana ham ichki sekretiya bezi hisoblanadi, tuxumdonning shu tanadan ishlanib chiqadigan ikkinchi gormoni sariq tana gormoni progesteron deb ataladi.

Sariq tananing sintetik gormonlari progesteron va pregnin nomi bilan ishlab chiqariladi.

Progesteron quyidagi xususiyatlarga ega:

- proliferatsiya holatidagi endometriyning sekretor o'zgarishiga sabab bo'ladi;
- bachadon va naylardagi muskullarning qisqarishini kamaytiradi;
- sut bezlarining taraqqiy etishini tezlatadi.

Progesteron quyidagi hollarda qo'llaniladi:

- amenoreya (birlamchi va ikkilamchi);
- dismenoreya;
- bachadondan funksional qon oqishi (gemorragik metropatiya, yuvenil qon oqishi va klimakterik davrida qon ketishi).

Progesteron bilan davolash 6–8 kun davom etadi.

Qon ketmayotganda progesteron berish hayz siklining tiklanishiga imkon beradi. Odatdagi va tahdid solib to'rgan abortda ham progesteron qo'llaniladi.

Pregnin – sariq tana gormoni (progesteron)ning sintetik analogidir. Progesteronning biologik va shifobaxsh ta'siri qanday bo'lsa, pregninniki ham shunday. Pregninning progesterondan afzalligi shuki, uning tabletkalarini qabul qilish mumkin.

Ammo pregninning biologik aktivligi progesteronga qaraganda taxminan 5–6 baravar kamligini nazarda tutmoq kerak.

Sariq tana gormonining yetarli darajada ishlab chiqarilmasligi tufayli tuxumdonlar funksiyasi buzilganda pregnin buyuriladi.

Erkak jinsiy gormonining preparatlari testosteron-propionat va metiltestosteron nomi bilan ishlab chiqariladi.

Ayollarda bachadondan funksional qon oqishi, tomir va nerv sistemasining klimakterik davri bilan bog'langan o'zgarishlarda testosteron-propionat buyuriladi. Klimakterikdan ilgarigi davrda va klimakterik davrida bachadondan funksional qon oqqanida testosteron ineksiya qilinsa, endometriy atrofiyalanib, qon ketishi to'xtaydi.

Tuxumdonlar bilan sut bezining rakiga davo qilishda ham testosteron qo'llaniladi.

Qalqonsimon bez ekstrakti – tireoidin qalqonsimon bezning yetarli ishlamasligidan kelib chiqqan menoragiyalarda qo'llaniladi.

Pituitrin R gipofiz (miya ortig'i) orqa bo'lagining ekstrakti bo'lib, odatda, teri ostiga yuboriladi (bir gallik dozasi 0,5–1 ml.). Bu preparatlar silliq muskullarni qisqartirgani uchun bachadondan atonik qon ketishida, operatsiya qilingan bemorlarning siydigi ushlanib qolganda, meteorizmda ichak peristaltikasini kuchaytirish uchun buyuriladi.

Gipofizning old bo'lagidan chiqadigan gormon jinsiy funksiyalarga ta'sir ko'rsatadi. Gipofizning old bo'lagidan ikkita gormon chiqadi: follikulalarni qo'zg'atadigan gormon – prolan A follikulaning o'sishiga va yetilishiga yordam beradi, lyuteinlashtiruvchi gormon – prolan B follikulalarni sariq tanaga aylantiradi. Ayollar homilador bo'lgan vaqtda xorial gonadotropinalar hosil bo'lishi kuchayadi, bu siydik bilan ko'plab chiqadi. Siydikdan prolan B (lyuteinlashtiruvchi gormon) chiqishini homiladorlikning ilk muddatlarida aniqlash mumkin.

Buyrakusti bezlarining gormoni – adrenalin tomirlarni toraytiradi va qonni to'xtatadi. Ayol ko'p qon yo'qotib, qon bosimi pasayib ketganda adrenalinni fiziologik eritma bilan teri ostiga yuborish yaxshi samara beradi (500 ml. fiziologik eritmaga 1 ampula). Bundan tashqari, adrenalin mahalliy anesteziyada, orqa miya anesteziyasi bilan sakral anesteziyada qo'llaniladi. To'qimlarga qon kelishini kamaytirish va anesteziya muddatini oshirish maqsadida 10 ml. novokain eritmasiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 2 tomchi qo'shiladi.

Oxirgi avlod gormonal preparatlar klimonorm – kombina-tsiyalangan estrogen-gestogenli, femoston – 2 fazali kombina-tsiyalangan estradiol+didrogesteronli preparatlar bo'lib, kli-makterik davrda qo'llaniladi; dufaston – hayz sikli buzilganda qo'llaniladi.

Fizioterapevtik davolash usullari

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklariga davo qilishda fizioterapevtik usullar ko'p qo'llaniladi.

Organizmga biron fizioterapevtik usul bilan ta'sir etganda shuni nazarda tutish kerakki, har qanday boshqa tashqi ta'sir kabi fizioterapevtik ta'sir ham reflektor reaksiyalarga sabab bo'ladi. Fizioterapevtik muolajalarning shifobaxsh ta'sir ko'rsatishida ana shu reaksiyalar katta rol o'ynaydi. Davolash muassasalarida ko'rsatiladigan terapevtik ta'sirlarda sharsiz ta'sirot (ya'ni biron fizioterapevtik muolaja) bilan birga, har xil tashqi omillar ham ta'sir etishini esdan chiqarish yaramaydi.

Sharaitning qulayligi, saranjomlik, yot ta'sirlarning yo'qligi bemorlarning ahvoliga shubhasiz ijobiy ta'sir ko'rsatadi va shifobaxsh muolajaning durust kor qilishida katta rol o'ynaydi.

Bemor odatlanmagan har qanday yangi doimiy ta'sirotning kelib chiqishi I.P. Pavlov ta'limotiga muvofiq organizmning javob reaksiyasiga sabab bo'lishi kerak. Terapevtik natijani ikkinchi signal sistemasi orqali ham kuchaytirish mumkinligini esda tutish kerak. Bemorning bosh miya po'stlog'iga ikkinchi signal sistemasi orqali so'z bilan maxsus ta'sir ko'rsatish nuqtayi nazaridan baho bermoq kerak. Shunday ekan, terapevtik agent bemor uchun to'g'ridan to'g'ri qarshi omilga, ya'ni salbiy omilga aylanib ketmasligi uchun tibbiyot xodimlari bemor bilan muomalada to'g'ri yo'l tuta bilishlari zarur.

Elektroterapiya

Ginekologik bemorlarga davo qilishda elektr tokidan galvanik, faradey va yuksak kuchlanishli o'zgaruvchan tok shaklida qo'llaniladi.

Ta'sir etib turgan vaqtda kuchlanishi bir xil bo'lgani holda bir yo'nalishga ega bo'ladigan tok galvanik tok yoki o'zgarmas tok deb ataladi. Galvanik tok galvanik batareya, akkumulator yoki maxsus mashinadan olinadi. Terapevtik maqsadlar uchun tok kuchlanishi 60–80 Vdan oshmasligi lozim.

0,25–1 mm qalinlikdagi yupqa qalay elektrodlar eng yaxshi elektrodlar hisoblanadi.

Elektrod yuzaga zichroq yopishib turishi va shu bilan tokni bir tekis taqsimlashi uchun, paxmoq laxtaklardan qalin gigroskopik qistirma qo'yiladi. Qistirma fiziologik eritma bilan ho'llanadi, siqib tashlanadi va badanning elektroliz bilan ta'sir etiladigan qismiga yopiladi, ustidan qalay elektrod plastinkasi qo'yiladi va hammasi birga vint bilan mahkamlanadi.

Elektroterapiya quyidagi hollarda qo'llaniladi:

- qorin pastida, biqin sohasidagi muayyan nuqtalarda og'riq sezilib, ayni vaqtda jinsiy a'zolarida obektiv o'zgarishlar bo'lmaganda;
- ichak va qovuq atoniyasida.

Hammaga ma'lum Rumkorfg'altagidan olinadigan o'zgaruvchan tok Faradey toki deb ataladi, u qovuq va to'g'ri ichak sfinkteri bo'shashganda, shuningdek, qorin va chanoq tubi muskullarining zaifligida qo'llaniladi. Faradey toki ta'sirida muskullarning yuqorida ko'rsatilgan guruhlari qisqaradi va chiniqadi. Faradizatsiya uchun sterjen shaklida ishlangan ko'mir elektrod sterilizatsiya qilinib, qovuq yoki to'g'ri ichak bo'shlig'iga kiritiladi, yassi plastinka – elektrod esa qoringa yoki dumg'azaga qo'yiladi.

Ionoterapiya

Muayyan dori moddalarni, masalan, yod, kalsiy va boshqa elementlarning ionlarini o'zgarmas elektr toki yordamida organizmga yuborish ionoterapiya (boshqacha aytganda ionoforez, elektroionoterapiya) deb ataladi. Ayni vaqtda terapevtik effekt beradigan ionlar organizmga yuboriladi.

Elektroionoterapiya texnikasi qo'yidagicha: bemorning dumg'aza sohasiga qumli xalta qo'yilib, indifferent elektrod badanga zich taqaladi. Bu elektrod iliq fiziologik eritmaga ho'llangan matoni qalin qavati bilan qoplangan 10x15 cm kattalikdagi qo'rg'oshin plastinkadan iborat. Mato qavati bilan qoplangan ikkinchi elektrod qorinning pastki qismiga qo'yiladi. Bu elektrod matosi ham dori moddasi eritmasiga ho'llangan bo'ladi.

Ginekologiya amaliyotida ionoterapiya ko'pincha qin yoki bachadon bo'yni kanalining shilliq pardasi orqali o'tkaziladi.

Vaginal terapiya uchun silindrik uchlik shaklidagi elektroddan foydalaniladi.

Vaginal elektrod quyidagicha tayyorlanadi: naysimon ko'zgu olib, qinga shunday kiritiladiki, bachadon bo'yni ko'z-guning ichiga kirib tursin. Ko'zguning tashqi teshigi rezina tiqin bilan berkitiladi, bu tiqinga ebonit sterjen va unga mahkamlangan ko'mir elektrod va ikkita shisha naycha hamda ularga kiygizilgan ingichka rezina shlanglar kiygizilgan bo'ladi.

Qinga kiritilgan ko'zgu pastki shisha naycha orqali dori eritmasi bilan to'ldiriladi. Shundan keyin ikkala naycha qisqichlar bilan berkitilib, elektrodlarni ulashga kirishiladi.

Elektrodlarni muolajaga tayyorlash. Har bir muolajadan keyin elektrodlarning paxmoq yoki doka qistirmalari almash-tiriladi. Navbatdagi har bir muolajadan oldin elektrodlar iliq suvga chayiladi, qaynatiladi va quritilganidan keyin yana ishlatilaveradi.

Elektrodlar (va qistirmalar)ning bittasini hamisha bir xil dori eritmasiga qo'llash uchun ularni shartli belgilar bilan belgilab qo'yish lozim.

Vaginal elektrodlar har gal ishlatilgach, spirt bilan artiladi va dezinfeksiyalovchi modda eritmasida saqlanadi. Bu elektrodlar ishlatilishidan oldin maxsus sochiqda artiladi.

To'ldirma elektrodlarni ham ishlatgandan keyin dezinfeksiya qilish kerak. Silindrik ko'zgu iliq suvda sovunlab yuviladi, so'ngra qaynatiladi. Rezina qistirma va unga o'rnatilgan elektrod, shisha naychalar 0,5%li lizol eritmasida cho'tka bilan sovunlab yuviladi, so'ngra spirt bilan artiladi.

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida, chunonchi, bachadon va ortiqlarning yallig'lanish kasalliklari, perimetrit va parametritlar, fiksatsiyalangan retroverziyalar va shu kabilarda ionoterapiya keng qo'llaniladi.

Ionoterapiyaga moneliklar:

- yiringli jarayonlar;
- yomon sifatli o'smalar;
- teri epidermisining shikastlanishi.

Diatermiya

Diatermik tok (yuksak chastotali tok) bir necha elektrodli maxsus apparatlar yordamida hosil qilinadi va mahalliy diatermiya shaklida qo'llaniladi.

Ginekologiyada elektrodlarni qorin bilan belga (qorin-orqaga joylashtirish), qorin bilan qinga qo'yish (qorin-qin-orqaga joylashtirish) keng qo'llaniladi.

Diatermiya, ayniqsa, gonokokk kabi issiqqa ojiz bakteriyalarga bakteritsid ta'sir etadi, to'qimalardagi modda almashinuvini oshiradi, qon va limfa aylanishini kuchaytiradi, og'riq sezgisini kamaytiradi va hokazo.

Ginekologiyada diatermiya chanoq qorin pardasi yallig'lanib, bitishma, ekssudatlar paydo bo'lganda, operatsiyadan keyin chandiqlar paydo bo'lganda, parametritlarda, bachadon ortiqlaridagi yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi.

Tuxumdon gipofunksiyasida, jinsiy a'zolar chala yetilgan-da, spastik dismenoreyada diatermiya yaxshi natijalar berishi mumkin.

Seans vaqtida bemor badaniga issiq o'tganini sezib, rohat qiladi. Elektrodlar badanga zich taqalib turmasa, badan achishadi va og'riq sezgisi paydo bo'ladi. Diatermiya seansi 20 minutdan 1 soatgacha davom etadi; tok kuchi 0,7–2A.

Endoservitsitlar va bachadon bo'ynining eroziyalarida to'qimalarni koagulatsiya qilish maqsadida ham diatermiya toki qo'llaniladi. Koagulatsiyadan keyin qinga vazelin moyi bilan ho'llangan steril tampon 12 soatga tiqib qo'yiladi.

Moneliklar. Sezuvchanlikning buzilishi, yiringli jarayonlar, qon oqishi, isteriya.

Yorug'lik bilan davolash. Ginekologik kasalliklarga davo qilish maqsadida yorug'lik yoki gelioterapiya (oftob bilan davolash) shaklida yoki sun'iy yorug'lik manbalari yordamida qo'llaniladi.

Oftob vannalari. Organizmga oftobning ko'rsatadigan ta'siri quyosh yorug'ligi spektrining tarkibiga va yoritilish muddatiga bog'liq. Quyoshning nechog'lik balandda turishiga va atmosfera holatiga (namlik, bulut va shunga o'xshashlarga) qarab, hatto bir joydagi quyosh spektri ham farq qiladi. Shunday ekan, kunning turli soatlarida va turli fasllarda quyosh bir xilda ta'sir etmaydi.

Oftob vannalaridan foydalanish ba'zi bir qoidalarga rioya qilishni talab etadi, chunonchi:

- davolashga kirishishdan oldin bemor badanini oftob bilan yoritishga asta-sekin o'rgatishi zarur;

- dastlabki havo vannalarida kasallik o'chog'ini yoritmaslik kerak, chunki yallig'lanish jarayonlarini zo'riqtirib yuborish xavfi bor;

- bemorning boshiga (ayniqsa, ko'ziga) oftob tushmasligi uchun to'sib qo'yish kerak;

- to'yib ovqat yegandan keyin oftob muolajalarini qo'llash yaramaydi;

- muolaja vaqtida bemorga doimo qarab turiladi (yurak faoliyati tekshiriladi), mahalliy reaksiyaga (teri reaksiyasiga) va bemorning umumiy ahvoriga e'tibor beriladi;

- oftob vannasi tamom bo'lgach, bemorning charchash va bedarmonlik hissini bartaraf qilish uchun iliq suvli vanna buyuriladi.

Umumiy oftob vannalari sil jarayonlarida, ginekologik kasalliklar umumiy kamqonlik va ozg'inlik bilan davom etganda, chanoqdagi, a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi.

Tuxumdonlar yetarli ishlamaganda (gipomenoreya, oligomenoreya, amenoreya), ko'p qon yo'qotishdan kelib chiqqan anemiyalarda, dismenoreyalarda oftob vannalari yaxshi natija beradi.

Moneliklar. Ayollar jinsiy a'zolarining qon oqishga moyillik bilan davom etadigan yallig'lanish jarayonlari, yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar, dekompensatsiyalangan yurak poroklari, o'pka silining aktiv formalari, cho'pday ozib ketish, umumiy arterioskleroz, markaziy nerv sistemasining organik kasalliklari va epilepsiya umumiy oftob vannalarini buyurishga monelik qiladi.

Sun'iy yorug'lik manbalari bilan davolash

Davolash maqsadida sun'iy yorug'lik manbalaridan: infraqizil nur sochuvchi asboblari, minin reflektori, solluks lampasi; ultrabinafsha nur sochuvchi asboblari, kvars lampasidan foydalaniladi.

Minin reflektori elektr yorug'ligi bilan davolash uchun ishlatiladigan eng oddiy asbob hisoblanadi. Davolash 10–15 kun davom etib, har kuni 20 minutdan 60 minutgacha yorug'lik beriladi.

Elektr vannalar chanoq a'zolarining normal temperatura bilan davom etadigan har xil yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi va ayniqsa, parametritlarda (chanoq kletchatkasi yallig'langanda) yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Seans 5 minutdan 30 minutgacha davom etadi. Hammasi bo'lib 10–20 seans buyuriladi.

Yurak poroklari, miokardit, buyraklarning og'ir kasalliklari, chanoq va organizmning boshqa qismlaridagi o'tkir yoki zo'riqqan

yallig'lanish jarayonlari elektr vannalardan foydalanishga monelik qiladi.

Solluks lampasi, asosan, infraqizil nurlarni sochadigan 200 Vattli katta elektr lampadan iborat.

Ginekologiyada ayollar jinsiy a'zolarining yarimo'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlariga davo qilish uchun solluks lampasi keng qo'llaniladi. Bu lampa ta'sirida infiltrat shimilib ketadi va og'riq bosiladi. Qizil turidan foydalanish mahalliy giperemiya va leykotsitozga sabab bo'lib, yaxshi natija beradi.

Simob-kvars lampasi, asosan, ultrabinafsha nur sochadi. Ginekologiya amaliyotida butun badanni, shuningdek, uning ayrim joylarini yoritish uchun kvars lampasidan foydalaniladi. Quyidagi kasalliklarda butun badan ultrabinafsha nurlari bilan yoritiladi:

- jinsiy a'zolar silida;
- umumiy kamqonlik va ozg'inlik bilan davom etadigan surunkali yallig'lanish jarayonlari – ginekologik kasalliklarda;
- tuxumdon funksiyasining buzilishi (amenoreya, gipomenoreya, oligomenoreya, dismenoreya)da;
- balog'atga yetish davridagi kamqonlik va ortiqcha asabiy qo'zg'alishda.

Qorin devori va oraliqning operatsiya jarohatlari yiring-laganda, furunkulozda badanning ma'lum bir qismi ultrabinafsha nurlar bilan yoritiladi.

Butun badanni yoritish 2–3 ultrabinafsha birlik (UFE–UBB)dan boshlanadi, navbatdagi har bir seansda doza 2–3 UBB oshiriladi. Umumiy doza 30–40 UBB ga yetkaziladi.

Kvars lampasi bilan ishlaganda xodimlar ham, bemor ham qoramtir shishali himoya ko'zoynagi taqib olishlari kerak, aks holda ko'zning muguz pardasi yallig'lanishi mumkin.

Gidroterapiya

Suv bilan davolash yoki gidroterapiya fizik davolash usuli bo'lib, bunda turli temperaturadagi suvdan davo maqsadida foydalaniladi.

Gidroterapiyaning ta'siri temperatura (issiq yoki sovuq)ning organizmga ta'sir etishi bilan chambarchas bog'liq. Bu ta'sir quyidagilardan iborat:

1. Termik ta'sir kuchi badan va suv temperaturasining farqiga, organizmga tegadigan yoki organizmdan ketadigan (sovuqda foydalanilganda) issiqlik miqdoriga, ta'sir etuvchi temperaturaning o'zgarish tezligiga bog'liq. Bundan tashqari, issiq yoki sovuqning qancha vaqt ta'sir etishi ham termik ta'sir kuchini o'zgartiradi. Issiq yoki sovuq uzoqroq ta'sir etganda kuchliroq reaksiyaga sabab bo'ladi. Biron xil muolajaga o'rganib qolishning ahamiyati bor. Shu sababli dastlabki effektni vujudga keltirish uchun takroriy muolajalarda suv temperaturasi yuqoriroq bo'lishi kerak.

2. Mexanik ta'sir (umumiy vannadagi suyuqlik ustunining bosimi, dushda, badanni latta ho'llab artganda terining ta'sirlanishi va shunga o'xshash).

3. Kimyoviy ta'siri suvdagi kimyoviy aralashmalarga bog'liq (karbonatli, gorchitsali vannalar va h.k.).

Kasalxona muassasalarida turli vannalar ko'p qo'llaniladi. Ular qimmatli gidroterapevtik muolaja hisoblanadi.

Umumiy va mahalliy vannalar farqlanadi. Butun tana bo'yingacha suv bilan ko'milib tursa, umumiy yanna, tananing faqat bir qismi suvga botib tursa, mahalliy vanna deb ataladi (o'tiriladigan, bel va oyoq vannalari). Umumiy vannalar ham, mahalliy vannalar ham suv temperaturasiga qarab issiq (38°C va undan yuqori), iliq (35°C dan 37°C gacha), indifferent (34°), salqin ($25\text{--}33^{\circ}\text{C}$) va sovuq (25°C dan past) vannalarga bo'linadi.

Vannalar organizmga termik, mexanik va kimyoviy ta'sir qiladi, shu bilan birga, iliq vannalar modda almashinuvini kamaytirsas, issiq va salqin vannalar modda almashinuvini kuchaytiradi. Nimjon va ozg'in bemorlar umumiy vanna qabul qilishda ehtiyot bo'lishlari kerak. Bunday bemorlarning badanini ba'zan suvda ho'llangan latta yoki teng baravar suv qo'shilgan spirt bilan artib kifoyalashishga to'g'ri keladi.

Iliq vannadan foydalanishga monelik yo'q, desa bo'ladi.

Ginekologiya amaliyotida o'tiriladigan vannalar yoki bel vannalari ko'proq qo'llaniladi. Ular, asosan, mahalliy (chanoq

va qorin organlariga) ta'sir etadi. 20–30 minut o'tiriladigan iliq (35–37°C) vannalar chanoq organlarining surunkali kasalliklarida tinchlantiruvchi va shimiltiruvchi ta'sir ko'rsatadi; issiq (40°C gacha va undan yuqori) vannalar esa chanoq sohasidagi ekssudativ jarayonlarda va yallig'lanish infiltratlarida juda ta'sirli shimiltiruvchi muolaja hisoblanadi.

Terming termik va kimyoviy ta'sirlanishini kuchaytirish, qonni ko'proq keltirish va, binobarin, infiltratni tezroq shimiltirish uchun suvga, ba'zan kimyoviy moddalar aralashtiriladi. Shu maqsadda suvga osh tuzi, dengiz suvi (1–5%) va mineral buloqlardan olinadigan boshqa tuzlar aralashtiriladi.

Sovuq (14–15°C) vannalar 2–5 minut davom etganda muskul va nerv sistemalarini qo'zg'ab, tonusini oshiradi va qon aylanishini kuchaytiradi. Shuning uchun qovuq, ichak atoniyasida, funksional amenoreyada qo'llaniladi.

Ginekologik kasalliklarga davo qilish uchun mineral (sho'r, xlorid-ishqoriy, vodorod sulfid, karbonat angidridli va hokazo) suvlardan vannalar shunday tayyorlanadiki, tegishli darajagacha isitilgan oddiy suv vannasi karbonat angidrid bilan to'yintiriladi yoki unga zarur modda aralashtiriladi. Bunday vannalar bemorlarning umumiy ahvoliga yaxshi ta'sir qiladi va yallig'lanish jarayonlarining shimilib ketishiga yordam beradi.

Ginekologiya amaliyotida dush kamroq qo'llaniladi.

Moneliklar. Kompensatsiyasi buzilgan yurak kasalliklari, aktiv o'pka sili, cho'pday ozib ketish, yomon sifatli o'smalar, keskin umumiy arteriosklerozda gidroterapevtik muolajalar mumkin emas.

Balchiq bilan davolash (Balneoterapiya)

Davolash maqsadlarida soz anorganik balchiq, chuchuk ko'llarning anorganik balchig'i, torf balchig'i juda foydali.

Balchiq muloyim moysimon massa bo'lib, rangi qora, undan vodorod sulfid va ammiak hidi keladi. Havoda balchiq kulrang bo'ladi, lekin ustiga rapa solinsa, bir necha vaqtdan keyin yana qorayib qoladi.

Torf balchig'i o'simlik organizmlarining kislorod tegmaydigan sharoitda uzoq vaqt parchalanishidan vujudga keladi. Bu balchiqda kolloid organik moddalar va mineral tuzlar ko'p.

Qinga qo'yiladigan balchiq tamponlar, mahalliy balchiq vannalar va ko'lchalardan ginekologiyada keng foydalaniladi. Mahalliy issiq muolajalar qaysi kasalliklarda buyurilsa, balchiq muolajalari ham asosan o'sha kasalliklarda buyuriladi, lekin balchiq muolajalari ayollarning kichik chanoq bo'shlig'idagi har xil infiltratlar va turli-tuman yallig'lanish jarayonlarini shimiltirib yuboradi va kuchliroq ta'sir ko'rsatadi.

Ayol jinsiy a'zolarining quyidagi kasalliklari balchiq bilan davolanadi:

- kichik chanoq bo'shlig'idagi surunkali infeksiyon yallig'lanish kasalliklari;

- jinsiy apparat funksiyasining buzilishi; jinsiy a'zolarning yetilmaganligi, ilk klimakterik davri, oligomenoreya (hayz qonining qisqa vaqt, kam kelishi), dismenoreya, amenoreya;

- operatsiya qilinadigan kasalliklar, operatsiyadan oldin balchiq bilan davolash ma'qul topiladigan kasalliklar: yallig'langan kletchatka bilan o'ralgan bachadon ortiqlari; qorin pardasining bog'lamlari va shunga o'xshashlar;

- bachadon naylarining teshigi berkilib qolishidan kelib chiqqan bepushtliklar;

- operatsiyadan keyingi kasalliklar: ikkilamchi tartibda bitayotgan jarohatlar, operatsiyadan keyingi infiltratlar, tromboflebitlar, og'rib turadigan yamoqlar.

Quyidagi kasalliklarda balchiq bilan davolash tavsiya etilmaydi:

- o'tkir va yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlari;

- jinsiy a'zolar sili;

- yomon sifatli o'smalar;

- homiladorlik va chilla davri.

Ginekologik kasalliklarda, asosan, yarimvanna qo'llaniladi. Bunda chanoq sohasi va ikkala sonning yuqoridagi uchdan bir

qismi balchiq bilan o'raladi. Balchiq sovib qolmasligi uchun bemor brezentga ham o'raladi.

Balchiq tamponlar quyidagicha qo'llaniladi: bemor psixologik tekshirish holatida stolga yotqiziladi va qiniga silindrik yelim ko'zgu kiritiladi, ko'zgu deyarli batamom to'lguncha unga shpatel bilan balchiq qo'yiladi. So'ngra doka o'ralgan va ip bilan bog'langan paxta sharcha uzun pinset yoki kornsang bilan olinib, ko'zgudagi balchiq qinga itariladi, ko'zgu esa shu payt qindan sekin-asta tortib olinadi. Bemor kushetkaga yotqizilib, chanoq sohasi va oyoqlari issiq qilib o'rab yopiladi.

Qindagi balchiqni olish uchun bemor yana ginekologik stolga yotqiziladi; qinga suqulgan barmoq bilan oraliq qattiq bosilib, 5–6 stakan suv to'ldirilgan Esmarx krujkasining uchligi kiritiladi. Uchlik qinning orqa gumbazigacha kiritilgach, to'la oqim holida suv yuboriladi, ana shu suv balchiq tamponning pastrog'ida to'planaverib, tamponni qindan tiqin singari itarib chiqaradi. Qin chayib bo'lgach, tashqi jinsiy a'zolar yuviladi.

Kasallik darajasiga qarab davolash kursida 15 tadan 20 tagacha tampon qo'yiladi.

Balchiq bilan davolangan bemorlarga quyidagi maslahatlar beriladi:

- 1) gigiyena shartlariga amal qilish (gigiyenik vannalar qabul qilish, bemor har kuni ostini yuvishi);
- 2) bemor og'ir yuk ko'tarmasligi;
- 3) ichning yurishib turishini nazorat qilishi;
- 4) davolanib bo'lgach, dastlabki vaqtda shifokorga ko'rinib turishi; jinsiy aloqada bo'lmaslik muddatini ham shifokor belgilab berishi lozim.

Parafinoterapiya

Davolash maqsadlarida suvsizlangan oq parafin ishlatiladi, uning solishtirma og'irligi 0,9, suyuqlanish temperaturasi 52–55°C. Parafin kaft bilan badanga qo'yiladi; parafin qavatining qalinligi 2–3 mm dan oshmaydi. Parafin ustidan issiq (70–80°C) parafin shimdirilgan doka qistirma (8–10 qavat doka) qo'yiladi. Doka

qistirma ustidan issiq saqlanishi uchun mumli qog'oz, so'ngra paxta yoki jun adyol yopiladi. Parafin har kuni 30–60 minut davomida qo'yiladi.

Qin parafinoterapiyasi shundan iborat: diametri 0,5–1 cm va uzunligi 15–20 cm li keladigan rezina naycha qinga 4–6 cm uzunlikda kiritiladi. Tashqi jinsiy a'zolarga temperaturasi 50°C dan oshmaydigan parafindan valik qo'yiladi. Bu valik, birinchidan, rezina naychani joyida ushlab turadi, ikkinchidan, issiq parafinning qindan oqib chiqishiga to'sqinlik qiladi. Shundan keyin sterilizatsiya qilingan va tegishli temperaturadagi 100 ml. parafin rezina naycha orqali qinga shprits yoki ballon orqali yuboriladi. Rezina naycha to'lgach tiqini yopiladi. Parafin qotib, bir soat o'tgach, rezina naycha, tashqaridagi parafin valigi olinadi. Parafin tampon esa yana bir necha soatga qoldiriladi va bemor kuchanganda o'zi chiqib ketadi.

Ishlatilgan parafinni 110–120°C temperaturada 10 minut sterilizatsiya qilingandan keyin qayta ishlatilishi mumkin. Parafinni sterilizatsiya qilishdan oldin g'alvirda katta bosimdagi suv oqimida yuvish, so'ngra yaxshilab quritish kerak. Parafin 2–3 marta ishlatilganidan keyin mo'rtlashib, uvalana boshlaydi, lekin unga 25–30% yangi parafin qo'shilsa, yana ishlatishga yaroqli bo'lib qoladi.

OZOKERITOTERAPIYA

Ozokerit neft konlarida yer bag'ridan olinadi. Xom ozokeritdan suv, mineral moylar va mexanik aralashmalarni ajratish yo'li bilan tayyorlangan standart ozokerit davolash maqsadlari uchun qo'llaniladi.

Standart ozokerit, asosan, serezin, oz miqdorda parafin, smola va asfaltenlardan iborat. Uning suyuqlanish temperaturasi 52–68°C. Ozokeritning issiqlik sig'imi katta, issiq o'tkazuvchanligi yesa past bo'lgani uchun issiqni uzoqroq saqlaydi.

Temperaturasi yuqori (60–70°C) bo'lsa ham, balchiq bilan davolashda kelib chiqadigan ko'ngilsiz hodisalar (yurak o'ynashi, toliqish) ozokerit bilan davolashda kuzatilmaydi.

Ozokeritning yallig'lanishga qarshi ta'siri, ayniqsa, yallig'lanish infiltratlarida va bo'shliqlardagi ekssudatlarda, bachadon ortiqlari, chanoq qorin pardasi va kletchatkasining yallig'lanish jarayonlarida yaqqol ko'rinadi. Periferik tomirlarning kasalliklari (tromboflebitlar) da ozokerit, ayniqsa, yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Ozokerit og'riqni ham bosadi (ba'zan jarayon qisqa vaqt zo'riqadi, keyin og'riq qoladi). Ozokerit applikatsiya (50–60°C) yoki kompress holida ishlatiladi. Muolaja 30–60 minut davom etadi. Muolajalar kuniga yoki kunora buyurilib, 15–30 tagacha buyuriladi.

Kompress uchun ozokerit quyidagicha ishlatiladi.

Kompress badanning qaysi qismiga qo'yiladigan bo'lsa, o'sha qismidan birmuncha kattaroq ip gazmol (yaxshisi paxmoq)dan ikkita qistirma tayyorlanib, suyultirilgan ozokeritga botiriladi. Qistirma ozokeritni yaxshi shimib olganidan keyin uzun kornsang bilan ozokeritdan olinadi, taxta ustida yoziladi va zarur temperaturagacha (45–50°C) sovutiladi. Badanning tegishli joyiga avval bitta qistirma qo'yiladi, ustidan esa issiqroq (60–70°C) ikkinchi qistirma yopiladi. So'ngra qistirmaning ustidan bir necha qavat kleyonka yoki mumlangan qog'oz, ustidan ko'rpa yopiladi. Shundan keyin bemor choyshab va adyolga o'raladi.

Kulcha holidagi ozokerit ishlatish kerak bo'lsa, suyultirilgan ozokerit kleyonka yozilgan metall kyuvetaga quyiladi. Badanning kulcha qo'yiladigan joyi qanday kattalikda bo'lsa, kleyonka ham o'shancha kattalikda bo'lishi kerak. Ozokerit qatlamining qalinligi 2 cm dan 5 cm gacha. Suyultirilgan ozokerit sirtidagi temperatura 40°Cga yetgach, kleyonka bilan birga, kyuvetadan olinib, bemorning badaniga qo'yiladi. Kleyonka ustidan ko'rpa yopiladi, shundan keyin bemor choyshab va issiq adyolga o'rab qo'yiladi.

MASSAJ VA DAVO FIZKULTURASI

Massaj (uqalash) qimmatli terapevtik usul bo'lib, turli kasalliklarda muvaffaqiyat bilan qo'llanadi.

Massaj qon aylanishini yaxshilaydi, binobarin, to'qimalarning qon bilan yaxshiroq ta'minlanishiga yordam beradi, modda almashinuvi mahsulotlarining tezroq chiqib ketishiga imkoniyat

tug'diradi, muskullar sistemasiga ham ta'sir ko'rsatadi. Muskullar atrofiyalanganda massaj ayniqsa yaxshi yordam beradi.

Ginekologik bemorlarda chanoq tubi va qorin devori muskullarining funksional kamchiligi (bo'shashganligi, yaxshi qisqarmasligi)da massaj tavsiya etiladi. Bunday hollarda massaj bilan birga, odatda, gimnastika mashqlari ham buyuriladi. Uzoq vaqt o'rinda yotaverib, quvvatdan ketgan va kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga massaj tavsiya etiladi. Bunday bemorlarning umumiy massaj kursidan keyin kayfiyati, uyquasi, ishtahasi yaxshilanib qoladi.

Ginekologik massaj kamroq qo'llaniladi.

Ginekologik massaj qilish uchun ko'p bilim va tajriba kerak, shu sababli aksari klinisistlar ginekologik massajni faqat shifokor qilishi kerak deb hisoblashadi.

Kichik chanoq a'zolari bilan to'qimalarining o'tkir va yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlarida, bemor turli sabablarga ko'ra, isitmalaganda, kichik chanoqda abscesslar paydo bo'lganda (garchi bu abscesslar bosilib to'rgan bo'lsa ham) ginekologik massaj tavsiya etilmaydi.

Har xil yuqumli kasalliklar, sil, yomon sifatli o'smalar, homiladorlik (hatto homiladorlikka gumon bo'lganda ham) massaj qilishga monelik bo'ladi. Shu sababli massaj buyurishdan oldin bemorni klinik laboratoriyada sinchiklab tekshirish (qoni, siydigi, ROYeni tekshirish) kerak.

Bolalikdan boshlab fizkultura bilan muntazam shug'ullanish ayol organizmi uchun, ayniqsa, katta ahamiyatga egadir.

Fizkultura bilan muntazam shug'ullangan ayollar osonroq tug'adi, tug'uruq va chilla davrida turli kasalliklarga kamroq chalinadi, ularning organizmi fizkultura bilan shug'ullanmagan ayollar organizmiga qaraganda chidamliroq bo'ladi, shu sababli ular kamroq kasallanadi va kasallikni yengilroq o'tkazadi.

Mana shuning uchun ham tibbiyot xodimlari ayollarning yoshidan qat'i nazar, fizkultura va sport bilan shug'ullanishini doim targ'ib qilishlari zarur.

Kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga yengil gimnastika mashqlardan iborat shifobaxsh fizkultura tayinlanadi, operatsiyadan

keyin tuzalayotgan bemorlarga shifokorning maxsus ruxsati bilan fizkultura buyuriladi.

Mashqlar har bir bemor uchun alohida tanlanib, qo'l-oyoqlarini yengil harakatlantirish, yengashish, yurish, o'tirish va shunga o'xshash mashqlardan iborat bo'ladi.

Quwatdan ketgan bemorlarning fizkultura bilan shu-g'ullanishi uchun monelik bo'lmasa, begona kishining yordami bilan passiv harakatlar qilish (masalan, bemorning qo'l-oyog'ini qimirlatish), ya'ni passiv shifobaxsh gimnastika qilish mumkin.

NUR BILAN DAVOLASH. RENTGENOTERAPIYA

Rentgen nurlarini 1895-yilda V.K. Rentgen kashf etgan va X nurlar deb atagan edi.

Rentgen nurlari – to'lqin uzunligi ko'rinadigan nurlarning to'lqin uzunligidan bir necha ming baravar kalta bo'ladigan ko'rinmas nurlar, ya'ni elektromagnit nurlardir.

Rentgen nurlari qattiq va yumshoq nurlarga bo'linadi. Qattiq nurlar to'qimalarning ichkarisiga kira oladi, yumshoq nurlar esa uzunroq to'lqinli bo'lib, to'qimalarga ko'proq yutiladi va shu sababli faqat yuzadagi to'qimalarga ta'sir etishi mumkin. Rentgen nurlarining qattiqligi, binobarin, kirib-o'tib borish xossasi elektronlarning harakat tezligiga bog'liq. Rentgen trubkasi chuqur kirib boruvchi qattiq nurlar bilan birga, teriga haloqatli ta'sir etadigan bir talay yumshoq nurlarni ham chiqaradi. Yumshoq nurlarning shunday ta'sir etishiga yo'l qo'ymaslik uchun aluminiy, rux, mis, shuningdek, atom og'irligi yuqori bo'lgan turli metallarning qotishmalaridan yasalgan maxsus filtrlardan foydalaniladi.

Rentgen nurlari bilan to'qimalarning hujayralarini oshirish mumkin, shu bilan birga, patologik jarayonda o'zgargan hujayralarga nisbatan sog'lom hujayralar rentgen nurlarining yemiruvchi ta'siriga chidamliroq bo'ladi. O'smalarga rentgen nurlari bilan davo qilish ularning xossalariga asoslangan. O'smalarning hujayralari rentgen nurlariga (shuningdek, radiyga ham) ko'proq sezgir bo'lgani uchun sog'lom to'qima hujayralariga nisbatan tezroq nobud bo'ladi.

Ammo rentgen nurlari mahalliy ta'sir ko'rsatish bilangina kifoyalanib qolmay, nerv sistemasi orqali reflektor yo'l bilan butun organizmga umumiy ta'sir ko'rsatadi, bu – nurlarning terapevtik effektida juda katta rol o'ynaydi.

Bemorni rentgen nurlari bilan davolashda terapevtik effekt ko'p sabablarga: bemorning individual xususiyatlariga, nerv sistemasining funksional holatiga, bemorning yoshiga, nur berish metodikasiga, dozasiga va nihoyat to'qimaning (o'smaning) nur energiyasiga sezgirligiga bog'liq.

Ginekologiya amaliyotida rentgenoterapiya keng qo'llaniladi.

Tuxumdonlar funksiyasining buzilishi sababli bachadondan qon ketganda rentgen nurlaridan foydalanishga kelsak, bu jihatdan rentgen nurlarining ayniqsa qimmatli ekanligini aytib o'tmoq kerak, chunki bunda tuxumdonning follikular apparatiga ta'sir etadigan ishonchli usulga ega bo'lamiz. Tuxumdonning follikular apparati rentgen nurlarining ta'sirida chuqur degenerativ o'zgarishlarga uchraydi, shu sababli pirovardida follikular apparat atrofiyalanib, tuxumhujayralar hosil bo'lishi to'xtaydi, natijada amenoreya ro'y beradi. Ikkala holda ham kasallikning asosiy belgisi – qon oqishi to'xtaydi.

Tuxumdondagi o'zgarishlar bilan bir vaqtda bachadon shilliq pardasida ham chuqur o'zgarishlar ro'y beradi. Bu o'zgarishlar pirovardida atrofik jarayonlar va regressiv o'zgarishlar ro'y berishiga olib keladi.

Rentgen nurlarining tuxumdon follikular apparatiga yuqorida ko'rsatilgandek ta'sir etishini nazarda tutib, faqat klimakterik davriga yaqin ayollarning bachadonidan qon ketayotganida rentgen nurlari bilan davo qilish mumkin.

Klimakterik davrida qon ketganda rentgen nurlari bilan davo buyurishdan oldin bachadon sinov maqsadida qirilib, qirindi gistologik tekshirishdan o'tkaziladi.

Bachadon fibromiomalariga rentgen nurlari bilan davo qilish ham keng ommalashgan va ko'pincha operatsiya o'rnida qo'llanilmoqda. Fibromiomalarning asosiy belgilaridan biri qon oqishini davolashga majbur etadi, nur energiyasi esa shu belgini bartaraf qilishdan tashqari, o'smani kichraytiradi va hatto batamom yo'q

qiladi, chunki rentgen nurlari ta'sirida follikular apparat yemirilib ketishi sababli hayz funksiyasi to'xtashi bilan bir qatorda bachadon to'qimalarida atrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Shilliq parda ostidagi (submukoz) fibromiomalar, katta fibromiomalar uzun oyoqchali ayrim tugunlar shaklidagi subserroz fibromiomalarga rentgen nurlari bilan davo qilish tavsiya etilmaydi. Yaxshi sifatli o'sma yomon sifatli o'smaga aylangan deb gumon tug'ilganda (o'sma tez o'sganda) ham rentgen nurlari bilan davolash yaramaydi.

Yallig'lanish jarayonlarida infiltratni shimiltirish va og'riq qoldirish maqsadida rentgenoterapiya (kichik dozada) g'oyat kam qo'llaniladi.

Yoshi 40 dan oshgan bemor ayollarni rentgen nurlari bilan davolasa bo'ladi, reproduktiv yoshdagi ayollarga kasallik jarayoni eskirib ketganda, shuningdek, bemorda amenoreya paydo bo'lganda va ayol turmaydigan bo'lib qolgandagina rentgenoterapiya tatbiq etilishi mumkin.

Ayollar jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalarini rentgen nurlari bilan davolash keng qo'llaniladi.

RADIY BILAN DAVOLASH

Ginekologiya amaliyotida, asosan, yomon sifatli o'smalarga davo qilish uchun radiy va radioaktiv izotoplar – radioaktiv kobalt (Co60) va radioaktiv oltin (Au198)dan foydalaniladi.

Radiy alfa, beta va gamma nurlarini sochadi.

Alfa nurlar geliy atomlarining musbat zaryadli yadrolari bo'lib, to'qimalarga picha kiradi va qattiq moddalarning eng yupqa qatlamlarida bimalol ushlanib qolishi mumkin.

Beta nurlar manfiy zaryadli bo'lib, rentgen trubkasining katod nurlariga mos keladi. Ularning o'tib-kirib borish xossasi alfa nurlaridagidan ko'ra kuchliroq.

Gamma nurlar elektromagnit tebranishlardan iborat bo'lib, rentgen nurlari kabi kalta to'lqinli bo'ladi va juda ichkari kirib boradi.

Davolash maqsadlarida, odatda, faqat gamma nurlardan foydalaniladi, qolgan nurlar alfa va beta nurlarni o'tkazmaydigan og'ir metall (oltin, platina) filtrlarda ushlanib qoladi. Shu sababli qo'llaniladigan radiy preparatlari oltin yoki platina naychalarda (filtrlarda) chiqariladi. Radiy preparatlari juda barqaror bo'lib, juda sekin parchalanadi, taxminan 1580-yildan keyin yarmi parchalanadi. Bu davr yarim parchalanish davri deb ataladi.

Davolash maqsadlarida sof radiy emas, balki uning xlorid, bromid sulfat va karbonat tuzlari ishlatiladi.

So'nggi-yillarda sof radioaktiv elementlar o'rniga amalda radioaktiv izotoplar – radioaktiv kobalt, radioaktiv fosfor, radioaktiv seziy, radioaktiv oltin va shu kabilar keng qo'llanilmoqda.

Radioaktiv izotoplar radiyning o'rnini bimalol bosadi, ularni tayyorlash kam xarajat talab qilgani uchun keng rasm bo'ldi.

Hozirgi vaqtda mahalliy applikatsiyalar uchun radioaktiv kobalt ishlatilmoqda.

Radioaktiv kobalt oq metall bo'lib, atom og'irligi 59. Kobalt izotopi radioaktiv xossalarga ega bo'lib, atom og'irligi (Co60). Radioaktiv kobalt (Co60)ning yarimparchalanish davri 5,3 yil.

Radioaktiv kobalt shtiftlar shaklida tayyorlanadi. Bu shtiftlar zanglamaydigan po'lat naycha ichidagi radioaktiv kobalt-nikel qotishmasidan iborat. Zanglamaydigan po'lat naycha yumshoq nurlarni ushlab qolish xususiyatiga ega.

Radioaktiv fosfor (P32), asosan, ba'zi bir qon kasalliklarida va suyaklar o'smalarida ishlatiladi.

Radioaktiv oltin (Au198)ning kolloid eritmaları qorin pardasining metastatik kasalliklarida, tuxumdonlarning yomon sifatli o'smalarida, limfa tugunlaridagi metastazlarda (sanchish yo'li bilan) bo'shliqlar ichiga (masalan, qorin bo'shlig'iga) kiritiladi.

Radiy preparatlari quyidagicha qo'llaniladi:

Qattiq alfa nurlar filtrdan o'tayotganda kelib chiqadigan ikkilamchi (yumshoq) nurlarni ushlab qolish uchun radioaktiv preparat pessariylarga joylanadi. Bu muolaja zarur chora hisoblanadi, chunki ikkilamchi (yumshoq) nurlar to'qimalarga yomon ta'sir etib, yuza nekrozlarga sabab bo'ladi. Radioaktiv preparatlar qinga

yoki bachadon bo'ynining kanaliga, yoxud bachadon bo'shlig'iga yuboriladi.

Radiy yoki radioaktiv izotoplar, asosan, ayollar jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalariga davo qilishda, shuningdek, fibriomalarda va ba'zan bachadondan funksional xarakterda qon ketganda qo'llaniladi.

Radioaktiv preparatlar ayol qinida, odatda, 1–2 sutka qoldiriladi, so'ngra 2–3 kun tanaffus beriladi.

To'qimalarga berilgan doza maxsus jadvallarga muvofiq rentgen birliklari (R) bilan hisoblanadi.

Yutilgan dozalar maxsus jadvallar yordamida radalarda hisoblanadi. Bunday jadvallar yordamida, masalan, bachadon rakini radiy bilan davolashda, yutilgan dozani radioaktiv preparatlarning joylashish usuliga, preparatlarning aktiv uzun-ligiga va bemor chanog'ining anatomik xususiyatlariga qarab hisoblash mumkin.

Radioaktiv preparatlar berilgan bemorlarga maxsus tuvak tutiladi, preparatlarning siljib qolishi va tushib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun bemorning o'rnidan turishiga va umumiy hojatxonadan foydalanishiga ruxsat etilmaydi.

Radiy bilan davolash usuli qo'llaniladigan muassasalar xodimlari Sog'liqni saqlash vazirligining maxsus qo'llanmalari-ga qat'iy amal qilishlari shait. Bu qo'llanmalar birinchidan, radiy bilan ishlayotgan xodimlar mehnatini muhofaza qilsa, ikkinchidan, radiy preparatlarining saqlanib qolishini ta'minlaydi.

So'nggi yillarda o'smalarni nur bilan davolash imkoniyatlari keskin kengaydi.

Amaliyotda yuqori energiyali nurlantiruvchi manbalar (gamma qurilmalar, betatronlar, chiziqli tezashtirgichlar) bemorlarda o'smalar chuqur joylashganida, jumladan, o'smalar kichik chanoqda joylashgan bemorlarni davolash uchun keng joriy qilinmoqda. Yuqori energiyali nurlantirishni qo'llashdan to'plangan tajribaning ko'rsatishicha, bu usul bilan energiyaning eng ko'p qismini o'sma to'qimasi yutadi, sog'lom to'qima birozgina zararlanadi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OPERATIV DAVOLASH

Hozirgi zamon ginekologiyasida davolashning jarrohlik usullari keng qo'llaniladi. Operatsiya qilish uchun tegishli sharoitni muhayyo qilishda o'rta tibbiyot xodimlari faol qatnashadi.

Operatsiya xonasini, asboblarni tayyorlashga rahbarlik qilish, operatsiya xonasini steril choyshablar, salfetaklar, kiyim-kechak, bog'lov materiallari bilan, narkoz hamda boshqa turdagi og'riqsizlantirish uchun zarur narsalarning hammasi bilan ta'minlash operatsiya hamshirasining burchidir.

Operatsiya xonasida konditsion havo bo'lmasa, bu xona yaxshilab shamollatilishi va devorlari vaqt-vaqtida (haftada kamida bir marta) yuvib turilishi lozim. Operatsiya xonasining poli har bir operatsiya kunidan keyin yuvilishi lozim. Operatsiya xonasidagi temperatura 20–25°C atrofida bo'lishi zarur. Operatsiyadan oldin operatsiya stolini grelkalar bilan isitish kerak.

Asboblarni maxsus sterilizatorlarda soda qo'shib qaynatib, sterillanadi (asboblarni zanglamasligi uchun 1%li soda qo'shiladi). Asboblarni kamida 20 minut qaynatilishi lozim. Sterilizatorga asboblarni suv qaynab chiqishi bilan solinadi.

Qaynatilgan asboblarni sanitarka operatsiya hamshirasi stolga keltirib qo'yadi, operatsiya hamshirasi esa bu asboblarni tegishli tartib bilan joylashtiradi va operatsiya boshlanguncha steril choyshab bilan yopib qo'yadi.

Operatsiya vaqtida asbob tushib ketsa yoki shu maqsad uchun qo'yib qo'yilgan tog'oraga ataylab tashlansa, o'sha asbob cho'tka bilan sovunlab yuvilishi va undan keyin qaynatilishi lozim. O'tkir asboblarni va ignalarni qaynatilganda o'tmaslanib qolmasligi uchun dokaga o'rab qaynatiladi. Skalpellarni qaynatilgandan keyin operatsiya vaqtida spirtda saqlanadi.

Operatsion hamshira qo'l yuvishga ishlatadigan cho'tkalar ham qaynatilib, toza tutilishiga qarab turadi. Qo'l Spaso-kukoskiy usulida yuvilsa, shu maqsad uchun ishlatiladigan tog'oralar ham spirt yoqib kuydirilishi kerak.

Choyshab, kiyim-kechak, bog'lov materiali va rezina qo'lqoplar avtoklavda umumiy xirurgiya qoidalariga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgut xirurgiya darsliklarida beriladigan maxsus retseptlarga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Operatsiya hamshirasi zarur asboblarni haqidagi masalani xirurg bilan kelishib oladi. Operatsiya vaqtida hamshira operatsiyaning qanday borishini kuzatib turishi kerak. Tajribali hamshira operatsiyaning borishini kuzatib turar ekan, odatda, xirurgning aytishini kutib turmasdan zarur asboblarni, choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgutni uzatib turadi.

Qorin devorini kesib qilinadigan operatsiyalarda xirurg odatda, bemorning chap tomonida turadi, birinchi assistent xirurgning qarshisida, ikkinchi assistent esa bemorning oyoq tomonida turadi.

Qin operatsiyalarida xirurg vintli stulda o'tiradi, yordamchilari esa ikki yon tomondan joy olishadi. Yordamchilardan biri odatda, qin ko'zgulari va ko'targichlarni ushlab turadi, ikkinchisi esa xirurgning ko'rsatmalariga muvofiq unga yordam-lashadi.

Zarur asboblarni, ipak va ketgutni operatsiya hamshirasi pastak stolchaga qo'yadi. Bu stolcha odatda, operatsiya xirurgining o'ng tomonida turadi. Xirurg zarur asboblarni o'ng tomondan o'zi bemalol olib turadi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlash

Operatsiya qilinadigan bemorlar oldindan tayyorlanishi lozim. Avval bemorning operatsiyadan qo'rqishini bartaraf qilish, operatsiyaning yomon natija bilan tugashi haqidagi fikrlarini va boshqa noto'g'ri tasavvurlarini yengish uchun ularning psixikasiga ta'sir etish, dalda berish kerak. Operatsiyaning eson-omon o'tishiga, operatsiya og'riqsiz bo'lishiga, operatsiyadan keyingi davr ham og'riqsiz va bexatar o'tishi uchun operatsiyadan keyin tegishli choralar ko'rilishiga bemorni ishontirish uchun hamma chorani ko'rish zarur. Shuni nazarda tutib, bo'limda shunga o'xshash

operatsiyalardan sog'ayayotgan bemorlar haqida so'zlab berish kerak.

Operatsiyaga tayyorlanayotgan bemorga qo'l-oyoqni fiksatsiya qilish (bog'lab qo'yish) kabi tadbirlarning mohiyatini tushuntirish zarur. Bemor steril choyshab, kiyim-kechakka va operatsiya maydoni sohasiga qo'llarini tasodifan tekkizib, infeksiya yuqtirmasligi uchun qo'l-oyog'i bog'lab qo'yiladi.

Bundan tashqari, har bir ginekolog operatsiyadan oldin bemorni maxsus tayyorlash kerak. Avvalo, badanning umumiy tozaligiga ahamiyat berish zarur, buning uchun operatsiyadan bir kun oldin bemor vannaga tushib, butun badanini sovunlab yuvadi, vannadan keyin toza kiyim-kechak kiygiziladi. Badanni teng baravar spirt qo'shilgan suv bilan artib, tozalash ham mumkin. Ayol infeksiyon kasallikdan keyin ozib ketgan, kamqon yoki bequvvat bo'lsa, operatsiyagacha uning umumiy ahvolini yaxshilashga alohida e'tibor berish (yotqizib qo'yish, oqsil va vitaminlarga boy ovqatlar bilan yaxshi boqish, qon quyish) kerak. Rejali operatsiyadan ilgari bemorni terapevtga ko'rsatish zarur.

Bemorning ichagi operatsiyaga tayyorlanishi lozim. Shu maqsadda operatsiya arafasida bemorga yengil ovqat (suxari bilan bulon va kisel) beriladi, kechqurun esa suxari bilan bir piyola shirin choy ichiriladi. Ba'zi shifokorlar operatsiya kuni ertalab ham shirin choy berishni tavsiya etadilar, lekin bu choy operatsiyadan kamida 2 soat ilgari ichiriladi. Ichakni yoki oraliqni operatsiya qilishga to'g'ri kelsa (plastik operatsiyalarda), ayniqsa, oraliq uchinchi darajali yirtilgan bo'lsa, operatsiyaga ikki kun qolganda ich tozalanadi; bemorga yengil ovqat beriladi, surgi va klizma qilinadi.

Hayz qoni kelayotganligi, odatda, ginekologik operatsiyalar qilishga yo'l qo'ymaydi. Qin operatsiyalarida hayz qoni operatsiya jarohatini doim ho'l qilib turishiga yo'l qo'ymaslik uchun hayz qoni to'xtagandan keyin operatsiya qilgan yaxshi.

Qorin devorini kesish – laporotomiya operatsiyasidan ilgari bemor bir kun oldin umumiy vannaga tushiriladi, operatsiya kuni esa qorinning old devori, qov va jinsiy lablarning juni takror qiriladi. Qorin terisini ifloslanishdan saqlash uchun ba'zi xirurglar

vannadan keyin qorinning old devoriga steril bog'lam yopishtirishni tavsiya etadilar. Operatsiyani boshlashdan ilgari, bemorni stolga yotqizishdan oldin siydigi kateter bilan chiqariladi va bemorga steril ko'ylak hamda paypoq kiygiziladi. Qorin devori, ikkala son va chov terisi spirt bilan artiladi, so'ngra 10%li yod nastoykasi surtiladi. Shundan keyin operatsion maydon hamma tomondan steril choyshablar va sochiqlar bilan o'raladi, bu choyshab va sochiqlar maxsus qisqichlar bilan ushlab turiladi.

Qin operatsiyalarida qin florasining tozalik darajasiga e'tibor beriladi, uchinchi va to'rtinchi darajalar operatsiyaga monelik qiladi va oldindan tayyorgarlik ko'rishni talab etadi, buning uchun operatsiyaga bir necha kun qolganda qin vodorod peroksid va kaliy yodid eritmasi bilan tozalanadi, shuningdek, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish buyuriladi. Operatsiya kuni bemorning qovi va tashqi jinsiy a'zolaridagi juni takror qiriladi. Tashqi jinsiy a'zolar, sonning yondosh yuzalari va qin diz.eritma bilan chayiladi (yuviladi). Siydik pufagi (qovuq) kateter bilan bo'shatiladi, bemorning oyoqlariga steril paypoq kiygiziladi, qoviga choyshab solinadi, orqa chiqaruv teshigi sochiqqa o'ralgan kleyonka bilan yopiladi, bu sochiq ikkala tomondan son terisiga qisqich bilan yopishtiriladi, o'rtasidan esa oraliq terisiga ipak chok bilan mahkamlanadi.

Bemorni bachadon bo'yni rakini operatsiya qilishga tayyorlashning ayrim o'ziga xos xususiyatlari mavjud.

Bemor 5 kun ilgari statsionarga kelishi kerak. Shu davr mobaynida zarur klinik tekshirishlar o'tkaziladi (ko'krak qafasi rentgen nurlari bilan tekshiriladi, qon bosimi o'lchanadi, qoni, siydigi, najasi tekshiriladi), shuningdek, shifokorning ko'rsatmasiga muvofiq tayyorgarlik maqsadida davo tadbirlari ko'riladi.

Operatsiya arafasida bemor umumiy vannaga tushiriladi, kunning ikkinchi yarmidan boshlab ovqat berilmaydi, kechqurun klizma qilinadi (ba'zi bemorlarga surgi ichiriladi). Operatsiya qilinadigan kuni ertalab (operatsiyadan kamida ikki soat ilgari) takror klizma qilinadi.

Operatsiyadan oldin qovuq kateter yordamida bo'shatiladi, spirtida yaxshilab ho'llangan paxta sharchalar bilan qin artiladi,

bachadon bo'yniga yod nastoykasi surtiladi. So'ngra qin quruq sharcha bilan artiladi va quruq tampon kiritiladi, bu tampom operatsiya vaqtida bachadonni qirqib olishdan ilgari chiqarib olinadi. Ba'zi xirurglar bachadon bo'ynidagi rak o'smasini operatsiyadan oldin elektrokoagulatsiya qiladilar.

Og'riqsizlantirish. Operatsiyada og'riqsizlantirish (anesteziya) maqsadida umumiy ingalatsion narkoz va mahalliy anesteziya qo'llaniladi. Ba'zan orqa miya anesteziyasi qilinadi, buning uchun sezuvchanlikni falaj qiladigan eritmalar – novokain, lidokain orqa miya kanaliga yuboriladi.

Mahalliy anesteziya va orqa miya anesteziyasida bemorlarning hushi joyida bo'ladi, bu qayd etilgan usullarning kamchiligi hisoblanadi. Chunki orqa miya anesteziyasi bilan qilinadigan operatsiya og'ir operatsiya hisoblanib, juda toqatli bemorlarga yaxshi ko'tarishadi. Anesteziyaning har bir turi – mahalliy anesteziya ham, umumiy ham malaka va ko'p tajriba talab qiladi.

Umumiy narkoz

Umumiy ingalasion narkoz ko'proq qo'llaniladi, bunda bemor narkotik moddalarning bug'lari bilan nafas oladi. Odatda, narkoz sifatida efir ishlatiladi, kichik operatsiyalar uchun esa ba'zan xloretil qo'llaniladi.

Efir tiniq suyuqlik bo'lib, g'alati hidi bor, u juda tez bug'lanib, badanni qattiq sovitadi; efir oson alanganadi, shu sababli uni olovdan ehtiyot qilish kerak. Efir ochiq bankada va yorug'da to'rganda tez parchalanadi.

Narkozga 20–30 minut qolganda bemorni tinchlantirish va yaxshiroq uxlatish uchun terisining ostiga morfin yoki pantopon yuborish, shuningdek, nafas yo'llari shilliq pardasining sekretor funksiyasini kamaytirish uchun atropin berish kerak. Umumiy narkozdan ilgari bemorlarga veronal berish tavsiya etiladi. Veronal yurakka yaxshi ta'sir etadi va tez uxlatadi. Bemor operatsiya xonasiga g'ildirakli aravachada keltiriladi.

Narkoz berishni boshlashdan oldin narkoz stolchasida hamma narsa tayyorligini, ya'ni efir (yetarli miqdorda), niqoblar, tomchilovchi idishlar, og'izni kengaytirgich, metall napalchnik, kornsang, tog'orachalar, fonendoskop, ineksiya shpritsi, vazelin, shuningdek, teri ostiga yuboriladigan dorilar: kamfora, kofein, adrenalin, strofantin, lobeli borligini tekshirish kerak.

So'nggi-yillarda narkoz berish uchun maxsus mukammalroq apparatlar ishlab chiqarilmoqda, bu apparatlarda efir kislorod bilan aralashtirib beriladi.

Kislorod-efir narkozi, sof efir narkoziga nisbatan quyidagi afzalliklarga ega:

- efir ikki baravar kam yutiladi;
- bemor organizmi kislorodga to'yinadi;
- operatsiyadan keyingi davrda nafas yo'llarining kasalliklari kam uchraydi;
- narkoz bemorni kamroq bezovta qiladi.

Ichki a'zolar (o'pka, yurak, jigar, buyrak)ning og'ir kasalliklarida efir narkozi tavsiya etilmaydi.

Xloretil hidsiz bo'lib, narkoz tez boshlanadi va bug'lari kirishdan to'xtashi bilan narkoz tez yo'qoladi. Xloretilni uzoq muddat ishlatish yaramaydi, chunki nafas markazi falajlanishi va yurak to'xtab qolishi ehtimoli bor. Xloretil bilan ingolatsiya qilish uchun oddiy niqob ishlatish mumkin; bunda xloretilli shisha ampula og'zini niqobning doka qavatiga yaqin tutinishiga qarab tutish kerak. Efir narkozi kabi xloretil narkozida ham olovdan ehtiyot bo'lish lozim, chunki xloretil bug'lari oson alanganib ketadi.

Barbituratlar guruhiga oid geksenal va tiopental – natriy, so'nggi-yillarda keng rasm bo'ldi. Bu preparatlar odatda, narkoz bera boshlash uchun, shuningdek, ba'zan asosiy narkoz uchun ham qo'llaniladi. Odatda, venaga yuboriladi, lekin ularni ichirish, to'g'ri ichak orqali va muskullar orasiga yuborish ham mumkin. Zarurat tug'ilganida narkozni to'xtatishning iloji yo'qligi sababli so'nggi usullar keng rasm bo'lmadi.

Geksenal ampulalarda ishlab chiqariladi. Bu achchiq, kristalik oq kukun. Havo tekanda geksenal tez parchalanadi, shu sababli eritmasi zaruriyatga qarab tayyorlanishi kerak. Geksenalni

tomchilatib yuborish uchun 1%li 200 ml. eritmasi tayyorlanishi lozim.

Hozir murakkab xirurgik operatsiyalarda potentsiallangan narkoz tobora keng qo'llanilmoqda. Bu narkozda og'riq qoldiruvchi turli moddalar neyropleptik va kuraresimon moddalar bilan birga ishlatiladi.

Potentsiallangan narkozda narkoz muddati uzayadi va narkoz chuqurroq bo'ladi, shu sababli shok kelib chiqish xavfi kamayadi.

Gaz narkozining boshqa turlari ham ishlatiladi (azot (I)-oksid N₂O, ftorotan, siklopropan). Intratraxéal narkozning yuqorida sanab o'tilgan turlarini, odatda, anesteziologiyadan maxsus o'qitilgan shifokorlar berishlari kerak.

ORQA MIYA ANESTEZIYASI

Bu anesteziya uchun taxminan 14 cm uzunlikdagi mandrenli orqa miya ignasi tayyorlanadi. Orqa miya kanaliga katta operatsiyalar uchun 3 ml, kichik operatsiyalar uchun 2 ml. eritma olinadi.

Novokain eritmasi yaxshi yuborilsa, anesteziya deyarli ketma-ket boshlanib, 40 minutdan 1 soatgacha davom etadi. Orqa miya anesteziyasida bemor qusishi, boshi qattiq og'rishi, bosh og'rig'i ba'zan juda uzoq davom etishi va yurak faoliyati susayib qolishi mumkin. Yuqorida aytilgan ko'ngilsiz hodisalarning oldini olish uchun „yengil“ eritmalar deb nomlanadigan eritmalarni ishlatgan ma'qul (96°li spirtning 10%li eritmasida tayyorlanadigan 5 protsentli novokain eritmasi).

MAHALLIY ANESTEZIYA

Infiltratsion anesteziya bilan regional (soha) anesteziya tafovut qilinadi. Infiltratsion anesteziyada operatsiya qilinadigan joyga anesteziyalovchi moddalarning eritmalarini yuborib, barcha to'qima va a'zolarga shimdiriladi. Regional anesteziyada og'riq qoldiruvchi modda eritmasi tananing muayyan sohasiga boruvchi sezuvchan nervning yaqiniga yoki bag'riga yuboriladi.

Anesteziya moddalaridan novokainning infiltratsion anesteziya uchun 0,5%li eritmasi, regional anesteziya uchun 1%li eritmasi va

nerv chigallarini og'riq sezmaydigan qilish uchun 2%li eritmasi ishlatiladi. Anesteziya uzoqroq davom etishi uchun 10 ml. novokain eritmasiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 1–2 tomchi qo'shiladi.

Eritmalar aseptika sharoitida tayyorlanib, 100°C gacha qizitib sterilizatsiya qilinadi, adrenalin esa bevosita operatsiya oldidan qo'shiladi.

Tayyorlangan novokain eritmasi steril shisha stakanga ag'dariladi, undan esa shpritsga tortib olinadi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH

Kundalik turmushda va kasalxona sharoitida isituvchi kompress, grelka va muzli xaltadan ko'p foydalaniladi.

Sovuq (muzli xalta)dan foydalanganda xalta tiqinining yaxshi buralishiga va muz erishidan chiqqan suvning choyshabga tushmasligiga e'tibor berish kerak. Muzli xaltani sochiq yoki salfetkaga o'rash zarur, chunki temperaturalar farqi bo'lganda xalta terlaydi. Xaltani uzluksiz qo'yish yaramaydi, chunki u terini muzlatishi, ko'ngilsiz oqibatlariga olib kelishi, ya'ni tomirlar falaj bo'lib qolishi mumkin (passiv giperemiya). Muzli xaltani ko'pi bilan bir soat qo'yib, keyin yarim soatga olib turiladi. Operatsiyadan chiqqan bemorlarga muzli xaltani faqat dastlabki sutkada qo'yish tavsiya etiladi. Siydik yo'llarining kasalliklari (sistit, pielit, nefrit) va ichak kasalligi (kolit) muzli xaltadan foydalanishga monelik qiladi.

Ginekologiya praktikasida grelkalar ham keng qo'llaniladi. Yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlarida, bemorlar ko'p qon yo'qotganida va operatsiyadan chiqqanida shimiltiruvchi terapiyaning aktivroq usullari (elektr lampali vannalar, solluks lampasi va shunga o'xshashlar)ni buyurishdan oldin bemorni isitish uchun grelka qo'yiladi. Siydik yo'llari va ichakning yallig'lanish kasalliklarida ham grelka buyuriladi.

Jinsiy a'zoldan qon ketganda grelka qo'yish yaramaydi.

Operatsiya qilinib, hali narkozdan uyg'onmagan bemorga grelka qo'yilsa, bemor qattiq nazorat ostida bo'ladi. Grelkaga iliq (50°C)

suv quyish kerak, chunki bunday bemorlar badani sezmaydigan bo'lib qolgani uchun, kuyishi mumkin. Qo'yishdan oldin grelka vinti oxirigacha buralib, sochiq yoki saltetkaga o'raladi.

QINNI CHAYISH

Suvda erigan dori moddalarini kiritish yo'li bilan qin shilliq pardasiga yoki bachadon bo'ynining qindagi qismiga ta'sir etish kerak bo'lganda qin chayiladi. Qinni chayish uchun 4–6 stakan suv sig'adigan, 1,5–2 m uzunlikdagi rezina naycha ulangan krujka va shisha yoki plastmassadan yasalgan uchlik tayyorlanadi.

Suyuqlik qin devorlarini bir tekis yuvishi uchun bemor yotishi shart.

Qinni chayish texnikasi quyidagicha: krujka va rezina naychani yaxshilab yuvib, rezina naycha uchlikka kiygiziladi.

Oddiy uchlik qaynatilishi, so'ngra qin devorini shikastlamasligi uchun ko'zdan kechirilishi lozim. Qinni chayish uchun tayyorlangan eritma me'yorga keltiriladi.

Kiritiladigan dorilarning xiliga qarab qinni chayish quyidagi turlarga bo'linadi:

- antiseptik moddalar bilan chayish – yiring tug'diruvchi bakteriyalar qo'zg'atgan kasalliklarda qo'llaniladi;
- burishtiruvchi moddalar eritmasi bilan chayish;
- ishqoriy (sodali) moddalar eritmasi bilan chayish – yopishqoq shilimshiq chiqindilarni eritib tushirish uchu qo'llaniladi.

Qinni chayish uchun odatda, 4–5 stakan (800–1000 suyuqlik olinadi, suyuqlikning oqib chiqish tezligi jo'mra yordamida rostlanadi.

Qin odatda, kuniga ikki marta (ertalab va kechqun) chayiladi.

Bachadon bo'yni eroziyasida qinni chayish muolajasini o'tkazish tartibi:

- ayolga muolaja maqsadi tushuntiriladi;
- muolaja uchun kerakli asbob-anjomlar tayyorlanadi;
- ginekologik kresloga taglik solib, ayol yotqiziladi;
- dumg'aza sohasiga valik qo'yiladi;
- qo'llar yuvilib, quritiladi;

- steril qo'lqop kiyiladi va niqob taqiladi;
- chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan katta lablar keriladi;
- ikki tavaqali Kusko ko'zgusi qinga kirgiziladi;
- tayyorlab qo'yilgan 30 ml. dori suyuqligi qin ichiga yuboriladi (birinchi yuborilgan dori suyuqligini to'kib, yangisiga almashtiriladi);
- muolaja 10–15 minut davom etadi;
- ko'zgu qindan olinadi;
- qin paxtali tampon bilan artib quritiladi.

Qinga tampon qo'yish

Har xil yallig'lanish kasalliklari (endometritlar, metritlar, bachadon ortiqlarining kasalliklari, bachadon bo'ynidagi eroziyalar)da bachadonni tamponlar bilan davolash mumkin. Odatda, sintomitsin, streptotsid, vishnevskiy malhami, oblepixa mazi va boshqa dori moddali tamponlar ishlatiladi. Tamponlar paxtadan, 4 x 4 cm o'lchamli dokadan tayyorlanadi. Dokaning bir uchi 10 cm uzunlikda qoldiriladi.

Tampon kiritishdan oldin bachadon bo'ynini ko'zgular yordamida ochib, qinni shilimshiq va ajralmadan tozalash, tamponni uzun pinset bilan ushlab, tashqi teshikka taqash yoki orqa gumbazga kiritish kerak. Tamponga bog'langan ipning uchlari tashqarida qoldiriladi. Tamponni bemorning o'zi 12 soatdan keyin ipidan tortib chiqaradi, so'ngra qinni soda yoki osh tuzi qo'shilgan iliq suv bilan chayadi. Qinning shilliq pardasi qattiq ta'sirlanmasligi uchun tamponlar odatda, kunora qo'yiladi.

Ba'zan kasallangan a'zoni tinch qo'yish maqsadida, shuningdek, qon aylanishi va limfa aylanishi uchun sharoit tug'dirish maqsadida bachadon naylari va tuxumdonlarning surunkali kasalliklarida, shuningdek, bu a'zolar pastga tushib qolganda ham uzun tamponlar qo'yiladi.

Qinga malhamli tamponni kirgizish texnikasi

Maqsad. O'quvchilarga qin va bachadon bo'yni sohasidagi shilliq qavatga malhamning mahalliy ta'sirini ko'rsatish. Buning uchun quyidagilar tayyorlanadi:

- steril paxtali tampon;
- pinsetlar;
- lotok;
- dori preparatlari: streptomitsin, sintomitsin emulsiyasi, vishnevskiy malhami.

Muolajani o'tkazish tartibi:

- muolaja maqsadi bemorga tushuntiriladi;
- ginekologik kresloga taglik solib, ayol yotqiziladi;
- qo'lga steril qo'lqop kiyiladi;
- tampon dori preparatiga botiriladi;
- qin ko'zgular yordamida tekshiriladi;
- ko'zguni olmasdan turib, qinga dorili tampon pinset yordamida kirgiziladi;
- ko'zgu qindan olinadi;
- tampon 12 soatga qinda qoldiriladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA PARVARISHLASH

Qorin devori operatsiyasi tugagach, qorin devorining jarohati tikilgandan keyin ustiga bir necha steril doka salfetskadan boylam yopiladi, uning ustidan enlik paxta qo'yiladi, bularning hammasi doka yoki maxsus bint bilan bog'lanadi. Bu bintning uchlariga bog'ichlar qilingan bo'ladi.

Qin operatsiyalarida ba'zan qin steril doka bilan zichlashtirmay tamponda qilinadi. Tamponda odatda, bir sutkadan keyin olinadi. Qin operatsiyasida qin jips choklanmaydigan va drenajning doka tasmasi qorin bo'shlig'iga tiqib qo'yiladigan bo'lsa, odatda, tasma 5-6-kuni olib tashlanadi. Boylam qo'yilgandan keyin bemor operatsiya stolidan avaylab olinib, nosilkaga yoki aravachaga yotqiziladi, choyshabga yaxshilab o'rab, palataga olib kelinadi. Palatada bemor yaxshi isitilgan o'ringa yotqiziladi. O'rinni elektr lampalar yordamida nur vannalari, rezina grelkalar yoki issiq suv to'ldirilgan butilkalar bilan isitish mumkin.

Ingalatsion narkozdan keyin bemor o'ringa yostiqsiz gorizontol holatda yotqiziladi; orqa miya anesteziyasidan keyin bemorning boshiga yostiq qo'yiladi. Orqa miya anesteziyasida novokainning spirtli eritmasi ishlatilgan bo'lsa, bemor boshiga yostiq qo'ymay, karavotning oyoq tomonini ko'tarib yotqiziladi. Bemorning oyoqlariga metall yoki rezina grelkalar choyshab ustidan qo'yiladi.

Og'riqni qoldirish uchun qorin sohasiga muz to'ldirilgan rezina xalta qo'ygan ma'qul. Muzli xalta har 1–2 soatda almashtirilishi kerak. Muzli xaltani bir soatdan uzoq ushlab yaramaydi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki vaqtda hamshira bemor karavoti yonida o'tirishi, bemorning tomir urishini, nafas olishini va yuzining rangini kuzatib turishi lozim.

Operatsiyadan keyingi og'riqlarni bartaraf qilish birinchi navbatdagi vazifadir. Bemorlar azob tortmasliklari uchun teri ostiga morfin (1%li eritmasidan 1 ml) yoki pantopon yuborish tavsiya etiladi.

Bemor qattiq chanqasa, og'zini ho'llash va chayish uchun qaynatilgan sovuq suv oz-ozdan beriladi; bemor suvni tuflab tashlashi kerak. Operatsiya qilingan kuni kechga yaqin yoki ertasiga ertalab bemorga oz-ozdan choy yoki qora kofe berish mumkin.

Operatsiya qilingan bemorlar ko'pincha uyqudan qoladilar. Uyqusizlik sabablari: og'riq, noqulay yotish, chanqov, koridor yoki qo'shni palatalardagi shovqin, ruhiyatning qo'zg'alishi va shunga o'xshashlar. Bu maqsadda uxlatadigan dorilar buyuriladi.

Operatsiyadan keyin og'iz bo'shlig'iga qarab turish kerak, chunki ba'zi kasalliklar (masalan, stomatit, parotit) og'iz bo'shlig'idan boshlanadi. Ertalab va kechqurun bemorning tishlarini tozalab, og'zini chayish zarur. Zarurat bo'lsa, og'iz dezinfeksiyalovchi moddalar eritmasi bilan chayiladi.

Teridagi choklar 6–8-kuni olinadi. Bemor bir kun oldin kechqurun surgu dori ichadi, chok olinadigan kuni ertalab ichi kelmagan bo'lsa, tozalovchi huqna qilinadi. Chok olingach, jarohatga yod nastoykasi surtib, yana doka boylam yopishtiriladi. Qin operatsiyalarida ketgutdan chok solingan bo'lsa, bu chok ko'pincha olinmaydi, chunki ketgut chok so'rilib ketadi. Oraliq terisidagi ipak choklar 6-kuni olinishi kerak. Oraliq operatsiyasidan keyin jarohatni

mumkin qadar quruq tutish kerak, bu maqsadda yuvinish va siyishdan keyin chokka steril doka yopish zarur.

Bemorlarni ehtiyot bo'lib ovqatlantirish zarur: operatsiyadan keyin 2-kuni bemorga choy yoki kofe ichiriladi, 3-kuni bulyon, kisel beriladi, 5-kundan boshlab sekin-asta odatdagi ovqatlar berila boshlanadi.

Chok olinganidan keyin bemorning karavotda o'tirishiga, ertasi kuni esa o'rnidan turishiga ruxsat beriladi. Qorin devorini ochish laporotomiya operatsiyasidan keyingi davr normal o'tgan taqdirda bemor 12–14-kuni uyiga jo'natiladi. Qorin devorini ochib operatsiya qilingan bemorlarning yarasi bitib, jarohat bitguncha 3–5 oy davomida bandaj tutib yurish tavsiya etiladi. Bandajni faqat ish vaqtida tutib yurish kerak, chunki doim bandaj tutib yurish qorin devorining muskullarini bo'shashtirib, atrofiyaga sabab bo'ladi.

YURAK VA NAFAS FAOLIYATINI KUZATISH

Operatsiyadan keyingi davrda bemorning tomir urishiga (pulsiga) qarab turish ayniqsa muhimdir, chunki normal o'zgarishlar dastlabki kunlarda pulsning o'zgarishiga qarab aniqlanadi. Bemor narkozdan uyg'onganida, qusaman deb harakat qilganida, operatsiyadan keyin bezovtalanganida tomiri birmuncha tez uradi. Operatsiyadan keyingi davr normal o'tganda yurak faoliyati tez orada asliga keladi: tomirning to'lishishi va urish tezligi operatsiyadan ilgarigi pulsidan ozgina farq qiladi. Tegishli sabablarsiz tomirning minutiga 100 mar-tadan ortiq urishi ichdan qon ketayotganligini yoki yurak zaifligini ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi davrda pulsning tezlashuviga infeksiya, ichakning falajlik holati, ayni vaqtda ichning dam bo'lishi va ichak tutilishi (invaginatsiya) sabab bo'lishi mumkin.

Operatsiya tamom bo'lgach, temperatura, odatda, operatsiyadan ilgarigi davrga nisbatan birmuncha pastroq bo'ladi, biroq kechga yaqin ko'tarilib, 37,5°C ga yetishi mumkin.

Temperaturaning kechqurun ko'tarilishi bilan ertalab pasayishi o'rtasida 1°C va undan ortiq tafovut bo'lsa, bu – ko'pincha jarohatning yiringlaganligini ko'rsatadi.

Ayni vaqtda bemor ba'zan junjib turadi. Buning sababi, organizmga infeksiyaning tushishi natijasida intoksikatsiya ro'y beradi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorning nafas olishiga ham qarab turish kerak. Operatsiyadan keyin nafas olish odatda, normal bo'ladi, nafas olishning har qanday tezlashishi o'pka funksiyasining o'zgarganligini ko'rsatadi. Operatsiya qilinganidan keyin ko'pincha bemor nafas olayotganda operatsiya jarohati og'rib turishi sababli yuza nafas olishga harakat qiladi va shu bilan o'pka ventilatsiyasi uchun noqulay sharoit tug'diradi. Bunday bemorning boshi tagiga maxsus taglik qo'yib, qaddini ko'tarish va shu tariqa, nafas olishini osonlashtirish kerak.

BEMORNING SIYDIK CHIQRISHIGA QARAB TURISH

Oraliq, jinsiy a'zolar, to'g'ri ichak operatsiyalaridan keyin, shuningdek, qovuqni ko'chirish bilan bog'liq operatsiyalardan keyin aksari siydik ushlanib qoladi. Siydik uzoq vaqt ushlanib qolsa, sistit (qovuqning yallig'lanishi) yoki pielit (buyrak jomlarining yallig'lanishi) kabi ko'ngilsiz hodisalar ro'y berishi mumkin.

Bemor uzoq vaqt siya olmaganda kateter solishdan ilgari bemorni o'zicha siyishga undash lozim. Bemor o'zicha siya olmasa, qovuq yoki oraliq sohasiga grelka qo'yish yoki borat kislotaning iliq eritmasiga paxta ho'llab, jinsiy a'zolarga bosgan ma'qul.

Yuqorida qayd etilgan tadbirlarning hech qaysisi natija bermasa, barcha aseptika qoidalariga rioya qilib, kateter solishga to'g'ri keladi.

Kateterizatsiya usuli uzoq vaqt qo'llanilganda uni muayyan soatlarda, sutkasiga ko'pi bilan 2–3 mahal qilish kerak. Bunday hollarda bemor siydik yo'llariga dez.eritmalar buyo'rgan ma'qul.

Ichak faoliyatini kuzatish

Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda ich yurishiga qarab turish zarur. Operatsiyadan keyingi davrda ko'pincha ichakda gazlar to'planib qolib ich dam bo'ladi.

Aksari ginekologik operatsiyalarda ichak bevosita shikastlanmagani uchun operatsiyadan keyingi davr aseptika sharoitida o'tganda ichak peristaltikasi odatda, ikkinchi kuni asliga kelib, yel chiqib keta boshlaydi. Bordi-yu, ikkinchi sutka boshlanguncha ham ichak peristaltikasi asliga kelmay, parez kuchayaversa, bu kasallikka qarshi kurashish zarur, chunki ichak parezi bemorlarning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi. Yel ushlanib qolgan ichak qovuzloqlari qorinni shishirib, diafragmani yuqoriga surib, bemorning qattiq halloslashiga, bo'g'ilib qolishiga sabab bo'ladi.

Ich dam bo'lishi (meteorizm)ga barham berishdan oldin uning sababini mumkin qadar aniqroq bilish kerak. Ichakda gazlarning ushlanib qolishi: ichak atoniyasiga; to'g'ri ichak sfinkterining spazmiga; to'g'ri ichak sfinkterining spazmiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Ichak atoniyasida qorinni auskultatsiya qilish hech narsa yo'qday taassurot beradi. Ozig'in ayollarning ichak peristaltikasi yupqa qorin devori orqali sezilmaydi; qorinda sanchiqsimon og'riq turishini bemor odatda, his qilishmaydi.

To'g'ri ichak sfinkterining spazmida butunlay boshqacha manzarani ko'ramiz. Yuqorida qayd etilgan belgilarga qarab, bemorga birdan davo buyuriladi. To'g'ri ichak sfinkterining spazmida gaz chiqishiga to'sqinlikni yengish uchun to'g'ri ichakka trubka qo'yish tavsiya etiladi. Shu maqsadda to'g'ri ichakka uzunligi 15 cm cha keladigan naycha kiritiladi, bu naychanning uchi to'g'ri ichak ampulasiga kirib turadigan bo'lishi kerak. To'g'ri ichak sfinkterining spazmi ko'pincha og'riq refleksining oqibati bo'lgani uchun ba'zan narkotik moddalar (morfinli shamchalar) buyurish yaxshi samara beradi.

Ichak atoniyasida moychechak (romashka) yoki soda eritmasi (0,5%)dan iliq sifonli klizmalar, glitserinli klizmalar (1 stakan suvga 15 ml. glitserin), gipertonik klizmalar (1 stakan suvga 1 osh qoshiq

osh tuzi) qilish, qoringa grelka qo'yib yoki ba'zan shifokorlar tavsiyasiga ko'ra, yorug'lik vannalari qilib, qorinni isitish maslahat beriladi. Bu tadbirlar ham ichak peristaltikasining tiklanishiga yordam beradi.

Dorilardan pituitrin R (1 ampula) teri ostiga yuborish mumkin, ba'zan atropin sulfat (kuniga ikki mahal) teri ostiga yuboriladi. Qayd etilgan tadbirlar foyda bermasa va tegishli belgilar borligi sababli ichakda mexanik to'siq (ileus) paydo bo'lgan yoki peritonit kelib chiqqan deb gumon qilinsa, qorin devorini ochib (relapartomiya) operatsiya qilish bemorni o'limdan saqlab qolishning birdan bir chorasi hisoblanadi.

Yotoq yaralarini oldini olish

Uzoq yotib qolgan va ozib ketgan bemorlar operatsiya qilingandan keyin dumg'azasida va bosilib qoladigan boshqa joylarda yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin. Teri avvaliga qizaradi, keyin badanning shu joyi ko'karadi va hatto qorayadi, nihoyat, badanning irigan qismi ko'chib tushib, yara paydo bo'ladi. To'qimalarning ezilishigina emas, terining siydik, suyuqliklar bilan ho'llanishi (bemorning tagini tozalaganda), bemorning tagini tozalagandan keyin badanini yaxshi artmaslik ham yotoq yaralar kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bu ko'ngilsiz hodisaning oldini olish uchun to'qimalarning ezilishini rezina doiralar, valiklar yordamida kamaytirish, bemorning badanini ham, o'rin-boshini ham quruq tutish, bemorning vaziyatini tez-tez o'zgartirib turish kerak. Badanning qizargan joyini kuniga 2-3 mahal kamfora spirti bilan artish kerak. Yaralar paydo bo'lgan bo'lsa, chetlari spirt bilan artiladi, yara quritiladi va unga kseroformli yoki ruxli maz qo'yib bog'lanadi. Bunday bemorga vitaminlarga boy ovqatlar berilishi lozim.

«Millatning kelajagi onalar sog'lig'i bilan chambarchas bog'liqdir»

O.De. Balzak

II QISIM REPRODUKTIV SALOMATLIK

XV BOB. REPRODUKTIV SALOMATLIK TUSHUNCHASI

Birlashgan millatlar tashkiloti (BMT) ta'riflashicha «Reproduktiv salomatlik» deganda inson urchish tizimi va funksiyasi bilan bog'liq bo'lgan barcha masalalarda nafaqat uning qandaydir kasallik yoki xastalikka chalinganligi, balki ham jismonan, ham aqlan va ijtimoiy jihatdan sog'-salomat bo'lishi tushuniladi.

1994-yilda Qohirada bo'lib o'tgan aholishunoslik va taraqqiyot muammolariga bag'ishlangan halqaro anjuman deklaratsiyasida qayd etilishicha reproduktiv salomatlik tushunchasi reproduktiv huquq tushunchasi bilan chambarchas bog'liqdir.

«Reproduktiv huquq – bu er-xotinlar va alohida shaxslarning bolalar soni, ularning tug'ilishidagi oraliq davri va tug'ish vaqti hamda uning uchun yetarli ma'lumot va mablag'ga ega bo'lishi haqida tegishli qaror qabul qila olishidagi asosiy huquqlarini tan ola bilishdir».

BMTning hujjatlarida barcha shaxslarning reproduktiv salomatlikni saqlash sohasidagi xizmatlaridan foydalanish huquqiga ega ekanligi ko'rsatilgan.

Reproduktiv salomatlikni saqlashda homilador ayollarga xizmat ko'rsatish sohasida maslahat berish, ma'lumot berish, sanitariya – maorif ishlarini olib borish masalalari ko'zda tutilgan. Buning asosiy maqsadi barcha ayollarda tug'ruq va chilla davrining fiziologik jihatidan ko'ngildagidek o'tishi, chaqaloqni ko'krak suti bilan emizish, ona va bolaning sog'lig'ini muhofaza qilish, bepushtlikning oldini olish va uning asoratli oqibatlarini bartaraf etish, jinsiy yo'l bilan o'tadigan kasalliklarning oldini olish va

davolash, jinsiy hayot gigiyenasi, har kim o'zining reproduktiv salomatligiga mas'uliyat bilan yondashish masalalariga qaratilgan.

Reproduktiv salomatlik umumiy sog'liqning muhim qismi bo'lib, hayotning shaxsiy jihatlariga tegishli masala hisoblanadi. Reproductiv salomatlik insonning qoniqarli va xavfsiz jinsiy hayot olib borishi mumkinligi, farzandlarni dunyoga keltirish bilan bog'liq holatlarda va nechta farzand ko'rish borasidagi erkin tanlovini anglatadi. Bunda erkak va ayollarning axborot olish huquqlari va oilani o'z xohishlari bo'yicha rejalashtirishda xavfsiz, samarali, qulay va maqbul usullardan foydalanishi, shuningdek, ayollarning homiladorlik va tug'ish davrini xavfsiz o'tkazishda sog'liqni saqlash sohasidagi tegishli xizmatlarga bo'lgan huquqlari nazarda tutiladi. Reproductiv salomatlik haqida qayg'urish mazkur sohadagi muammolarni bartaraf qilish yo'li bilan reproduktiv salomatlikka va osoyishtalikka erishishda yordam beruvchi usullar, vosita, texnologiya va xizmatlar yig'indisi sifatida tavsiflanadi.

Mazkur yo'nalish bilan kompleks ravishda fuqarolarning sog'lig'ini, onalik va bolalikni muhofaza qilish, har tomonlama barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun barcha zarur sharoitlarni ta'minlashga davlat siyosatining ustuvor yo'nalishlaridan biri sifatida e'tibor qaratib kelinayotgani ham bejiz emas. Mamlakatimizda halqaro hamjamiyat tomonidan e'tirof etilgan reproduktiv salomatlik, onalar va bolalar salomatligi milliy modeli amaliyotga faol tatbiq qilinganligi e'tiborga molikdir.

Xotin-qizlar sog'lig'ini saqlashning asosiy rezervi oilani rejalashtirishdir. Oilani rejalashtirish termini Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan kiritilgan bo'lib, u quyidagicha ifodalanadi:

«Oilani rejalashtirish – bu er-xotin va har bir mustaqil shaxsning erkin va mas'uliyat hissi bilan bola tug'ish vaqti, uning soni haqida ma'lumotga va mablag'ga ega bo'lish masalalarini ongli ravishda hal qilishi hamda bu borada xavfsiz va eng samarali usullardan foydalana bilishi demakdir.»

JSST oilani rejalashtirish tushunchasi tug'ilishni ixtiyoriy tartibga solish tamoyillarini o'z ichiga qamrab olishini tavsiya etadi. Bu esa ayollarga insonning asosiy huquqlaridan biri bo'lgan o'zining bola tug'ish vazifasini o'zi idora etish imkoniyatini beradi.

Butun dunyoda tug'ilish kamayayotganligi kuzatilmoqda. Bunga rivojlangan mamlakatlar aholisi kontraseptiv vositalardan foydalanish evaziga erishayotgan bir paytda, Markaziy Osiyo mamlakatlarida esa abort hisobiga erishmoqda. Masalan, AQSHda 68% tug'ish yoshidagi ayollar kontraseptiv vositalardan foydalanadilar, Buyuk Britaniyada 83%, Yaponiyada 64%, tug'ilishni chegaralash haqida qaror chiqargan Xitoyda 81%, Qozog'istonda 22%, Qirg'izistonda 25%, Turkmanistonda 18%, Tojikistonda 15%, O'zbekistonda 55,6% (1996-yilgi ma'lumot)ni tashkil etadi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik, tug'ruq va chilla davri bilan bog'liq bo'lgan sabablar oqibatida har yili dunyoda 500000 xotin-qizlar hayotdan bevaqt ko'z yumadilar. Yana 50 million kishi homiladorlik va tug'ruq asoratlari natijasida nogiron bo'lib qoladilar.

Agarda rivojlangan mamlakatlarda, ya'ni Yaponiyada har 100000 tug'ilgan bolaga 2 ta, Buyuk Britaniyada 12 ta onalar o'limi to'g'ri kelsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda bu raqamlar juda baland ko'rsatkichda.

Markaziy Osiyo mamlakatlarida keyingi yillarda onalar o'limi ko'zga tashlanarli darajada pasaygan bo'lsa ham, bari bir anchagina yuqori darajada saqlanib qolmoqda.

Ma'lumki, onalar o'limining asosiy sababi ayollarning homiladorlikka qadar hayotiy tarzi qanday o'tganligi bilan bog'liq. Asosan onalar o'limi ko'rsatkichi ayollarni butun hayoti davomida (bolalikda, o'smirlik davrida) surunkali vitaminlar yetishmasligi, homiladorlik uchun xavfi bo'lgan kasalliklar bilan og'riganda, o'smirlik davrida homilador bo'lishi, ko'p va tez-tez tug'ish natijasida organizmning holdan toyishi, 35 yoshdan keyingi tug'ruqlarda baland bo'lib qolmoqda. Bu og'ir zanjir changalidan qutilishning birdan bir yo'li tug'ish yoshidagi ayollarni sog'lomlashtirish va oilani oqilona rejalashtirishdir.

Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra quyidagi holatlarda onalar va murg'ak bolalar o'limi xavfi baland bo'ladi:

1. 18 yoshga qadar homilador bo'lgan ayollarda 20-30 yosh orasida tuqqan ayollarga nisbatan onalar o'limi 34%ga, bolalar o'limi 35%ga oshadi.

2. 35 yoshdan keyin homilador bo'lgan ayollarda onalar o'limi 2 marotaba, birinchi tug'ayotganlarda 5 marotaba, bolalar o'limi esa 50%ga oshadi.

Bu guruh yoshdagi ayollarda bolalar irsiy kasalliklari, tug'ma nuqsonlar, xususan daun kasalligi 40 marotaba ko'p uchrashi kuzatiladi.

3. Tug'ruq orasi (intergenetik oraliq) 2-yildan kam bo'lganda onalar o'limi xavfi 60%ga, bolalar o'limi 2,5 marotaba, homiladorlik asoratlari 50%ga, qon ketish va bachadon yorilishi 2 marotaba oshadi; o'lik tug'ilish, o'z-o'zidan bola tashlash va kam vaznli bolalar tug'ilish xavfi oshadi.

4. 4-7 tug'ruqdan boshlab onalar va bolalar o'limi xavfi 40%ga oshadi.

5. Homiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan (ekstragenital) kasalliklarda onalar va bolalar o'limi xavfi ortadi.

Shularni inobatga olib, oilani rejalashtirishning 5 ta asosiy tamoyili shakllantirilgan;

1. 18 yoshga qadar homilador bo'lishga yo'l qo'ymaslik.

2. 35 yoshdan keyin tug'maslik.

3. Iloji bo'lsa har 3 yilda bo'lmasa, 2 yildan kam bo'lmagan muddatda tug'ish.

4. Oilada 3 ta farzand bo'lishi maqsadga muvofiq.

5. Og'ir ekstragenital kasalliklar bilan xastalangan ayollarda tug'ruqni cheklash.

Agar biz ushbu tamoyillarga amal qilsak, uni buzmasak jamiyatda va davlatimizda sog'lom avlod dunyoga keladi.

Halqaro ekspertlarning ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda reproduktiv yoshdagi juftliklar orasida bepushtlikning tarqalishi o'rtacha 13-15 foizni tashkil etadi. Bepushtlik er-xotinlarning ijtimoiy-ruhiy jihatdan bezovtaligiga, oiladagi ziddiyatli holatlarga, ajrimlar

sonining o'sishiga olib keladi. Bepushtlikdan aziyat chekayotgan shaxslar ruhiy kechinmalarga beriluvchan bo'lib, ularning umumiy faolligi va mehnat layoqati sustlashadi.

Mamlakatimizda o'tkazilgan tahlillar shuni ko'rsatadiki, oxirgi-yillarda ajralishlarning 4,7 foizi juftliklar bepushtligiga to'g'ri kelmoqda. O'tkazilgan tadqiqotlar natijalariga ko'ra, birlamchi bepushtlikka chalingan ayollar barcha turmush qo'rganlarning umumiy soniga nisbatan 4,9 foizdan 5,3 foizgachani tashkil etadi. Bu raqamlar O'zbekistonda oilalarni saqlash maqsadida yordamchi reproduktiv texnologiyalarni joriy etishning muhimligi va zarurligini yaqqol ko'rsatmoqda.

Butunjahon tajribasi shuni ko'rsatadiki, reproduktiv salomatlik va oilani rejalashtirish masalasiga har bir mamlakatda o'zining ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlari, milliy va diniy urf-odatlari hamda qonunlar nuqtayi nazaridan qaraladi.

Islom dini tug'ish yoshidagi ayollar salomatligi haqida

Islom reproduktiv salomatlik g'oyasini ma'qullaydi va shu masalalarga oid ko'rsatmalarda, har bir oilaga o'z xohishlariga ko'ra farzand ko'rishlikni targ'ibot qiladi. Qur'onda to'g'ridan to'g'ri oilani rejalashtirish bo'yicha man qiluvchi oyat va suralar yo'qligi, shuningdek, payg'ambarimiz tomonidan ma'qullangan, homiladorlikni oldini olish maqsadida qo'llaniladigan usullar (Azya jinsiy aloqa paytida urug' tashlashdan ilgari olatni qindan chiqarib olish, uzoq muddat davomida bolalarni ko'krak bezidan emizish kabilar) onalar va bolalar salomatligini saqlashga, ularni turmush darajasini oshirishga qaratilganidan darak beradi. Oilaning oliy maqsadi, qonuniy farzandlar ko'rib, ularni voyaga yetishtirish va tarbiyalashdir.

Nikoh – oila qurishning asosi bo'lib, erkakka katta javobgarlikni yuklaydi, uni oldindan rejalashtirishi kerak. Ular bola-chaqalarini munosib, sog'lom, o'qimishli, insonlar uchun foydali qilib o'stirish, xotini va uy-ro'zg'ori to'g'risida qayg'urish layoqatiga ega bo'lgan bo'lishi kerak.

Kimda kim oila qurish uchun barcha narsalarni to'la-to'kis amallay olmas ekan, to Alloh ularga o'z marhamatlarini ko'rsatmaguncha nikohdan o'tishda sabrli bo'lsin. Demak har birimiz oila qurishni, farzand ko'rishni orzu-havas qilgan ekanmiz, dilimizda pok niyatlarimizni qaytarib, eslab turmog'imiz darkor-dir. Allohdan sog'lom, aqlli, naslimizga, xalqimizga, davlatimizga va dinimizga xizmat qiladigan farzandlarni umri bilan, rizqi bilan berishini so'rashimiz va shunga intilishimiz kerak deb targ'ib etiladi.

Ko'pgina mamlakatlarda buning asosiy maqsadi tug'ilishni chegaralashdan iborat.

O'zbekiston Respublikasida fuqarolar sog'lig'ini muhofaza qilish haqida

O'zbekiston Respublikasida esa, provard maqsad onalar va bolalar o'limini, abortlarni kamaytirishga, aholini sog'lomlashtirishga va sog'lom avlodni dunyoga keltirishga qaratilgan.

Shu o'rinda O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining IX bob 40-moddasida «Har bir inson malakali tibbiy xizmatdan foydalanish huquqiga ega» ekanligi ko'rsatilib, fuqarolar o'z sog'lig'ini saqlash va tiklash masalasiga doir barcha muammolarni o'zlari hal etish huquqlari belgilangan. Bundan kelib chiqqan holda O'zbekiston Respublikasining «Fuqarolar sog'lig'ini muhofaza qilish haqida»gi qonuni asosida sog'liqni saqlash tashkilotlari aholi sog'lig'ini saqlash ishlarini amalga oshiradi. Reproduktiv salomatlik – aholi sog'lig'ining, sog'lom avlod tug'ilishining asosiy omili hisoblanadi. Endi, sog'lom tanda sog' aql deganidek faqatgina sog'lom ayollar tug'ishini ta'minlash sog'liqni saqlash xodimlarining asosiy vazifasi hisoblanadi.

Reproduktiv salomatlikka oid O'zbekiston Respublikasi Qonuni, Prezident Farmoni va Qarorlari

“Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida”gi O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 13-martdagi O'RQ-528-son qonuni qabul qilingan bo'lib, uning asosiy maqsadi fuqarolarning

reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi munosabatlarni tartibga solishdan iborat. Qonunning 3-moddasida belgilanishicha, fuqarolarning reproduktiv salomatligi insonning jismoniy, aqliy va ijtimoiy jihatdan sog'lomligi holati bo'lib, bu holat uning bola tug'ilishiga qodirligini belgilaydigan reproduktiv tizimi, ushbu tizimning funksiyalari hayotiy jarayonlari bilan bog'liq bo'ladi.

Qonunning asosiy 3 ta moddasidan bevosita ko'chirma keltiriladi

Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash:

- fuqarolarning reproduktiv salomatligi to'g'risida ishonchli va to'liq axborot olishni;
- homiladorlikni saqlab yurishni va bolaning asoratlarsiz hamda nuqsonlarsiz tug'ilishini ta'minlaydigan, homiladorlik, tug'ish va tug'ishdan keyingi davrdagi tadbirlar, muolajalar hamda xizmatlarni;
- reproduktiv tizim kasalliklarining oldini olishni va ularni davolashni;
- jinsiy yo'l bilan o'tadigan kasalliklarning oldini olishni va ularni davolashni;
- ehtimoldagi asoratlarning va reproduktiv tizim funksiyalari buzilishi oqibatlarining oldini olishga ko'maklashgan holda homiladorlikni xavfsiz ravishda sun'iy to'xtatishni;
- kontrasepsiya usullari va ulardan foydalanish to'g'risida axborot olishni nazarda tutadi.

Qonunning 4-moddasida uning asosiy prinsiplari belgilab berilgan. Ular:

- reproduktiv muammolarni hal qilishda insonparvarlik;
- reproduktiv salomatlikni saqlash sohasida erkaklar va ayollarning tengligi;
- fuqaroning shaxsiy hayotiga aralashmaslik, shaxsiy va oilaviy sirini saqlash;
- fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risidagi tibbiy xizmatlardan foydalanish va ularning sifatini ta'minlash;
- fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash bo'yicha davlat tomonidan kafolatlangan hajmini ta'minlash.

Shu qonunning 10-moddasida «Fuqarolarning reproduktiv huquqlari» yoritilgan.

Fuqarolar quyidagi huquqlarga ega:

- xavfsiz va samarali reproduktiv texnologiyalardan foydalanish holda o'z farzandlarining tug'ilishi xususida mustaqil ravishda qarorlar qabul qilish;
- o'zining reproduktiv salomatligi to'g'risida ishonchli va to'liq axborot olish;
- tug'ilishni tartibga solishning xavfsiz usullaridan va kontrasepsiyadan foydalanish;
- tibbiy-profilaktika xizmatlaridan foydalanish va sog'liqqa xavf soluvchi vositalardan, shu jumladan ilmiy tajribalar qo'llanilishidan himoyalash;
- o'z reproduktiv huquqlarini amalga oshirish chog'ida tibbiy-ijtimoiy, shuningdek, psixologik yordam va axborot olish;
- yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish.

Shuningdek, aholining reproduktiv salomatligini saqlash borasida O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining vakolatlari, Sog'liqni saqlash vazirligining vakolatlari, mahalliy davlat hokimiyati organlarining vakolatlari, fuqarolarning reproduktiv huquqlari va reproduktiv salomatlik sohasiga dahildor boshqa masalalar ham qonuunda o'z aksini topgan.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 8-noyabrdagi "Reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirish va ko'lamini kengaytirish to'g'risida"gi PQ-4513-sonli Qarori e'lon qilinib, qaror asosida reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalar uchun yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillash-tirish, perinatal markazlarini zarur tibbiy texnika va buyumlar bilan ta'minlash vazifasi belgilandi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 5-oktabrdagi "Raqamli O'zbekiston-2030 strategiyasini tasdiqlash va uni samarali amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi PF-6079-sonli

Farmoniga asosan aholining reproduktiv salomatligini muhofaza qilish va sog'lom oilani shakillantirish yuzasidan bir qator davlat va jamoat tashkilotlari bilan hamkorlikda tarig'ibot, tashviqot ishlari olib borilmoqda.

Aholi orasida, ayniqsa xotin-qizlar va nikohdan o'tuvchi yoshlar orasida sog'lom oila qurish, sog'lom bolalar tug'ilishi va tarbiyalash masalalari yuzasidan tizimli asosda tushuntirish ishlarini tashkil qilish maqsadida, joylardagi mutasaddi tashkilotlar bilan hamkorlikda oylik ish rejalariga asosan ish tashkil etildi va ijrosini nazorat qilish bo'yicha amaliy tizim yaratildi.

Xususan, bu yo'nalishda tizimli ish tashkil etish maqsadida Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahrida, tuman, shaharlarda va barcha mahallalarda Maxsus jamoatchilik kengashi va ishchi guruhlarini tuzildi.

O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 2-sentabr kuni qabul qilingan "Xotin-qizlar va erkaklar teng huquq va imkoniyatlari kafolatlari to'g'risida"gi Qonuni (O'RBQ- 562-son)ning 27-moddasida belgilanganidek, Sog'liqni saqlash sohasida xotin-qizlar va erkaklar uchun teng huquq hamda imkoniyatlar kafolatlari.

Davlat quyidagilarni kafolatlaydi:

- xotin-qizlar va erkaklarning sog'liqni saqlash sohasidagi o'z huquqlarini amalga oshirishga, shu jumladan, malakali tibbiy xizmat ko'rsatilishiga, qulay tibbiy xizmatlardan foydalanishga, oilani rejalashtirishga va reproduktiv salomatlikni himoya qilishga bo'lgan teng imkoniyatlarini;

- zarur bo'lgan hollarda, xotin-qizlarning turli ehtiyojarini hisobga olib, ayniqsa, homiladorlik, tug'ish davrida va tug'ishdan keyingi davrda xotin-qizlarga bepul xizmatlar ko'rsatgan, shuningdek, homiladorlik va emizish davrida tegishli oziq-ovqat bilan ta'minlagan holda, sog'liqni saqlash sohasidagi strategiya va dasturlarning amalga oshirilishini;

- tibbiy ta'lim sohasida reproduktiv salomatlikni mustahkamlashga, jins bo'yicha bevosita va bilvosita kamsitishlarning oldini olishga qaratilgan tashabbuslarni qabul qilishni;

- sog'liqni saqlash sohasida xotin-qizlar va erkaklar o'rtasidagi tafovutlarni hisobga oluvchi ilmiy tadqiqotlarni rivojlantirishga ko'maklashishni.

O'zbekiston Respublikasining «Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida»gi Qonun ijrosini ta'minlash maqsadida Sog'liqni saqlash vazirligining 2021-yil 17-sentabrdagi 229-sonli «Homiladorlikni sun'iy ravishda to'xtatish tartibi bo'yicha milliy klinik bayonnomani tasdiqlash to'g'risida»gi buyrug'i e'lon qilinib, uning asl maqsadi ayollarda reproduktiv salomatlikni saqlashdan iborat edi.

Qishloq joylarida ko'pchilik aholi kontrasepsiya vositalaridan bexabar bo'lganliklari, ular orasida sanitariya-maorif ishlarining yetarlicha olib borilmasligi oqibatida tug'ish yoshidagi ayollarda homiladorlik va tug'ruqqa monelik ko'rsatuvchi turli xil ekstragenital kasalliklar bo'lishiga qaramasdan homilador bo'lib, hattoki uni sun'iy yo'l bilan tushirishning xavfsiz muddatlarini o'tkazib qo'yib, shifokorlarga murojaat qilganda, bundan tashqari ijtimoiy-iqtisodiy masalalar bilan bog'liq bo'lgan holda tug'ish va bola tarbiyalash imkoniyatiga ega bo'lmagan taqdirda ularga qanday yo'riqlar asosida yordam ko'rsatish tartib-qoidalari ushbu buyruqda o'z aksini topgan.

Mazkur buyruqda homilador bo'lishning va uni voyaga yetkazishga tibbiy moneliklar keltirilib, joylarda: xotin-qizlar maslahatxonalarida, qishloq va shahar vrachlik punktlarida, hozirga qadar saqlanib qolgan feldsher-akusherlik punktlarida faoliyat ko'rsatayotgan doyalarga buyruqda ko'rsatilgan kasalliklari bo'lgan tug'ish yoshidagi ayollarda homiladorlikdan saqlanish, ularga kontraseptiv vositalarni qo'llash bo'yicha tegishli tashviqot ishlari olib boriladi, mabodo u toifadagi ayollarda homiladorlik qayd etilsa, uni sun'iy yo'l bilan to'xtatish chora-tadbirlarini ko'rish vazifalari yuklatiladi.

Buyruqda qayd etilgan kasalliklar quyidagilar:

- yuqumli va parazitar kasalliklar; tuberkuloz, virusli gepatit, sifilis;
- xavfli (yomon sifatli) o'smalar;
- ichki sekretsiya bezlari kasalliklari;

- qon va qon ishlab chiqaruvchi a'zolar kasalliklari;
- ruhiy kasalliklar;
- asab va sezgi a'zolari kasalliklari;
- qon aylanish (yurak-qon tomirlari) tizimi kasalliklari;
- nafas olish a'zolari kasalliklari;
- ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari;
- siydik-tanosil tizimi kasalliklari;
- homiladorlik, tug'ruq va chilla davri asoratlari; yelbo'g'oz, ilk va kechki gestozlarning og'ir shakllari, chanoq anomaliyalari (tug'ruq yo'llari orqali tug'ish imkoni bo'lmagan hollardagi tor chanoqlar), bachadonning tug'ma nuqsonlari (bir shoxli, ikki shoxli bachadon).

Oldingi tug'ruq davrida yoki undan boshqa vaqtlarda bachadonda bir-yil muddat ichida o'tkazilgan operatsiyalar natijasida hosil bo'lgan chandiqlar, xoreonepiteliomalar va hokazo;

- teri va teri osti kletchatkalari kasalliklari;
- suyak-muskul va qo'shuvchi to'qimalar kasalliklari;
- ikki va undan ortiq marotaba tug'ma nuqsonlar bilan bolalar tug'ilishi;
- irsiy kasalliklar;
- homilador ayoldagi fiziologik holatlar.

Meditsina nuqtayi nazaridan moneliklar bo'lganda homilador bo'lish, uni voyaga yetkazish yoki tug'ish aksariyat hollarda xotin-qizlar hayoti o'ta xavfli hisoblanib, onalar o'limi sabablari uchun orasida ekstragenital kasalliklar asoratlari oqibatidagi o'lim birinchilar qatorida turishi fikrimizning dalilidir.

Shu munosabat bilan sog'liqni saqlash tizimida reproduktiv salomatlik, ya'ni tug'ish yoshidagi ayollar sog'lig'i, homiladorlik, tug'ruq va undan keyingi davrlarning asoratsiz o'tishi, sog'lom avlodni dunyoga keltirish va uni kamol toptirish Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST), jahondagi barcha rivojlangan mamlakatlar va ular qatorida O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash xodimlarining oldida to'rgan asosiy masalalardan biri hisoblanadi. Shuningdek, bo'lg'usi feldsher-akusherlar ijtimoiy-iqtisodiy masa-

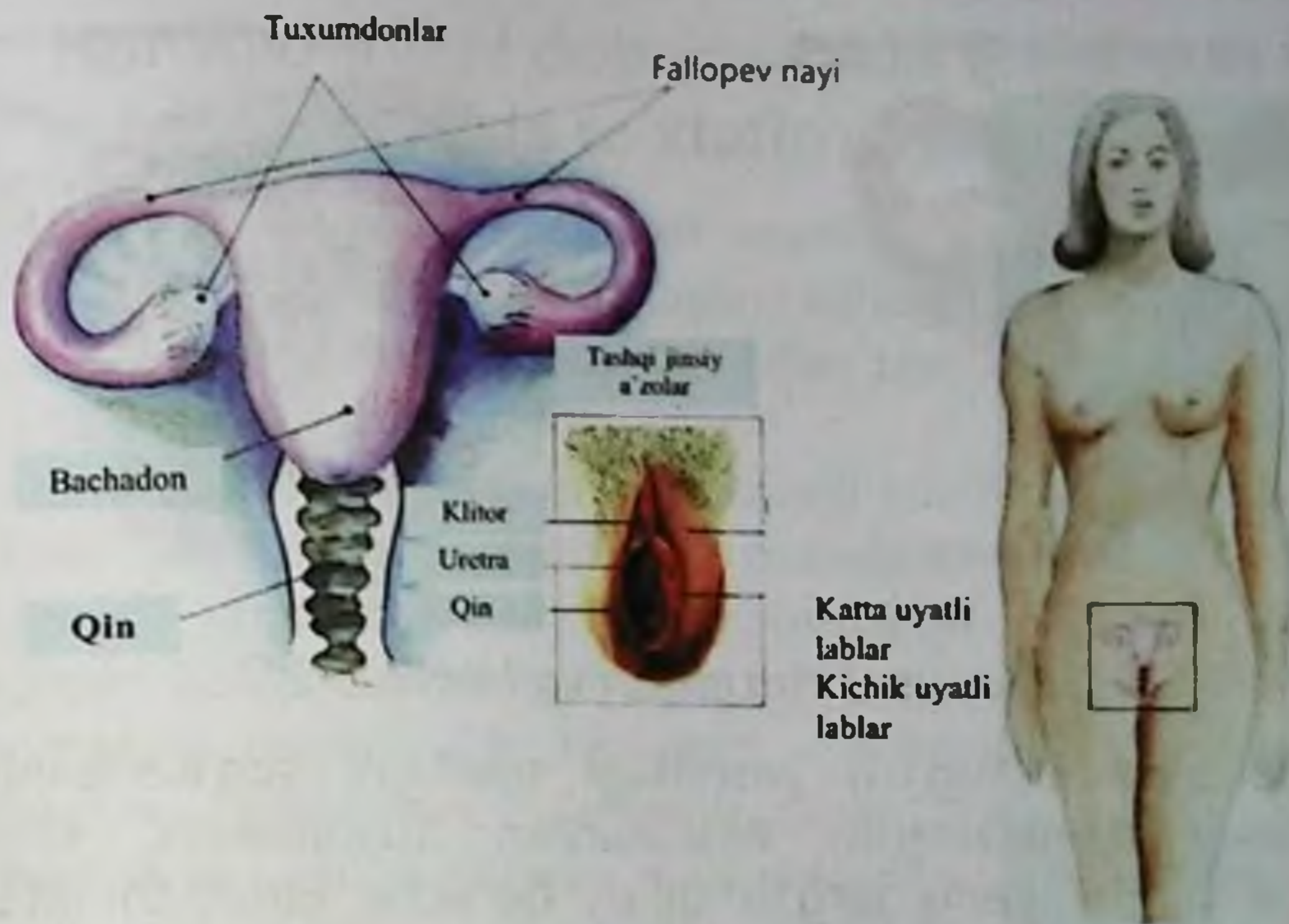
lalar bilan bog'liq bo'lgan ko'rsatmalar asosida homiladorlikni muddatidan oldin to'xtatish haqida ham yetarli bilimga ega bo'lishlari lozim.

Bu haqida 229-sonli buyruqning 3-ilovasida batafsil to'xtalib o'tilgan va quyidagi holatlarda 28 haftalik muddatgacha bo'lgan homiladorlikni to'xtatish va tushirish tavsiya etiladi:

- homiladorlik paytida ayol erining vafot etishi;
- homilador ayol yoki uning erining ozodlikdan mahrum etilishi;
- onalik huquqidan mahrum etilishi;
- ko'p bolasi (oilada 4 ta va undan ko'proq bola bo'lishi) borligi;
- mazkur homiladorlik paytida eri bilan ajralishi;
- zo'rlanish oqibatida paydo bo'lgan homiladorlik;
- bolasidagi nogironlik;
- ultra tovush tekshirish natijasida homilada tug'ma nuqsonlarning aniqlanishi kabi ko'rsatmalar asosida homiladorlik muddatidan oldin sun'iy yo'l bilan tushirilishi mumkin.

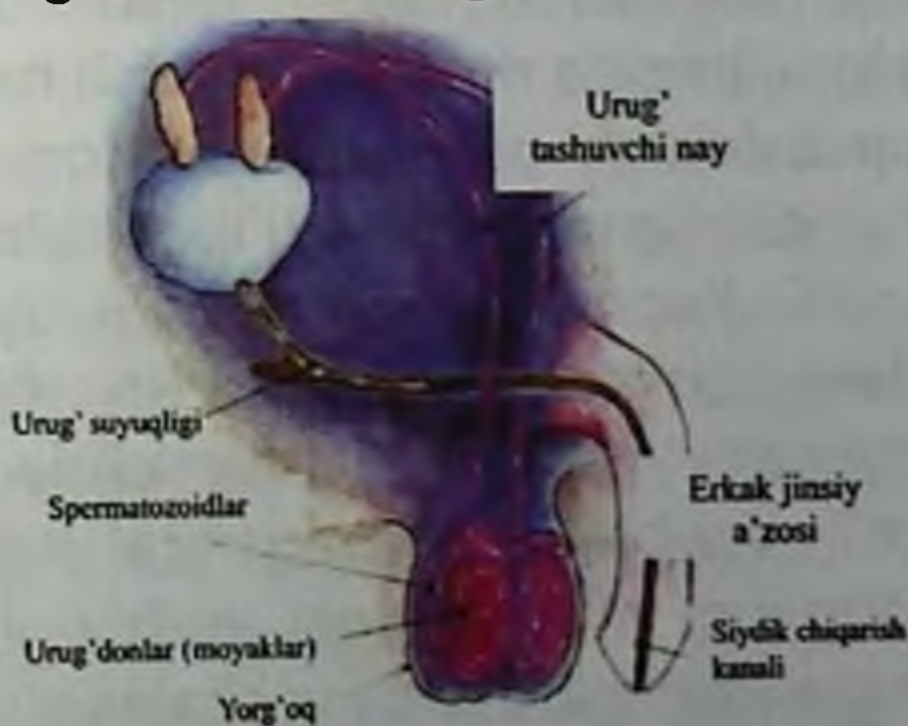
Sog'liqni saqlash vazirligining ushbu buyrug'ining e'lon qilinishi va uning amaliyotga tatbiq etilishi xotin-qizlar salomatligini muhofaza qilish va kutilmagan bola tug'ishning oldini olish borasida amalga oshirilgan insonparvarlik siyosati sifatida baholanadi.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining 1999-yil 4-maydagi 296-sonli buyrug'i asosida Reproduktiv yoshdagi ayollarni sog'lomlashtirish va oilani oqilona rejalashtirish Respublika o'quv-uslubiy markazi tashkil etildi va uning Nizomi tasdiqlandi. Bu markazning tashkil etilishidan asosiy maqsad Respublikada hozirgi kunda 4 millionga yaqin oila mavjud bo'lib, har yili 250 mingta yangi oila tashkil topishi statistik ma'lumotlar bo'yicha tug'ish yoshida bo'lgan ayollarning deyarli 65-70 foizida, homilador ayollarning 75-80 foizida turli xil ekstragenital kasalliklar mavjud bo'lib, bu kasalliklar homiladorlik va tug'ruq jarayonining asoratli o'tishiga hamda o'z navbatida tug'ilayotgan go'daklarning turli kasalliklar bilan dunyoga kelishiga, ayollarning tug'ruq asoratlari oqibatidagi nogironligiga olib kelishning oldini olishdan iboratdir.



15.1-rasm. Ayollarning o'rchish tizimi.

Ayollar reproduktiv faoliyatining uzoq vaqt davom etishi, ko'pchilik oilalar sanitariya madaniyatining ko'ngildagidek emasligi, qizlarning erta turmushga chiqishi va ketma-ket bola tug'ishi, yoshlikdan salomatligi zaif bo'lgan qizlar sonining shu davrga qadar kamaymayotganligi ayollar va ularning chaqaloqlari orasida noxush holatlarning davom etishiga asos bo'lmoqda.



15.2-rasm. Erkaklarning o'rchish tizimi.

Tuxum hujayra va spermatozoidlarning qo'shilishi-urug'lanishi



Urug'langan tuxum hujayraning payvandlanishi



15.3-rasm. Urug'lanish va homiladorlik.

Respublikada tug'ish yoshidagi ayollarni sog'lomlashtirish, zamonaviy kontraseptiv vositalardan foydalanish, sog'lom turmush tarzini keng targ'ib qilish bo'yicha birlamchi tibbiyot muassasalaridagi tibbiyot xodimlarini tayyorlash va malakasini oshirish uchun Respublikada va viloyatlarda Reproduktiv salomatlik Markazlari tashkil etilib, ularda ishlash uchun markaz mudiri, akusher-ginekolog, terapevt vrach hamda hamshiralardan iborat shtat birliklari tasdiqlandi. Bu markazlar sog'liqni saqlash vazirligi onalik va bolalikni muhofaza qilish bosh boshqarmasi tomonidan tasdiqlangan 30 soatlik dastur asosida birlamchi tibbiyot muassasalari xodimlarini tayyorlaydi va ularning malakasini oshirish maqsadida joylarda seminarlar tashkil qiladi. Ularga ayollar va erkaklar o'rchish tizimi haqida ma'lumot berish ham ahamiyatlidir.

Aholini sog'lomlashtirish va oilada sog'lom turmush tarzini shakllantirish bo'yicha tashviqot, targ'ibot ishlarini muntazam ravishda olib boradi. Reproduktiv yoshdagi ayollarni sog'lomlashtirish va oilani oqilona rejalashtirish bo'yicha tibbiyot xodimlariga kontraseptiv vositalarni ishlatishda uslubiy yordam ko'rsatadilar, birinchi navbatda ekstragenital kasalliklari bo'lgan, homiladorlik va tug'ruq mutlaq yoki nisbiy jihatdan mumkin bo'lmagan ayollarga kontraseptiv vositalarini tanlash, ularga bo'lgan moneliklarni aniqlash yo'llarini o'rgatadi. Jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklarni oldini olish borasida maktablarda, mahallalarda, matbuotda chiqishlar qiladi, tushuntirish yo'llarini olib boradi.

Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish usullari

Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2021-yil 17-sentabrdagi 229-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan bayonnoma asosida amalga oshiriladi.

Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish usullari xavfsiz va samaralidir. Homiladorlikni dori vositalari yordamida to'xtatish tartibi progesteron ta'siriga to'sqinlik qiladigan, homiladorlikning rivojlanishi uchun imkon bermaydigan progesteron retseptorlari blokatori – Mifepriston va keyinchalik bachadon qisqarishini kuchaytiradigan va homila tuxumini bachadondan chiqarilishiga olib keladigan prostoglandinning sintetik analogi Mizaprostol tayinlanishini o'z ichiga oladi.

Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish usullarini turli xil sharoitlarda, shu jumladan, cheklangan resurslarda ham qo'llanilishi tasdiqlangan. Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish usulida qo'llash uchun Mifepriston va Mizoprostol kombinatsiyasini JSSTning asosiy dori vositalar ro'yxatiga kiritilgan.

Homiladorlikning 12-haftagacha dori vositalar orqali sun'iy ravishda to'xtatish uchun Mifepriston yoki Mizoprostol tabletka shaklida qo'llaniladi. Mifepriston-antiprogesteron endometri tuxumdonlarning progesteronga sezuvchanlik retseptorlarini bloklaydi, embrionning ko'chishiga, qonda xolirial gonadotropin garmonining miqdori pasayishiga, lyuteolizitsga olib keladi, prostoglandenlarning endometridagi sintezini oshiradi, miometriyaning qisqaruvchanlik xususiyatini faollashtiradi, bachadon bo'yni yumshashi va ochilishiga yordam beradi. Mifepriston 200 mg tabletkalarda chiqariladi.

Mizoprostol-prstoglandin E1ning sintetik analogi. Bachadon qisqarishini chaqiradi, bachadon bo'yni yumshashi va ochilishiga yordam beradi, homila tuxumini bachadon bo'shlig'idan chiqib ketishiga olib keladi. Mizoprastol 200 mkg o'lchamli tabletkada

chiqariladi. Homilani tushirish uchun ayol 200 mkg (1 tabletk) Mizoprestolni uyda yoki poliklinikada qabul qilgandan 28-48 soat o'tgandan so'ng 800 mkg (4 tabletk) Mizoprestolni til ostiga yoki lunjiga olib 30 daqiqa davomida shimadi, tabletk qoldiqlarini ichga yutib yuborish mumkin yoki qinga qo'yadi. Ushbu usulda 96-98% hollarda homila to'liq bachadon bo'shlig'idan chiqib ketadi.

XVI BOB. KONTRASEPSIYANING ZAMONAVIY USULLARI

Kontraseptiv vositalar haqida umumiy tushuncha

Kontrasepsiya – turli xil usullar bilan kutilmagan homiladorlikdan saqlanish demakdir. Kontrasepsiya Gippokrat zamonlarida ma'lum bo'lgan. Tibbiyot va biologiya ilmining taraqqiy etishi natijasida kontrasepsiya usullari va uni qo'llash borasida katta o'zgarishlar sodir bo'ldi. Insonlarning o'rchishi (reproduksiyasi) organizm endokrin tizimining faoliyatiga bog'liq ekanligi fanda isbotlangandan keyin, xotin-qizlar tuxumdonlarida har oyida muntazam ravishda follikulalarning yetilishi, ovulatsiya va urug'lanish sababli jarayon sodir bo'lishi va bu jarayonni jinsiy gormonlar ta'sirida idora etish mumkin ekanligi ma'lum bo'lishi bilan ayollar homiladorlikdan saqlanish uchun turli xil gormonal tabletkalar yordamiga murojaat qila boshladilar. Shundan boshlab tibbiyot sohasida gormonal dori-darmonlar ishlab chiqarilishi yo'lga qo'yildi. Bu preparatlardan inson organizmi funksiyalari buzilganda uni yo'lga qo'yish bilan bir qatorda ma'lum muddatga homiladorlik va tug'ishdan o'zini saqlash maqsadida ham keng foydalanib kelindi.

Tibbiyot ilmining rivojlanishi kontrasepsiyaning ayol va erkaklar uchun eng qulay, samarali usullarini ishlab chiqarilishi va amaliyotda qo'llanilishiga sabab bo'ldi.

Homiladorlikdan saqlovchi vositalardan keng foydalanish tug'ilish va tabiiy o'sish ko'p bo'lgan mamlakatlarda aholining sonini o'sishini kamaytiradi va yashash sharoitini yaxshilashga olib keladi. Bizning sharoitimizda kontraseptiv vositalarni qo'llash tug'ish, tug'ilish ko'rsatkichiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi va reproduktiv salomatlikni yaxshilash, onalar va perinatal o'limning kamayishiga, istalmagan homiladorlikdan saqlanish imkoniyatini yaratadi.

Xotin-qizlar orasida homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi patologik holatlar va uning oqibatida kelib chiqadigan turli xil asoratlar natijasida onalar va perinatal o'limning oshib borishi,

ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni sog'lomlashtirish, umuman olganda tug'ish yoshidagi ayollar sog'lig'ini ta'minlash, sog'lom avlodni dunyoga keltirish maqsadida Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST-VOZ) tomonidan barcha rivojlangan mamlakatlar, shuningdek, mustaqil O'zbekiston Respublikasida kutilmagan homiladorlikning oldini olish (undan saqlanish), ya'ni kontrasepsiyaning turli xil usullaridan foydalanish uni tug'ish yoshidagi ayollar orasida targ'ib qilish ishlari amalga oshirilmoqda.

Hozirgi kunda kontrasepsiyaning quyidagi usullari keng qo'llaniladi:

1. Gormonal kontrasepsiya:

- oral (ichiladigan aralash tarkibli) kontrasepsiya;
- ineksion kontrasepsiya;
- implant kontrasepsiya.

2. Bachadon ichi vositalari (BIV).

3. To'siqli (barer) kontrasepsiya.

4. Homiladorlikdan saqlanishning tabiiy usullari:

- laktatsion aminoreya usuli (LAU);
- ritmik usul (kalendar usuli, bazal harorat usuli, servikal usul, simptotermal usul).

5. Ko'ngilli jarrohlik usuli va boshqalar (abstinensiya, jinsiy aloqani uzish).

Kontraseptiv vositalarni qo'llashning har bir usulining o'ziga xos afzalliklari va kamchiliklari mavjud bo'lib, uni qo'llaganda asosan vositaning afzalliklari kamchiliklaridan ustun bo'lishi ko'zda tutiladi. Keyingi-yillarda ayollar tomonidan ko'proq gormonal kontraseptivlar hamda bachadon ichi vositalari kontrasepsiyaning boshqa turlariga nisbatan ko'proq qo'llaniladi. Bu xil kontrasepsiya 98% hollarda homiladorlikdan saqlanish samarasini beradi.

Ichiladigan gormonal kontraseptivlar ko'pincha estrogen va progesteron (gestogen) gormonlarning qo'shilmasidan iborat bo'lib, uni qabul qilganda gonadotropin gormonlarining sekretsiyasi (ishlab chiqarilishi) pasayishi natijasida ovulatsiya jarayonining sodir bo'lmasligiga olib keladi va homiladorlikning oldi olinadi. Ko'rinib turibdiki, gormonal vositalarni uzoq doimiy

ravishda ichib yurish menstruatsiya siklining buzilishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari qon bosimining ko'tarilishi, qonning uyushish jarayonining tezlashuviga olib kelishi, tromboemboliya holati, yoshi kattaroq, qandli diabet kasalligi bo'lgan ayollarda miokard infarktini olib kelishi xavfi balandroq bo'ladi.

Shunga qaramasdan keyingi-yillarda gormonal kontraseptivlar tarkibida estrogen gormonlar komponentini kamaytirib (1/3), ko'proq (2/3) gestogen gormonlarni ko'paytirish yo'li bilan u xildagi asoratlarni oldi olinadi. Uning oqibatida epidemiologik tahlillar ko'rsatishga qaraganda ichiladigan gormonal kontraseptivlar qo'llash natijasida quyidagi kasalliklarning kamayganligi kuzatilmoqda: sut bezlarining, tuxumdonlarning xavfsiz o'smalari (mastopatiyalar, kista va kistomalar), temir yetishmovchiligidan kelib chiqadigan anemiyalar, revmatoid artritlar.

Bundan tashqari endometrioz, bachadondan disfunktsional qon ketish, polipoz va bachadon shilliq qavati bezlarining kistoz giperplaziyasi kabi qo'shimcha patologik holatlarda estrogen-gestogen kombinatsiyali vositalar sezilarli darajada davolovchi ta'sirga egadir.

Bu xildagi vositalarni tug'ish yoshidagi ayollarda qo'llanilganda, nafaqat ularga yuqorida qayd etilgan xastaliklarni davolash xususiyati balki ularda tug'ish funksiyasining tiklanishiga olib kelishi har 3-4 bemor ayollarda kuzatiladi.

Shuningdek, estrogen-gestogen kombinatsiyali vositalarni qo'llaganda bachadon bo'yni va tanosil hamda sut bezlari raki deyarli kamayishi qayd etilgan.

Kombinatsiyali ichiladigan kontraseptivlarning o'ziga yarasha kamchiliklari bo'lishi bilan birga, uni qo'llash natijasida davolovchi ta'sirining ustunligi keyingi-yillarda kontrasepsiyaning bu xildagi usuli samarali qo'llanilmoqda.

Hozirgi davrda keng qo'llaniladigan kontraseptiv vositalardan yana biri bachadon ichiga qo'yiladigan spirallardir. Dunyo bo'yicha statistik ma'lumotlarga qaraganda 100 (yuz) milliondan ortiqroq ayolar BIV lardan foydalanadilar.

Bu vositaning homiladorlikdan saqlash xususiyati bachadon ichiga joylashtirilgan spiralning otalangan tuxumhujayraning payvandlanishiga to'sqinlik qilishiga asoslangan.

Amaliyotda oddiy (inert) plastmassadan tayyorlangan yoki uning uchiga mis yoki progesteron singdirilgan spirallar ishlatiladi.

Bachadon ichi vositalari qo'llanilganda bachadondan qon ketishi (metroragiya va giperpolimenoreya) jinsiy a'zolarining (bachadon naylari, tuxumdonlarda) surunkali yallig'lanish jarayonlarining faollashuvi, bachadondan tashqaridagi homiladorlik, spiralning bachadonni teshib o'tishi kabi asoratlar uchrashi kuzatiladi.

Ammo BIV qo'llaganda uning kontraseptiv samaradorligi 98% va undan ortiqroq bo'lganligi, ko'pincha progesteronli spirallar qo'llanilganda uning yallig'lanishga qarshi ta'siri va bachadondan qon ketishining oldini olish xususiyati ayniqsa temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik bilan xastalangan ayollarda ko'ngildagidek natija berishi, agarda ayollarda homilador bo'lish istagi paydo bo'lganda spiral olib tashlangandan so'ng ko'pchilik hollarda 6 oydan keyin homiladorlik paydo bo'lishi bu usulni qo'llashga imkon yaratadi.

Alohida e'tiborni o'ziga qaratadigan usullardan biri homiladorlikdan saqlanishning tabiiy yo'lidir. Bu usulda ayollar fertil davrni, ya'ni menstrual sikl davomida homiladorlik paydo bo'lish ehtimoli ko'proq bo'lgan kunlarni bir necha xil yo'llar bilan aniqlab oladilar va shu kunlarda jinsiy aloqadan o'zlarini tiyadilar. Bu usulning o'ziga yarasha kamchiligini (uzoq vaqt o'zini jinsiy aloqadan tiyish, homiladorlikning paydo bo'lish ehtimolining yuqoriligini) hisobga olmasa, uning ayol organizmi uchun hech qanday asorati va yomon oqibati qayd etilmagan va bu usulni qo'llash o'ziga xos afzalliklarga ega.

Kontrasepsiyaning ko'ngilli jarrohlik usullari (ayollarda bachadon naylarini kesib tashlash, uni elektrokoagulatsiya qilish, erkaklarda vazektomiya) va kimyoviy vositalardan foydalanish organizmda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlarga olib kelishini inobatga olib, kamdan kam hollarda bu usullardan foydalanish mumkin.

Homiladorlikdan saqlanishda to'siqli vositalardan (bachadon bo'yni qalpoqchalari, erkaklar va ayollar prezervativi, spermit-

sidlar) foydalanish ham yetarli darajada samarali usullardan hisoblanadi.

Shunday qilib, ma'lum muddatga homiladorlikdan saqlanish uchun yuqorida qayd etib o'tilgan kontraseptiv vositalardan foydalanish provard natijada xotin-qizlar reproduktiv tizimi (o'rchish tizimi va umuman olganda tug'ish yoshidagi ayollar salomatligi) salomatligini saqlash imkoniyatini beradi.

Shuning bilan birgalikda o'rchish funksiyasini idora etish usulini tanlash ancha murakkab masaladir. Kontraseptiv vositalarning biror xili yo'qki uni 100% ayollarda bir xil darajada qo'llash mumkin bo'lsa. Buning isboti sifatida ichiladigan kombinatsiyali kontraseptivlar, BIVni 1-2-yildan ortiq qo'llash ba'zi bir xil ko'ngilsiz asoratlarni keltirib chiqarishini aytib o'tish kifoyadir. Bundan tashqari dunyodagi ko'pchilik ayollar tug'ishni tartibga solish uchun homiladorlikning dastlabki oylarida sun'iy abort qildiradilar, shu jumladan O'zbekistonda ham hanuzgacha bu usuldan foydalanadigan ayollar soni talaygina.

Shu munosabat bilan ham hozirgi vaqtda homiladorlikdan saqlanish uchun har bir ayolga nisbatan alohida, uning sog'lig'ini aynan shu ayolda mazkur usulni qo'llaganda kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratni hisobga olgan holda yondashmoq zarur. Shuningdek, kontraseptiv vositalarni tanlaganda ayollarning yoshi, reproduktiv anamnezi (homiladorlik, tug'ish anamnezi) jinsiy a'zolarining holati, ekstragenital kasalliklar bor-yo'qligi hamda bir necha xil kontraseptiv vositalarni qo'llashga to'g'ri kelsa, ularning bir-biriga mosligini hisobga olish maqsadga muvofiqdir.

Mabodo kontraseptiv vositalarni samarasiz qo'llash oqibatida kutilmagan homiladorlik paydo bo'lgan taqdirda, vakuum aspiratsiya usuli bilan homiladorlikni tushirish tavsiya etiladi. Bu operatsiya kam shikast usul bo'lib, bachadon bo'yni va bo'g'izida operatsiya oqibatida kelib chiqadigan nuqson juda kam uchraydi.

Yuqorida qayd etilgan fikrlardan shunday xulosa qilish mumkinki, homiladorlikdan saqlovchi vositalarni qo'llashdan qanchalik darajada yutuqlarga erishgan bo'lishimizga qaramasdan uni qo'llovchi har bir ayol ustidan joylarda: xotin-qizlar

maslahatxonalari, qishloq va shahar vrachlik punktlari akusherkalari tomonidan qat'iy dispanser nazorati o'rnatilishi lozim.

Agarda kontraseptiv vositalar qo'llash oqibatida ayolda qandaydir bir asorat sodir bo'lishi bilanoq uni barataraf etish choratadbirlari ko'rilishi lozim.

Sun'iy abort qildirgan, jinsiy a'zolarida turli xil xastaliklari va ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni reproduktiv salomatligini «xavfi yuqori» bo'lgan guruhga kiritib, alohida hisobga olish va nazorat qilish talab etiladi.

Xotin-qizlar salomatligini saqlash yo'lida maslahatxonalar va qishloq vrachlik punktlarida ishlayotgan akusherkalar vrach bilan hamkorlikda «Xavfi yuqori» bo'lgan guruhdagi ayollarni sog'lomlashtirish, ularga o'ziga mos bo'lgan kontraseptiv vositalarni tanlash va qo'llashda ko'makdosh bo'lishi ayollar reproduktiv salomatligini saqlashda va sog'lom avlod dunyoga kelishiga zamin yaratadi.

Homiladorlikdan saqlanishning tabiiy usullari

Tabiiy usullarga ritmik usul deb ataluvchi kalendar usuli, harorat (to'g'ri ichak-bazal harorati) usuli, servikal va simptotermal usullar kiradi.

Kontrasepsiyaning ritmik usuli yoki jinsiy aloqadan vaqtinchalik saqlanish usuli, ovulatsiya (yetilgan follikulaning yorilib, undan tuxumhujayraning ajralib chiqish jarayoni) – Follicula rexis vaqtini aniqlash va ovulatsiyadan oldin va undan keyingi dastlabki kunlarda jinsiy aloqadan o'zini tiyishga asoslangan. Odatda, ko'pchilik ideal turdagi (hayz sikli 28 kun davom etadigan) ayollarda siklning 14 (+-2) kunida ovulatsiya jarayoni sodir bo'ladi. Tuxumhujayra va spermatozoidlarning yashash qobiliyatini hisobga olgan holda ko'pchilik olimlar hayz siklining 10-17 kunlari (8 kun), ba'zi bir xillari 5-20 kunlari (16) kun davomida jinsiy aloqada bo'lmaslikni tavsiya etadilar. Odatda, tuxumhujayra va spermatozoidlar 3-4 kun davomida urug'lanish qobiliyatiga ega bo'ladi. Yetilgan tuxumhujayra tuxumdonning follikula yetilgan joyidan tashqariga

chiqadi. Ayni paytda bachadon naylarning ampular qismi shokilalari (Fimbria) tuxumdonning follikula yorilishi kutilayotgan sathiga yaqin kelib, ajralib chiqqan tuxumhujayrani bachadon naylari kanali tomon yo'naltiradi. Shu kunlarda jinsiy aloqada bo'lgan ayollar qinidan, bachadon va bachadon naylari sari intilib kelayotgan spermatozoidlar bilan aynan bachadon naylarining ampular qismida urug'lanish (tuxumhujayraning spermatozoid bilan birikishi-otalanish-kopulatsiya) sodir bo'ladi. («Akusherlik» darsligi, homiladorlik fiziologiyasi mavzusiga qarang). Homiladorlik sodir bo'lmasa tuxumhujayra bachadon bo'shlig'iga tushib hayoti to'xtaydi, keyinchalik hayz sikli qoni bilan chiqib ketadi.

Bu jarayonni to'g'ri tasavvur qilish uchun mo'tadil hayz sikli fiziologiyasi haqida yetarli tushunchaga ega bo'lishimiz lozim.

Hayz sikli fiziologiyasi

Balog'atga yetgan, homilador bo'lmagan ayollar organizmida bir maromda takrorlanuvchi, organizmni homiladorlikka tayyorlovchi murakkab o'zgarishlar sodir bo'ladi. Biologik ahamiyatga ega bo'lgan, ritmik ravishda takrorlanib turadigan bu o'zgarishlar hayz sikli deb ataladi.

Hayz siklining davomiyligi turlicha. Ko'pchilik ayollarda hayz sikli 28 kun (4 haftalik), ba'zi hollarda 21 kunga (3 haftalik) qisqarishi yoki 31-35 kungacha cho'zilishi mumkin. Bu holatlar barchasi fiziologik holat hisoblanadi, qachonki har doim shu muddatlarda takrorlanib tursa.

Mo'tadil hayz sikli ikki davrdan: follikula yetilishi va sariq tanachaning rivojlanishi davrlaridan iborat bo'lib, ovulatsiya (yetilgan follikulaning yorilishi) ular orasidagi chegara hisoblanadi.

Shuni ta'kidlash lozimki, hayz qoni kelishi 3-4 hafta davom etadigan fiziologik jarayonning boshlanishi bo'lmasdan, aksincha uning oxiri hisoblanadi va organizmni homiladorlikka tayyorlash jarayonining so'nishi hamda urug'lanmagan tuxumhujayraning o'lishidan darak beradi. Shuning bilan bir qatorda hayz qonining ajralib chiqishi organizmdagi siklik (davriy) jarayonning yorqin

dalili bo'lib hisoblanadi. Shuning uchun ham hayz siklini hayz qoni kelishi tugagan kundan hisoblash amaliy jihatdan juda qulaydir.

Ayollar organizmidagi siklik o'zgarishlar ularning jinsiy a'zolarida, ayniqsa tuxumdon va bachadonning shilliq qatlamida yaqqol namoyon bo'ladi. Hayz sikli davomida sodir bo'ladigan ritmik takrorlanuvchi o'zgarishlar: a) butun organizmda; b) tuxumdonda tuxumdon sikli; d) bachadonda bachadon sikli shaklida davom etadi. Bu jarayon kamroq ko'rinish holatida boshqa jinsiy a'zolarida ham sodir bo'ladi.

Ayollar organizmidagi siklik o'zgarishlar

Tuxumdon va bachadondagi siklik o'zgarishlar markaziy nerv tizimiga reflektor yo'l bilan hamda tuxumdonlarda ishlab chiqariladigan gormonlarning qonga tushishi orqali ta'sir etadi. Qondagi gormonlarning miqdori hayz sikli davrlariga qarab turlicha bo'ladi.

Ko'pchilik ayollarda nerv tizimi faoliyatidagi davriy o'zgarishlar sababli uyquchanlik, charchash alomatlari, serjahllik (jizzakilik) holatlari kuzatiladi, hayz tugashi bilan esa kuchga to'lish, bardamlik hissiyotlari paydo bo'ladi.

Hayz davrida bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish (to'xtab qolish) jarayoni tez-tez almashib turishi aniqlangan. Mo'tadil hayz siklida nerv tizimidagi o'zgarishlar fiziologik chegarada bo'ladi va u ayollarning ish qobiliyatini kamaytirmaydi.

Hayz sikli davomida qon aylanishda, issiqlik va modda almashinuvida markaziy nerv tizimi faoliyatidagi fiziologik o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lgan to'lqinsimon siljishlar sodir bo'ladi. Hayz ko'rish oldidan qisman pulsning tezlashuvi, qon bosimining ko'tarilishi, tana haroratining oshishi ko'zga tashlanadi. Hayz davrida esa puls birmuncha sekinlashadi, qon bosimi va tana harorati pasayadi. Hayzdan so'ng bu siljishlar o'z holiga keladi. Siklik o'zgarishlar sut bezlarida yaqqol ko'zga tashlanadi. Hayz ko'rish oldidan sut bezlari taranglashib, kattalashadi, hayzdan so'ng bu holat yo'qoladi. Bu o'zgarishlar hayz oldi davrida jinsiy gormonlar ta'sirida bez to'qimasida yangi o'choqlar paydo bo'lib,

hayz qoni kelishi bilan ular ortga qaytishi oqibatida yuzaga keladi.

Hayz siklida gipofizning old bo'lagi eng muhim rol o'ynaydi. U yerda bir necha gormonlar, jumladan tuxumdonlar faoliyatini oshiruvchi gormonlar hosil bo'ladi. Bu gormonlar – gonadotrop gormonlar deb aytiladi. Gipofizda tuxumdonlarga ta'sir etuvchi uch xil gormon ishlab chiqariladi: 1) follikulalar o'sishi va yetilishini tezlashtiruvchi – follikulastimullovchi; 2) tuxumdonda sariq tanachaning rivojlanishi va yetilishini ta'minlovchi lyuteinlovchi; 3) sariq tanacha gormoni – progesteronni hosil qilishga imkon yaratuvchi lyuteotrop gormonlari. Bu gonadotrop gormonlar jinsiy a'zolar faoliyatini tartibga solib turadigan, miyaning gipotalamus qismida hosil bo'ladigan relizing faktorlari (RF) ta'sirida ajralib chiqadi. Hayz siklining birinchi yarmida asosan follikulalarni stimullovchi gormon, ikkinchi yarmida esa lyuteinlovchi va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqariladi.

Tuxumdon sikli. Gipofizning gonadotrop gormonlari ta'sirida tuxumdonda ritmik takrorlanuvchi o'zgarishlar ro'y beradi va ular uch davrga bo'linadi: a) follikulalar rivojlanishi – follikulin davri; b) yetilgan follikulaning yorilishi ovulatsiya davri; d) sariq tana rivojlanishi – lyutein davri.

Follikulaning rivojlanishi. Homilaning ona qornida rivojlanishi va ilk bolalik davrlarida hali takomillashmagan tuxumdonlarda 400000-500000 gacha yetilmagan bir qavatli epitelial hujayralar bilan o'ralgan tuxumhujayralardan iborat birlamchi (primordial) follikulalar mavjud bo'ladi, ular tashqi tomondan qo'shuvchi to'qimali parda bilan o'ralgan. Bolalar balog'atga yetishi davrida atigi ularning 35000-40000 tasigina saqlanadi, qolganlari esa hatto so'nib ketadi. Ayollarning yetuklik davrida birlamchi follikulalarning 450-600 tasi to'liq yetiladi, qolganlari fiziologik atrofiyaga (yetilish darajasiga bormasdan so'nish, o'lish) uchraydi.

Fiziologik atrofiyaning mohiyati shundan iboratki, follikula o'sib boshlaydi, lekin to'liq yetilmasdan halok bo'ladi, tuxumhujayra va donador pardasi erib ketadi, halok bo'lgan follikula o'rnini qo'shuvchi to'qima egallaydi.

Follikula yetilish jarayoni hayz siklining birinchi yarmida, 28 kunlik siklda 14 kun, 21 kunlik siklda 10-11 kun davom etadi. Follikula rivojlanish davrida uning barcha tarkibiy qismlari: tuxumhujayra, donador pardasi, qo'shuvchi to'qimali pardasida jiddiy o'zgarishlar bo'ladi. Tuxumhujayra o'lchami 5-6 marotaba kattalashadi, uning yuzasida shishasimon parda (zona pellucida) hosil bo'ladi, uning protoplazmasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxumhujayra ikki marotaba bo'lingandan keyingina to'liq yetilgan hisoblanadi. Birinchi bo'linishida ikkita teng bo'lmagan hujayra hosil bo'ladi. Asosiy katta hujayra joyida qoladi, kichkinasi chiqarib tashlanadi va tezlik bilan ikkinchi marotaba bo'linadi, bunda tuxumhujayradan xromasomalarning yarmisi chiqarib tashlanadigan fiziologik jarayon sodir bo'ladi ikkinchi bo'linishdan keyin tuxumhujayra yetilgan va urug'lanishga yaroqli hisoblanadi.

Follikula epiteliyasi (donador parda) yetilishi jarayonida prolefiratsiya (hujayralarning ko'payishi) holatiga duchor bo'ladi, bir qavatli epiteliy ko'p qavatliga aylanadi va oqibatda follikulaning donador pardasini (membrana granulosa folliculi) hosil qiladi. Dastlab donador parda hujayralari butunlay tuxumhujayra va qo'shuvchi to'qimali parda orasidagi oraligni to'ldiradi. Keyinchalik hujayralar to'plami markazida bo'shliqlar paydo bo'lib, suyuqlik bilan to'ladi, oqibatda ular bir-biri bilan qo'shilib tiniq suyuqlik-follikula suyuqligi (liquor folliculi) bilan to'lgan yagona bo'shliq hosil bo'ladi. Follikula suyuqligi ko'payavergan sari donador parda tuxumi va follikula devoriga yaqinlasha boradi. Tuxumhujayrani o'rab to'rgan donador parda hujayralari – nursimon toj (corona radiata) deb ataladi.

Nursimon toj bilan o'ralgan tuxumhujayra follikula devoriga yaqin joylashgan donador parda hujayrasi to'plamida o'rnashadi. Bu to'plam tuxum tashuvchi tepalik (cumulus ovigerus) deb ataladi. Follikula yetilishi vaqtida tuxumhujayra tuxum tashuvchi dumboqchadan ajralib chiqadi va follikula suyuqligi ichiga tushadi. Follikulada estrogenlar deb ataluvchi gormonlar hosil bo'ladi.

Estrogen gormonlar ayol organizmiga har taraflama ta'sir ko'rsatadi.

1. Balog'atga yetish davrida estrogen gormonlari bachadon, qin, tashqi jinsiy a'zolarining o'sishi va rivojlanishini hamda ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo'lishini ta'minlaydi.

2. Jinsiy yetulik davrida doimiy ravishda yetilgan follikulalarda ishlab chiqiladigan estrogenlar bachadon shilliq qavatining proleferatsiyasini (ko'payshini) chaqiradi.

3. Estrogenlar bachadon mushaklari tonusi (faoliyatini) oshiradi, uning bachadonni qisqartiruvchi moddalarga nisbatan qo'zg'aluvchanligi va sezuvchanligini kuchaytiradi.

4. Bu gormonlar sut bezlarining rivojlanishi va ishlashiga imkon tug'diradi, shuningdek, jinsiy hissiyotini oshiradi.

Follikula rivojlanish davri. Follikulalar yetilavergan sayin uning qo'shuvchi to'qimali pardasi rivojlanib boradi. Bitta pardaning o'rniga ikkita hosil bo'ladi va ular hujayra elementlari va kapillalarga boy bo'lgan ichki (theca interna) hamda to'lqin-simon, yirik tomirlardan tarkib topgan tashqi parda (theca externa)ga ajraladi.

Yetilayotgan follikula o'lchamlari yiriklashadi, uning uch qismi tuxumdon yuzasi tomon bo'rtib chiqadi. U joyda tuxumdon to'qimasi yupqalashadi.

Ovulatsiya davri. Follikula yorilib, uning bo'shlig'idan yetilgan va urug'lantirishga yaroqli bo'lgan tuxumhujayraning tashqariga chiqishiga ovulatsiya deb aytiladi. Nursimon toj bilan o'ralgan tuxumhujayra follikula suyuqligi bilan birga qorin bo'shlig'iga tushadi, keyinchalik esa bachadon naylariga o'tadi.

28 kunlik hayz siklida hayzning birinchi kunidan hisoblaganda 14-kuniga kelib ovulatsiya sodir bo'ladi. Bu vaqt urug'lanish uchun eng qulay hisoblanadi.

Sariq tananing rivojlanishi (lyutein davri). Follikulaning yorilgan joyida yangi eng muhim ichki sekretsia bezi – sariq tanacha (corpus luteum) hosil bo'ladi, progesteron gormonini ishlab chiqaradi. Progesteron organizmni homiladorlikka tayyorlaydi, o'rchishni davom ettirishga yordam beradi. Sariq tanachaning intensiv rivojlanish jarayoni 28 kunlik hayz siklida 14 kun davom etadi va hayz siklining ovulatsiyadan navbatdagi hayzgacha bo'lgan ikkinchi yarmini egallaydi.

Yorilgan follikuladan sariq tanachaning rivojlanish jara-yoni quyidagicha ro'yobga chiqadi. Follikular suyuqlik va tuxumhujayradan bo'shagan follikula inqirozga uchraydi, uning devorlari burishadi, yorilgan joy bitadi, bo'shlig'ida kamroqqina qon laxtalari hosil bo'ladi. Follikula bo'shlig'iga to'shalib yotgan donador parda hujayralari kuch berib ko'paya boshlaydi, o'lchamlari kattalashadi, ularning protoplazmasida lipoid (lyutein) modda to'planadi va yangi paydo bo'lgan ichki sekretiya beziga sariq rang beradi. "Sariq tanacha" so'zi shundan kelib chiqqan. Donador parda hujayralari sariq tanachaning lyutein hujayralariga aylanadi. Donador parda hujayralarining rivojlanishi bilan bir vaqtda qon tomirlar tarmog'i serob bo'lib o'sadi.

Qo'shuvchi to'qimali pardadan o'sib kiruvchi tomirlardan lyutein hujayralarning o'sgan qatlamida har bir hujayrani o'rab oluvchi kapillarlar o'sib chiqadi. Qon tomirlarning rivojlanishi natijasida follikula bo'shlig'idagi qon laxtalari so'rilib ketadi.

Sariq tanacha o'z taraqqiyoti yuqori cho'qqiga erishgan davrida yunon yong'og'i hajmidek kattalikda bo'ladi va tuxumdon sathidan bir uchi bo'rtib turadi.

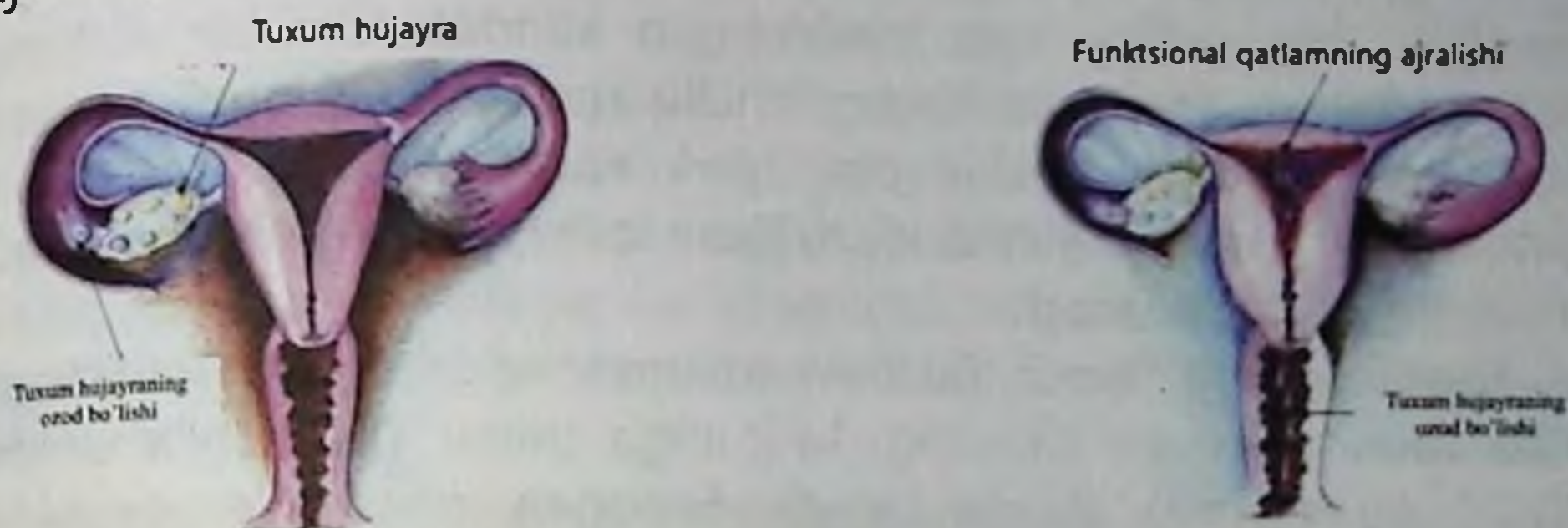
Agarda follikulalardan ajralib chiqqan tuxumhujayra urug'lansa, unda sariq tanacha o'sishda davom etadi va homiladorlikning dastlabki oylarida faoliyat ko'rsatib turadi. U homiladorlik sariq tanachasi (*corpus luteum gravidarum*) deb ataladi. Agarda homiladorlik bo'lmasa, hayz sikli ikkinchi davri oxirida sariq tanacha teskari taraqqiy etadi. Bunda lyutein hujayralar o'ladi, tomirlar bo'shashib qoladi, qo'shuvchi to'qimalar o'sadi, natijada sariq tanacha o'rnida chandiq hosil bo'ladi, keyinchalik so'rilib ketadi.

Har bir hayz sikli davomida sariq tanacha paydo bo'ladi. Agar homiladorlik bo'lmasa uni hayz sariq tanachasi (*corpus luteum menstruations*) deb ataydi. Sariq tanacha gormoni progesteron organizmga turlicha ta'sir ko'rsatadi.

1. Progesteron gormoni ta'sirida bachadonning shilliq qavtida uni homiladorlikka tayyorlovchi murakkab o'zgarishlar sodir bo'ladi (sekretiya fazasi).

2. Progesteron bachadon mushaklarining qo'zg'alishi va qisqarish faoliyatini pasaytiradi.

3. Progesteron estrogenlar bilan hamkorlikda sut bezini sut ajralishga tayyorlaydi.



16.1-rasm. Ovulatsiya va hayz ko'rish.

Sariq tanachaning teskari taraqqiyoti boshlanishi bilan, progesteron ishlab chiqishi darhol to'xtaydi. Tuxumdonda yangi follikula yetila boshlaydi, qaytadan ovulatsiya va sariq tanacha paydo bo'ladi. Shunday siklik o'zgarish davom etaveradi.

Bachadon sikli. Follikula va sariq tanachada hosil bo'lgan gormonlar ta'sirida bachadonning qo'zg'alish va qisqarish faoliyatida siklik o'zgarishlar ro'yobga chiqadi. Ayniqsa ko'zga ko'rinarli siklik o'zgarishlar bir maromda takrorlanuvchi prolefiratsiya jarayoni, uning ketidan sekretsia jarayoni va siklik shilliq qavatining ko'chib tushishi va qayta tiklanish shaklida namoyon bo'ladi.

Bachadon sikli xuddi tuxumdon sikliga o'xshab 28 kun (ba'zan 21-30-35) kun davom etadi. Bunda quyidagi davrlar farqlanadi: a) deskvamatsiya; b) regeneratsiya; d) proleferatsiya va e) sekretsia fazalari.

Deskvamatsiya (ko'chib tushish) fazasi. Bachadon shilliq qavatining funksional qatlami ko'chib tushishi natijasida hayz qoni kelishi. Odatda, 3-5, ba'zan 7 kungacha davom etadi. Bu aynan hayz hisoblanadi. Hayzda fiziologik nuqtayi nazardan 50-150 ml. qon yo'qotiladi. Bachadon shilliq qavatining funksional qatlami fermentlar ta'sirida yemiriladi, ko'chib tushadi va bachadon bezlari ichidagi narsalar hamda ochilib qolgan qon tomirlardan

kelayotgan qonlar bilan aralashgan holda tashqariga oqib chiqadi. Deskvamatsiya fazasi tuxumdonda sariq tanachaning o'limi boshlanishiga to'g'ri keladi.

Regeneratsiya (qayta tiklanish) fazasi. Bu faza deskvamatsiya davridan boshlanib, hayz boshlangan kundan boshlab, 6-kungacha davom etadi. Bachadon shilliq qavati funksional qatlami bazal qatlamidagi bezlar qoldiqlari epiteliylarining o'sishi va qatlamdagi boshqa elementlari (qon tomir, nerv) prolefiratsiyasi hisobiga qayta tiklanadi.

Proliferatsiya fazasi. Bu davr tuxumdonda follikula yetilishiga mos ravishda hayz siklining 14-kuniga qadar (21 kunlik siklda 10-11 kunigacha) davom etadi. Estrogen gormonlar ta'sirida bachadon shilliq qavatining qo'shuvchi to'qimalari o'sib kattalashadi va bezlari o'sadi. Bezlar uzunasiga cho'ziladi, parmasimon shaklda o'ralib, egiladi, lekin sekret ishlab chiqarmaydi. Bu davrda bachadon shilliq qavati 4-5 marotaba qalinlashadi.

Sekreksiya fazasi tuxumdonda sariq tanachaning rivojlanishi va gullab-yashnash davriga mos keladi va 28 kunlik hayz siklida 14-15-kundan to 28 kunga qadar davom etadi.

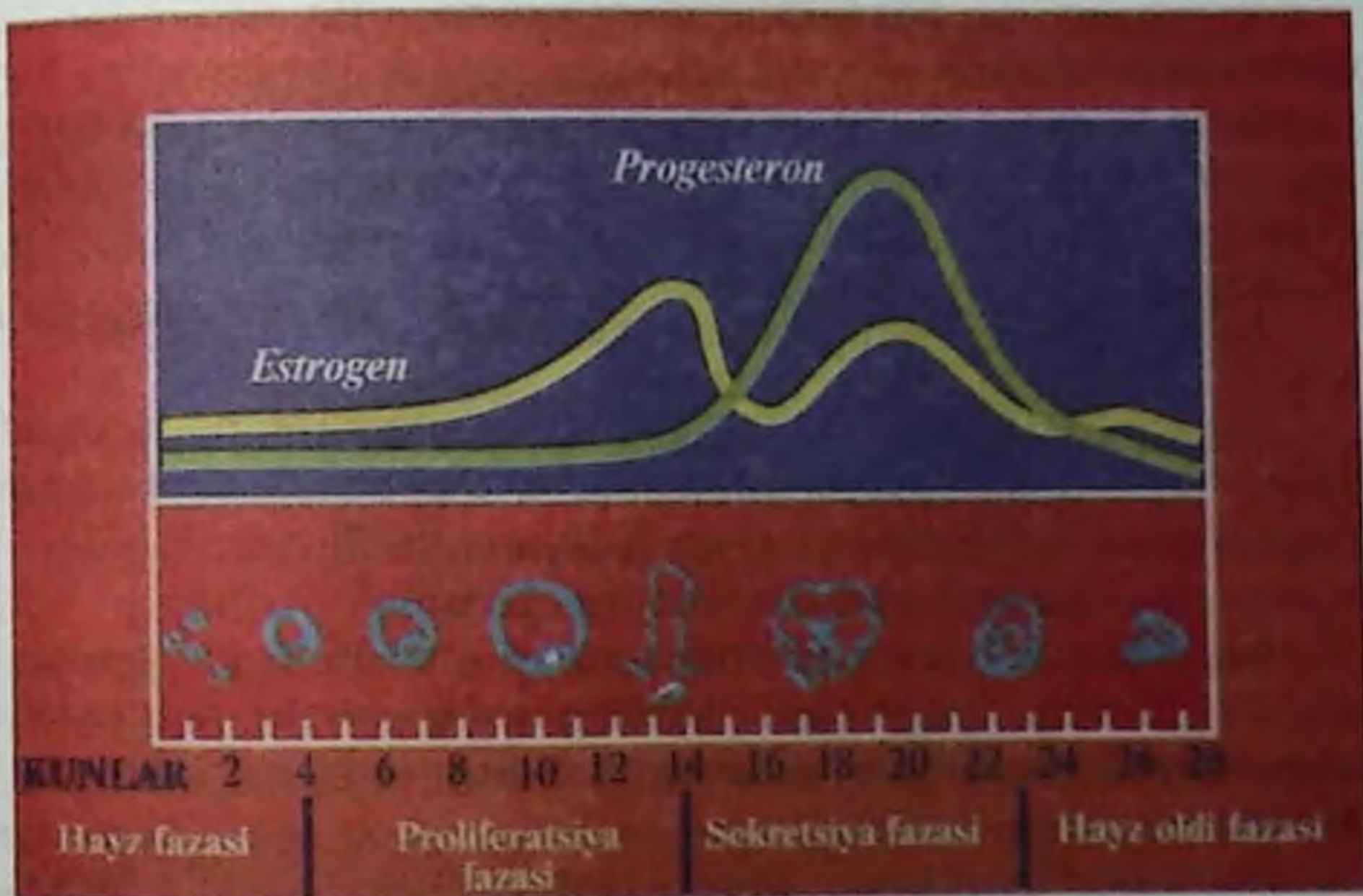
Sariq tanacha gormoni (progesteron) ta'sirida bachadonning shilliq qavatida muhim sifat yangilanishlar yuzaga keladi. Bezlar sekret ishlab chiqara boshlaydi, ularning bo'shliqlari kengayadi, devorlarida kalavasimon bo'rtmachalar hosil bo'ladi. Qo'shuvchi to'qimalar hujayralari kattalashadi, qisman yumaloqlashib, homiladorlikda paydo bo'ladigan detsidual hujayralarni eslatadi.

Shilliq qavatda glikogenlar, fosfor, kalsiy va boshqa moddalar cho'kadi. Agar urug'lanish sodir bo'lsa, yuqorida qayd etilgan o'zgarishlar natijasida bachadon shilliq qavatida murtakning rivojlanishi uchun juda qulay sharoit yaratiladi. Agarda homiladorlik bo'lmasa, sariq tanacha so'nadi (o'ladi), bachadon shilliq qavatining funksional qatlami ko'chib tushadi, hayz qoni keladi. Undan keyin yana butun organizmda, tuxumdon va bachadonda yangi siklik o'zgarishlar to'lqini hujumi boshlanadi.

Yangidan tuxumdonda follikula yetilishi, ovulatsiya va sariq tanacha rivojlanadi, bachadon shilliq qavatida ham shunga

o'xshash o'zgarishlar takrorlanadi. Bachadon bo'yni, qin va jinsiy a'zolarning boshqa bo'limlarida ham uncha yorqin bo'lmagan, yaqqol ko'zga tashlanmaydigan siklik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Yuqorida qayd etilgan siklik o'zgarishlar ayollarning jinsiy yetuklik davri davomida muntazam vaqt oralig'ida takrorlanib turadi. Bundan keyin siklik o'zgarishlar homiladorlik, bolani ko'krakdan emizish kabi fiziologik jarayonlarda vaqtincha to'xtaydi. Bundan tashqari hayz sikli buzilishiga olib keladigan og'ir kasalliklar, ruhiy ta'sir, sifatsiz va yetarlicha ovqatlanmaslik oqibatida ham siklik o'zgarishlar vaqtincha yoki doimiy ravishda to'xtashi mumkin.



16.2-rasm. Normal hayz davri.

Hayz siklining idora etilishi

Tashqi va ichki muhitning ta'sirida markaziy nerv tizimida sodir bo'lgan o'zgarishlar impulsi gipotalamusga berilishi oqibatida gipotalamus gonodotrop relizing gormonlar ishlab chiqara boshlaydi, ularni relizing faktorlar yoki neyrosekretlar ham deyiladi.

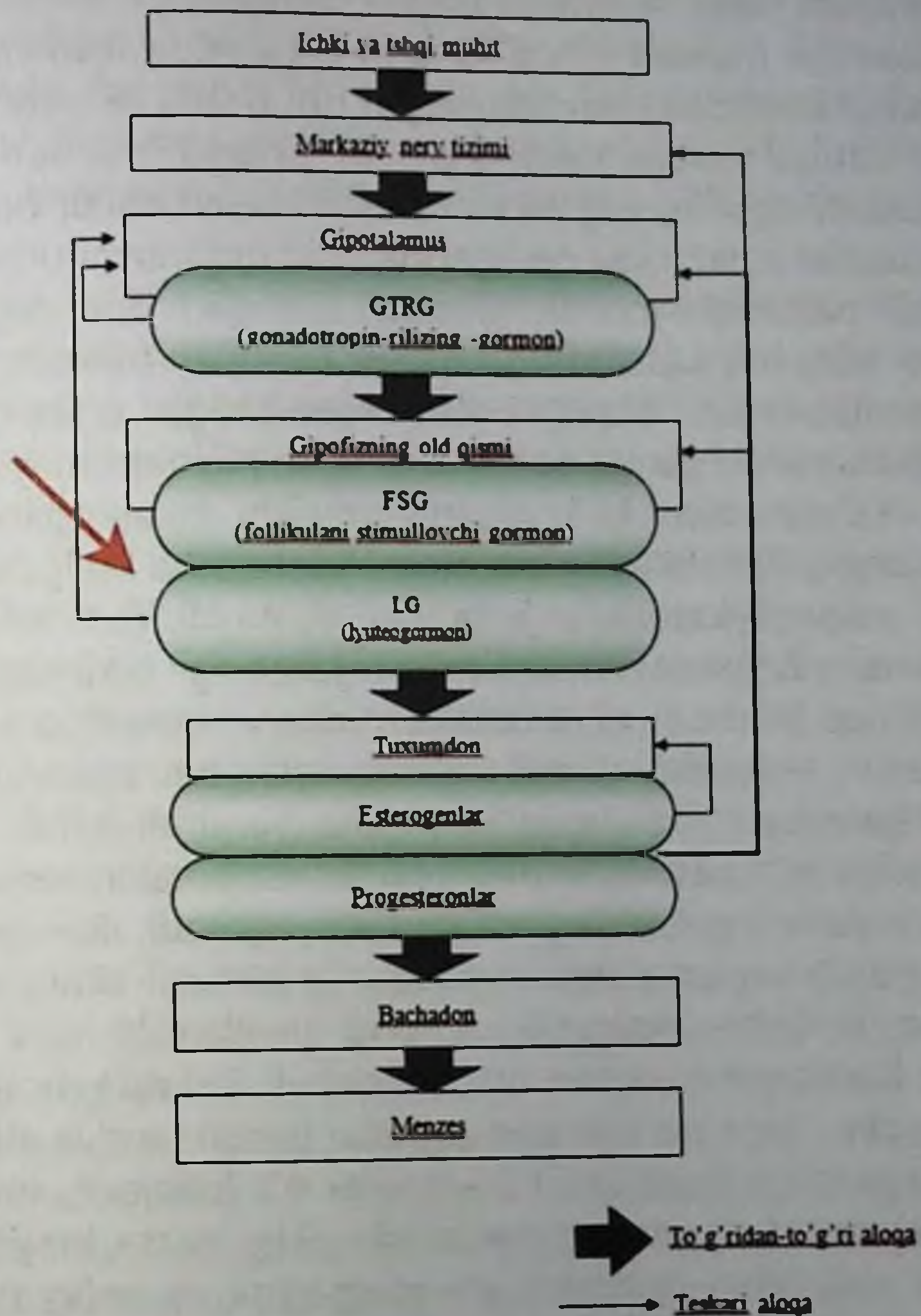
Relizing faktorlar organizmdagi siklik o'zgarishlar jarayonida hayz siklining birinchi yarmida follikulalarni stimullovchi FSG gormonlar ishlab chiqarilishini ta'minlovchi – RFFSG, ikkinchi yarmida esa sariq tanachani rivojlantiruvchi lyuteinlovchi (LG) va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqarilishini ta'minlovchi RFLG neyrosektorlar ajralib chiqadi va ular ichki sekretiya bezi – gipofizga ta'sir etib, gipofiz ham hayz siklining birinchi yarmida 14 kun davomida follikulalarni stimullovchi gormon (FSG) larni ishlab chiqadi. Hayz siklining ikkinchi yarmida – ovulatsiyadan keyin esa sariq tanachaning rivojlanishini ta'minlaydigan lyuteinlovchi va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqaradi.

Gipofizning gonadotrop gormonlari ta'sirida tuxumdon va bachadonda o'ziga xos jarayonlar sodir bo'ladi. Tuxumdonda FSG ta'sirida follikulalar yetilishi davomida estrogen gormonlari ishlab chiqiladi, qonda uning miqdori oshadi, LG ta'sirida sariq tanacha rivojlanib, istagan (progesteron) gormonini ishlab chiqaradi. Bu gormonlar o'z navbatida bachadonga ta'sir ko'rsatib, undagi siklik jarayonni vujudga keltiradi.

Estrogen gormonlari ta'sirida bachadonning endometriy qavati regeneratsiya, prolifiratsiya jarayonlarini o'z boshidan kechirsa, progesteron ta'sirida sekretor faza faoliyati boshlanadi.

Shunday qilib neyrohumoral o'zgarishlar markaziy nerv tizimsidan (bosh miya po'stlog'idan) gipotalamusga, gipotalamusdan gipofizga, gipofizdan tuxumdonga, tuxumdondan bachadonga berilib, siklik jarayonlar idora etiladi. Xuddi shuningdek, bachadondan tuxumdonga, tuxumdondan gipofizga, gipofizdan gipotalamusga, gipotalamusdan markaziy nerv tizimiga teskari aloqa yo'li bilan impulslar – to'lqinlar kelib turadi.

Bu o'zgarishlar sxema tarzida 16.3-rasmda aks ettirilgan.



16.3-rasm. Ayollar hayz sikli kechishining to'g'ridan to'g'ri va teskari aloqa mexanizmlari.

LAKTATSION AMENOREYA USULI (LAU)

Homiladorlikdan saqlanishning laktatsion amenoreya usulini ta'riflashdan avval bolalarni ko'krak bezidan emizish va uning afzalliklari haqida qisqacha ma'lumot berish o'rinlidir.

Hayotda ona sutining o'rnini bosadigan biron xil ozuqa mahsulotlari ma'lum emas. Ona suti tabiatda inson organizmini chaqaloqlik va bolalik davrida rivojlanishi, o'sishi va takomillashuvida asosiy ozuqa modda rolini o'ynaydi. Chunki ona suti tarkibidagi uglevodlar, oqsillar, yog'lar va turli mikroelementlar boshqa biror-bir jonzotlar sutidagiga qaraganda bola organizmi uchun biologik nuqtayi nazardan mosdir. Bundan tashqari ona organizmidagi turli xil yuqumli kasalliklarga qarshi himoya vositasini o'taydigan «immunitet» sut orqali bola organizmiga o'tib, bolalar to ko'krakdan ajratilgunga qadar ta'sir kuchini yo'qotmaydi. Tajribalar shuni ko'rsatadiki, ko'krakdan emizilib kelayotgan bolalarda chaqaloqlik, ilk bolalik, bolalarning 1 yoshgacha bo'lgan davrlarida har xil yuqumli kasalliklar juda kam uchraydi. Turli xil sabablarga ko'ra onalar bolalarni emizish imkoniyatga ega bo'lmagan hollarda (mastit va boshqa xil kasalliklar, onani bolani emizish istagi bo'lmagan hollarda), ularni turli xil sun'iy sut aralashmalar bilan boqishga o'tgan bolalarda ko'pincha yuqumli ichak kasalliklari, gipotrofiya kabi xastaliklar uchraydi. Bu esa bolalarning chaqaloqlik va ilk bolalik davrlaridagi o'limni ko'paytiradi. Bundan tashqari sun'iy yo'l bilan oziqlantirish bolalarda turli xil allergik holatlarni ko'proq keltirib chiqaradi, ularning rivojlanishi ona suti emib o'sgan bolalarga nisbatan orqada qoladi. Odatda, bolalar 6 oylik bo'lganida ularga qo'shimcha ovqatlar berish tavsiya etiladi.

Shu nuqtayi nazardan ham onalar o'z bolalarini imkon qadar uzoqroq muddatgacha – o'rtacha ikki-yil bo'lmasa, bir yil davomida ko'krak suti bilan oziqlantirishi maqsadga muvofiq hisoblanadi. Fiziologik jarayonda bolani har 3 soatda oziqlantirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Sababi qancha bola ona ko'kragini so'rsa, ko'krak uchi terisidagi nerv retseptorlari qitiqlanishi natijasida bosh miya po'stloq qismi undan esa gipotalamusga impulslar (turtki) yuborib, gipotalamusdan ajralib chiqadigan relizing faktor ta'sirida gipofiz ichki sekretiya bezining oldingi bo'lakchasidan lyuteinlovchi gormonning (LG) ajralib chiqishini kamaytiradi va prolaktin gormoni ajralishi ko'payadi, u esa sut bezlariga ta'sir etib, sut ajralishini kuchaytiradi. Bundan tashqari gipofiz bezining orqa bo'lagidan oksitotsin gormoni ishlab chiqilishi kuchayadi, u esa o'z

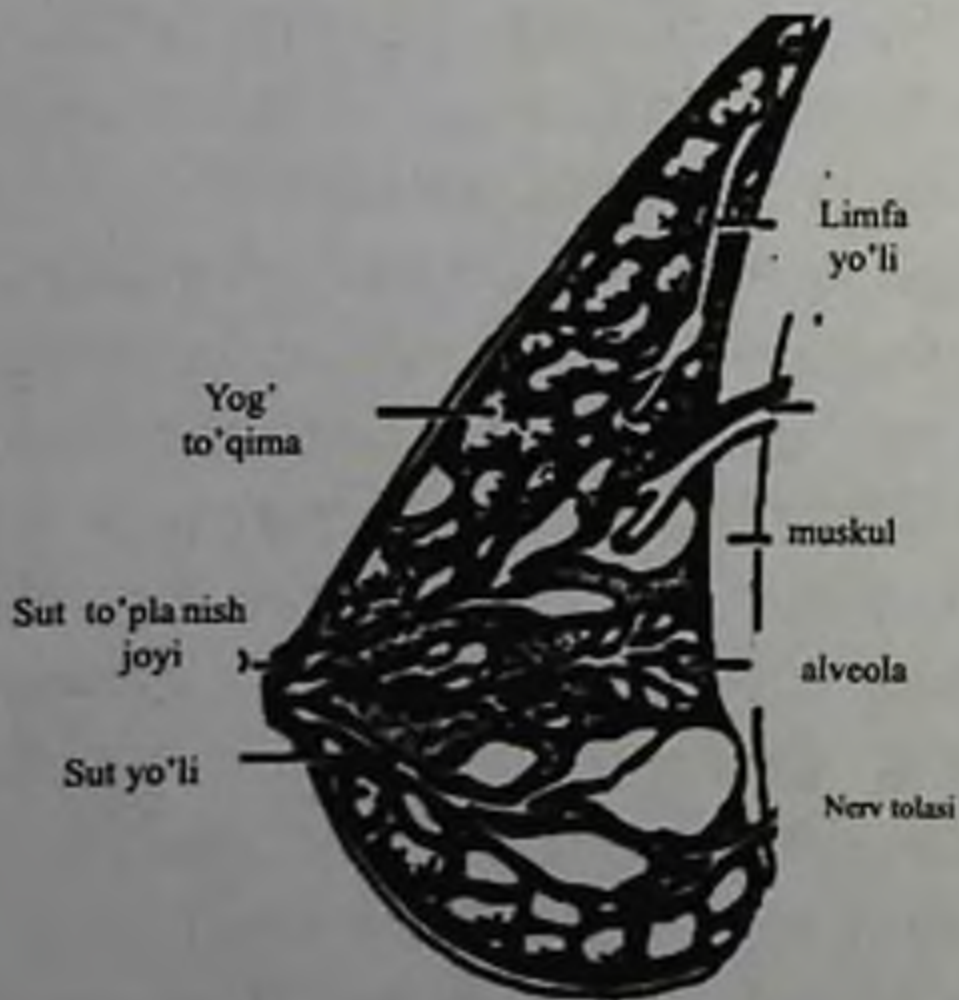
navbatida sut bezlari mushaklarini qisqartirib, ajralgan sutni tezroq chiqarib berishga sharoit yaratadi. Shu munosabat bilan bolani ritmik ravishda, har doim bir vaqtda, tez-tez, bolaning ehtiyojiga qarab emizish ham ona organizmi uchun foydali bo'lib, bolalarning esa sog'lom, baquvvat, kasalliklarga chidamli bo'lib o'sishiga zamin yaratadi.

Ko'krakdan emizish tug'ruq oralig'ini uzaytirish borasida muhim ahamiyatga ega. Ko'pgina rivojlanayotgan mamlakatlarda kontrasepsiyaning boshqa turlariga qaraganda ko'krakdan emizish yo'li bilan homiladorlikdan saqlanishni afzal ko'radilar. Nigeriya, Bangladesh, Hindiston, Indoneziya kabi mamlakatlarda 90% ayollar bolalarini 1 yil, hatto 2–2,5 yilga qadar ko'krakdan emizadilar, shu yo'l bilan tug'ruq oralig'ini (intervalini) uzaytiradilar. Islom dini tariqatida ham farzand ko'ruvchi va uni tarbiyalovchi onalar har taraflama (jismonan, ruhan va ma'naviy jihatdan) sog'lom va baquvvat bo'lishlari targ'ibot qilinadi. Qur'oni Karimning «Baqara» surasining 233-oyatida «Onalar bolalarini ikki-yil emizadilar. Bu hukm emizishni benuqson qilmoqchi bo'lgan kishilar uchundir» degan muqaddas bitiklar mavjudligi fikrimizning yorqin dalilidir. Ayniqsa tug'ish yoshidagi ayollar salomatligi (reproduktiv salomatlik) sog'lom bola tug'ilishi va uning barkamol bo'lib voyaga yetishishida eng asosiy omil ekanligi, emizikli onalar homilador bo'lmasligi bolaning yaxshi rivojlanishi va onaning salomatligi uchun juda muhim ekanligi muborak hadislarda qayd etilgan. Abu Ali ibn Sinoning «Tib qonunlari» kitobida «Bolani emizishda va ovqatlantirishda mumkin qadar ona suti bilan boqish kerak. Chunki ona suti homila ona qornida rivojlanayotgan vaqtida iste'mol qiladigan ovqat moddasiga, ya'ni onasining qoniga hamma narsadan ham ko'proq o'xshaydigan ovqatdir. Shu qonning o'zi keyinchalik sut bo'ladi. Shuning uchun bola onaning sutini tezroq qabul qiladi va unga odatlanadi. Bola onasini emganda turli azoblovchi hollardan saqlanishida juda foydalidir» degan jumla keltirilgan. Demak bolani ko'krakdan emizish masalasi sharq tabobatining otasi Abu Ali ibn Sinoning ta'limotida ham o'z aksini topgan. Qadim zamonlardan oila va nikoh xususida fikr yuritil-

ganda, bo'lajak er va xotinlar har tomonlama sog'lom bo'lishlari, ular farzand ko'rganlarida onalar bolani ikki-yil davomida ko'krak suti bilan oziqlantirishi, undan keyin homiladorlik paydo bo'lsa ona qornida rivojlanishi uchun 9 oydan ko'proq vaqt o'tib, keyingi bolaning tug'ilishini maqsadga muvofiq deb hisoblaganlar. Ya'ni, ona bolani ko'krak bezlaridan muntazam ravishda emizib borsa, shu davrda homiladorlik bo'lmasligi inobatga olingan.



Homiladorlik	
1-6-oylar	Sut bezlarida bez to'qimasining o'sishi
6-9-oylar	Og'iz suti va ko'krak suti ishlab chiqaruvchi alveolalar o'lchami va miqdorining ko'payishi
	Og'iz suti alveolalarda hosil bo'lib, qisib ko'rilganda ko'krak bezidan oqib tushishi



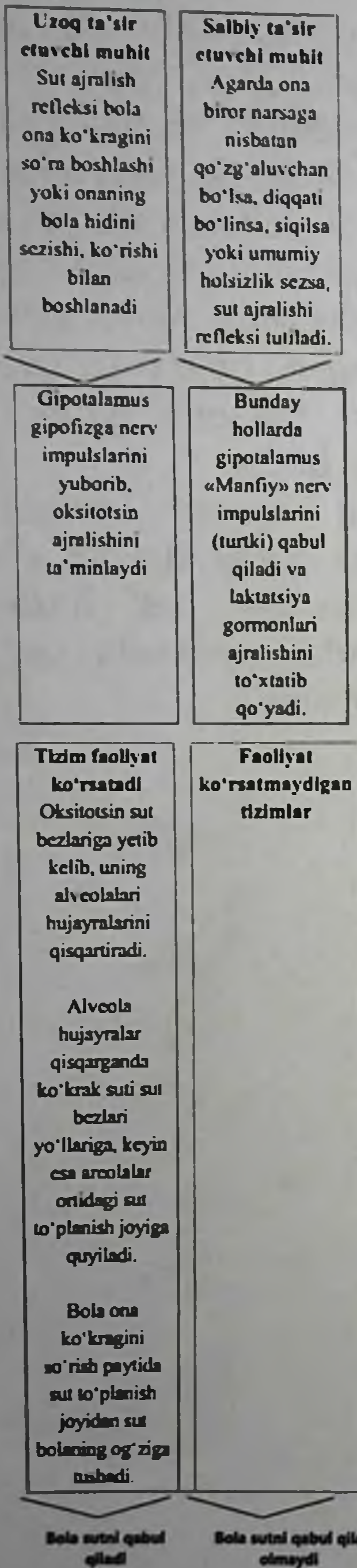
Tug'ruq	
	<ul style="list-style-type: none"> • bola ko'krakni so'rganda og'iz suti ajraladi; • alveolalarda sut hosil bo'lishi

Emizish	
2-3-oylar	<ul style="list-style-type: none"> • sut ajralishi; • sut bilan to'lishi.
3-kun - 24 oy yoki to emizish to'xtatilgunga qadar	Alveolalarda sut ishlab chiqarish davom etadi

16.4-rasm. Sut bezlari anatomiyasi va sut ishlab chiqarilishi. Sut bezlarida sutning hosil bo'lishi.

Shunday qilib har bir bolaning tug'ilishi orasidagi farq 3-yil bo'lishi talab qilingan. Tug'ruqdan keyin 2-yil davomida homiladorlikning bo'lmasligi ona organizmida homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq bo'lgan turli xil patologik jarayonlarning avvalgi fiziologik holatiga qayta tiklanishi uchun katta sharoit yaratadi. Ammo ko'krakdan emizish tug'ilishni rejalashtirishni nazorat qilishning eng samarali usuli bo'lishi mumkin, qachonki emizikli davrda ovulatsiya jarayoni so'ngan bo'lsa (anovulatsiya) yoki bachadondagi muhit otalangan tuxumhujayrani qabul qilib, payvandlanish qobiliyati pasaygan bo'lsa.

Ko'pincha tug'ruqdan keyin emizish paytida ayollarda anovulatsiya 4-12dan to 24 oyga qadar davom etadi. Ba'zi bir ayollarda tug'ruqdan keyin emizishdan qat'i nazar 2-3 oydan keyin ovulatsiya boshlanadi. Unday ayollarda laktatsion amenoreya usulini qo'llash foyda bermaydi.



Bola ona ko'kragini so'rishi paytida bosh miya impulslari kela boshlaydi. U yerda gipotalamus gipofizga signal beradi, u esa o'z navbatida sut bezlariga impuls yuborib, sut ajralishini ta'minlaydi.

16.5-rasm. Laktatsiya fiziologiyasi va sut ajralish refleksi.

Sut ajralish refleksi

Laktatsion amenoreya usuli ko'krak suti bilan emizish vaqtida ro'y beradigan vaqtinchalik bepushtlikka asoslangan bo'lib, u vaqtinchalik ovulatsiyani so'ndiradi. Bu usul bolasini faqat ko'krak suti bilan emizadigan ayollarga qo'l keladi, agarda tug'ruqdan keyin 6 oy o'tmagan bo'lsa (chunki ko'pincha ayollarda 6 oydan keyin ovulatsiya boshlanadi).

Faqat emizib boqish deganda bolaning talabiga qarab emizish, tunda ham emizish, ko'krak suti boshqa ozuqa moddalari bilan almashtirilmasligi tushuniladi.

Afzalligi.

- yuqori samara beradi, ya'ni tug'ruqdan keyingi 6 oyligida har 100 ta ayoldan 1 yoki 2 tasida homiladorlik bo'lishi xavfi bor;
- darhol ta'sir ko'rsatadi;
- jinsiy aloqa vaqti bilan bog'liq emas;
- boshqa zararli ta'siri yo'q;
- tibbiy nazoratning hojati yo'q;
- sarf-xarajat talab qilmaydi.

Nokontraseptiv (homiladorlikdan saqlashdan tashqari) xususiyati

Bola uchun:

- passiv immunizatsiya natijasida turli xil yuqumli kasalliklarga chidamli bo'ladi;
- ozuqa manbayi hisoblanadi;
- yuqumli kasalliklar manbayi bo'lgan ozuqa moddalaridan shu davrda yiroqda bo'ladi.

Ona uchun:

- tug'ruqdan keyin qon ketishi kamayadi;
- chilla davri jinsiy a'zolar, asosan bachadonning involutsiyasi (homilador bo'lgunga qadar fiziologik holat) tezlashadi.

Sababi emizish paytida ajralib chiqayotgan oksitotsin gormoni bachadon muskullarining qisqarishini kuchaytiradi, uning oqibatida chilla davrida uchraydigan yuqumli kasalliklar yo'li to'silishiga yordam beradi.

Kamchiligi:

- LAUdan foydalanuvchi ayollarning barcha qoidalarga amal qilishiga bog'liq;

- ijtimoiy sabablarga ko'ra bajarish qiyin bo'lishi mumkin. (Ayollar ish bilan bog'liq ravishda o'z vaqtida bolalarni emiza olmasligi, onaning kasalligi va hokazo);

- ko'p hollarda faqat 6 oy ta'sir qilishi mumkin;

- jinsiy a'zolar infeksiyasi va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklardan himoya qila olmaydi.

LAUni qo'llash uchun ba'zi muammolar tug'ilishi mumkin.

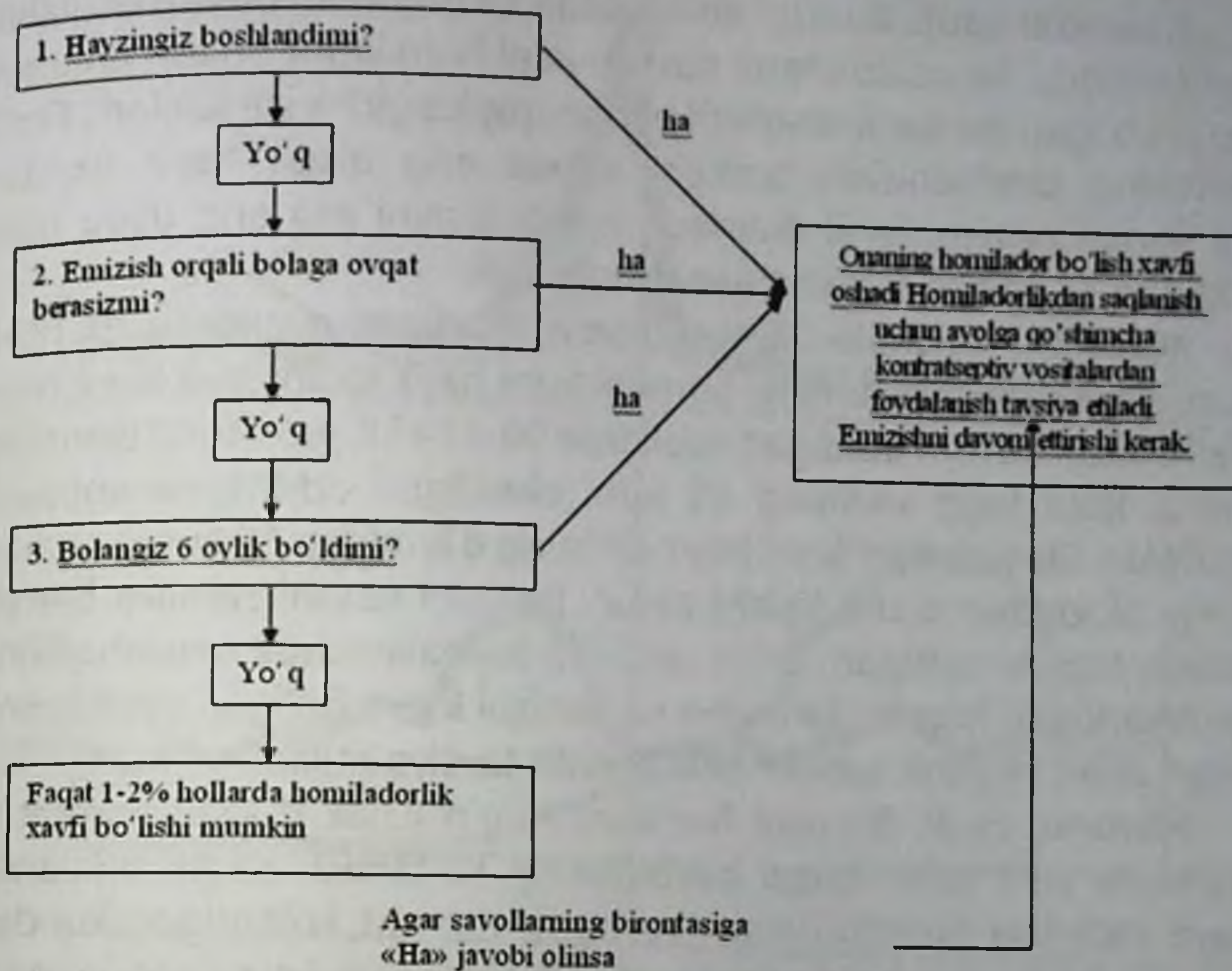
Ona bolani emizishga qaramasdan hayz ko'rish boshlanishi mumkin. Hayzning boshlanishi ovulatsiyaning va fertillikning tiklanishidan dalolat beradi. Boshqa usul qo'llanilmasa, homiladorlik ro'y berish xavfi yuqori bo'ladi.

Ba'zan bolalar onani emishi sust bo'ladi, har bir emishning orasi kunduzi 4 soatdan, tungisi 6 soatdan ortiq bo'lishi tuxumdonlar faoliyatining tiklanishiga sabab bo'ladi. Bu ham o'z navbatida homiladorlik xavfini oshiradi.

Ayollar emizish o'rniga bolalariga boshqa sun'iy ovqatlantirish yo'lini tutsalar, bu holat ham tuxumdon faoliyatining tiklanishini tezlashtiradi, homiladorlik ro'y berish xavfi yanada ko'payadi.

Bola 6 oylikdan oshganda bolani qo'shimcha ovqatlantirishga to'g'ri keladi. Bu esa emizish oralig'ining uzayishiga olib keladi. Laktatsion amenoreya usulining homiladorlikdan saqlash xususiyati kamaya boradi.

LAUning samaradorligini aniqlash maqsadida ayolga quyidagi 3 ta savolga javob berishi taklif qilinadi:



1-sxema.

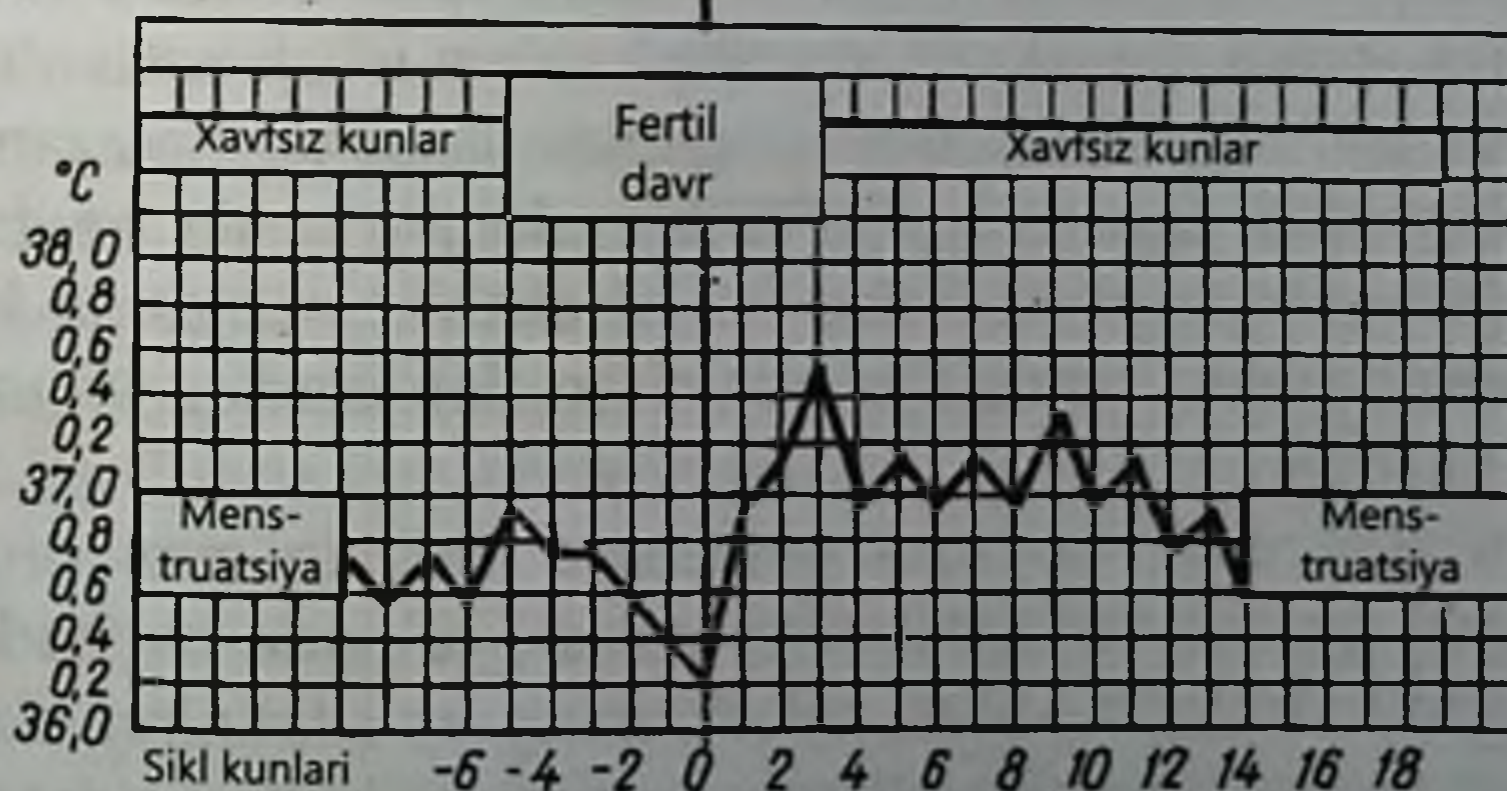
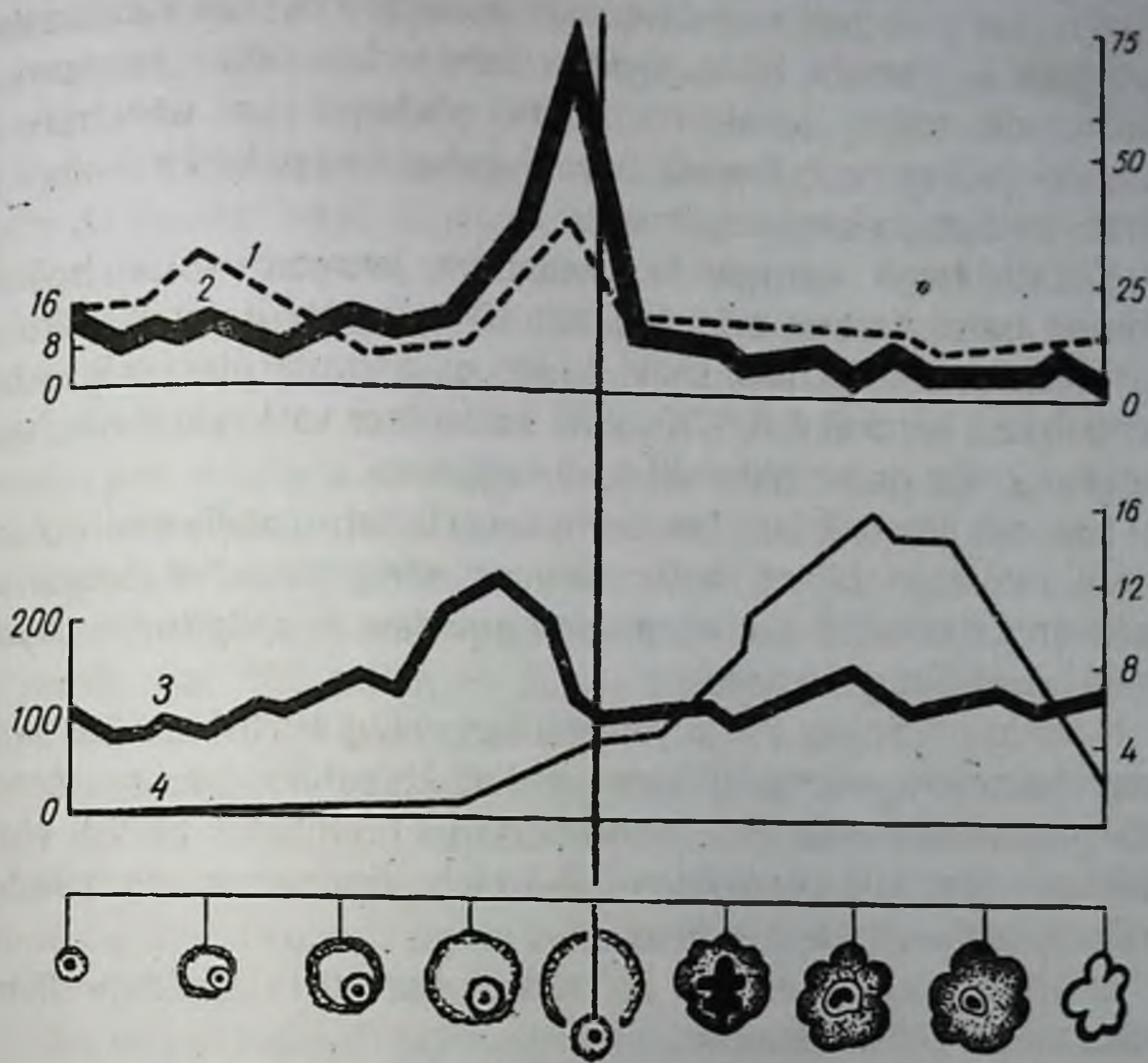
Bolani ko'krakdan emizib boqishda quyidagi qoidalarga amal qilish tavsiya etiladi:

1. Chaqaloq tug'ilgandan keyin imkon qadar ertaroq ko'krakdan emizish, chaqaloq onasi bilan birga bo'lishi.
2. Bolaning ehtiyojiga ko'ra, ertayu kech faqat ko'krak suti bilan boqish.
3. Olti oy muddat ichida faqat ko'krak suti bilan boqish.
4. Qo'shimcha ozuqa berishni faqat 6 oydan keyin boshlash.
5. Ko'krak bezidan emizishni bola 2 yosh bo'lgunga qadar davom ettirish.
6. Ona yoki bola kasallanganda ham ko'krak suti bilan boqishni davom ettirish.
7. So'rg'ich, shisha idishlar orqali bolani boqishdan voz kechish.
8. Ona istaganicha yeb-ichishini ta'minlash.

Kalendar usuli. Bu usul amaliyotda 1930-yildan buyon qo'llanib kelinmoqda. Bu usulda fertil davrni, ya'ni homilador bo'lish ehtimoli ko'p bo'lgan kunlarni aniqlash uchun quyidagicha ish tutiladi: Fertil davrning boshlanishini-birinchi kunini eng qisqa hayz siklidan 18 sonini ayirish, fertil davrning oxirgi kunini esa eng uzoq hayz siklidan 11 sonini ayirish bilan aniqlanadi.

Masalan: Hayz sikli 26 kun davom etadigan ayollarda $26-18=8$ kun, demak fertil davrning birinchi kuni hayz siklining 8 kuni, hayz sikli 30 kun davom etadigan ayollarda $30-11=19$, ya'ni fertil davrning oxirgi kuni hayz siklining 19 kuni ekanligini oddiygina aniqlash mumkin. Demak ayol kishi hayz siklining 8 kunidan 19 kuniga qadar jinsiy aloqadan o'zini tiyishi zarur. Bu usul yaxshi samara berishi amaliyotda kuzatilgan. Lekin usuldan foydalanishda maslahatxona akusherkalari homiladorlikdan saqlanishi lozim bo'lgan ayollarning erlari bilan tegishli suhbat olib borishi tavsiya etiladi.

Harorat usuli. Bu usul har kuni to'g'ri ichak (bazal) haroratini o'lchash yo'li bilan bazal haroratning ko'tarilish vaqti aniqlanib, hayz siklining birinchi fazasi va bazal harorat ko'tarilgan kundan keyingi 3 kun davomida jinsiy aloqadan o'zini tiyishga asoslangan.



16.6-rasm. Mo'tadil hayz sikli davomida FSG, LG, estrogen, progesteron miqdori va bazal (to'g'ri ichak) haroratining o'zgarish dinamikasining tasviri.

Ayol kishi bir necha oy davomida (kamida 3 oy) har kuni ertalab uyqudan uyg'onishi bilan joyidan turmasdan oddiy termometr yordamida to'g'ri ichak haroratini o'lchaydi va uni maxsus kalendarga qayd etib boradi. Bazal haroratning jadal ko'tarilishiga qarab, ovulatsiya kuni aniqlanadi.

Kuzatishlarga qaraganda ovulatsiya jarayoni sodir bo'lishi oldidan bazal harorat odatdagidan 10 ga qadar pasayib, harorat chizig'ida o'tkir burchakli shakl paydo qilib, ovulatsiya bo'lgandan so'ng bazal harorat 0,8-1,00gacha ko'tariladi va keyinchalik hayz kuni kelgunga qadar balandligicha saqlanadi.

Tuxumhujayra 3 kundan keyin urug'lanish qobiliyatini yo'qotishini inobatga olinsa, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasining dastlabki 3 kundan so'nggi davr homiladorlik paydo bo'lish xavfini tug'dirmaydi.

Harorat usulining o'ziga yarasha kamchiligi bo'lishiga (har kuni bazal haroratni o'lchash) qaramasdan ko'pchilik ayollar tomondan samarali foydalanib kelinmoqda va homilador bo'lish ehtimoli kam. Har 100 ta ayoldan 0,3-6 tacha hodisalarda homilador bo'lib qolish xavfi qayd etilgan.

Kalendar usulida esa bu ko'rsatkich har 10 ta ayoldan 19 tagacha to'g'ri kelishi mumkin.

Bu usulni tanlashda ayollar kamida 3 oy bo'lmasa 6 oy davomida har kuni ertalab joyidan turmasdan to'g'ri ichak haroratini o'lchab maxsus daftarga qayd etib boradilar va bazal haroratning hayz siklining qaysi kunida ko'tarilishiga alohida urg'u berib, belgilab boradilar. Shu zayilda 3-6 oylik kuzatishlar natijasiga ko'ra hayz siklining o'rtacha ovulatsiya kunini aniqlab oladilar va unga qat'iy rioya qiladilar.

Servikal usul. Bu usul ovulatsiya oldidan ayol organizmida estrogen gormonlar tarkibining oshishi ta'sirida bachadon bo'yni kanali shilimshiq moddasi miqdorining va sifatining o'zgarishiga asoslangan. Bu holatni ayollarning o'zlari ma'lum muddat davomida o'rgatilgandan keyin aniqlaydilar.

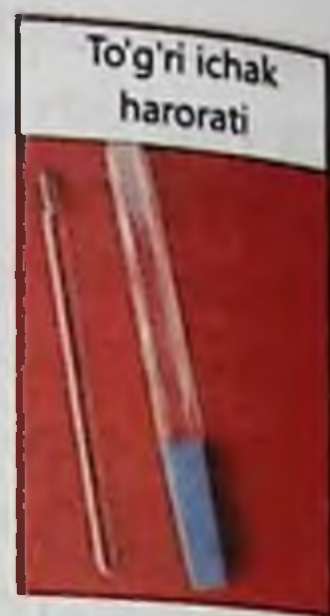
Ayol kishi ovulatsiya oldidan bachadon bo'yni kanalida ko'p miqdorda suyuq, cho'ziluvchan, tuxum oqsilini eslatuvchi shilimshiq

modda to'planishi natijasida tashqi jinsiy a'zolarida (vulva) namlik va yopishqoqlik paydo bo'lishini payqashga odatlanishi kerak.

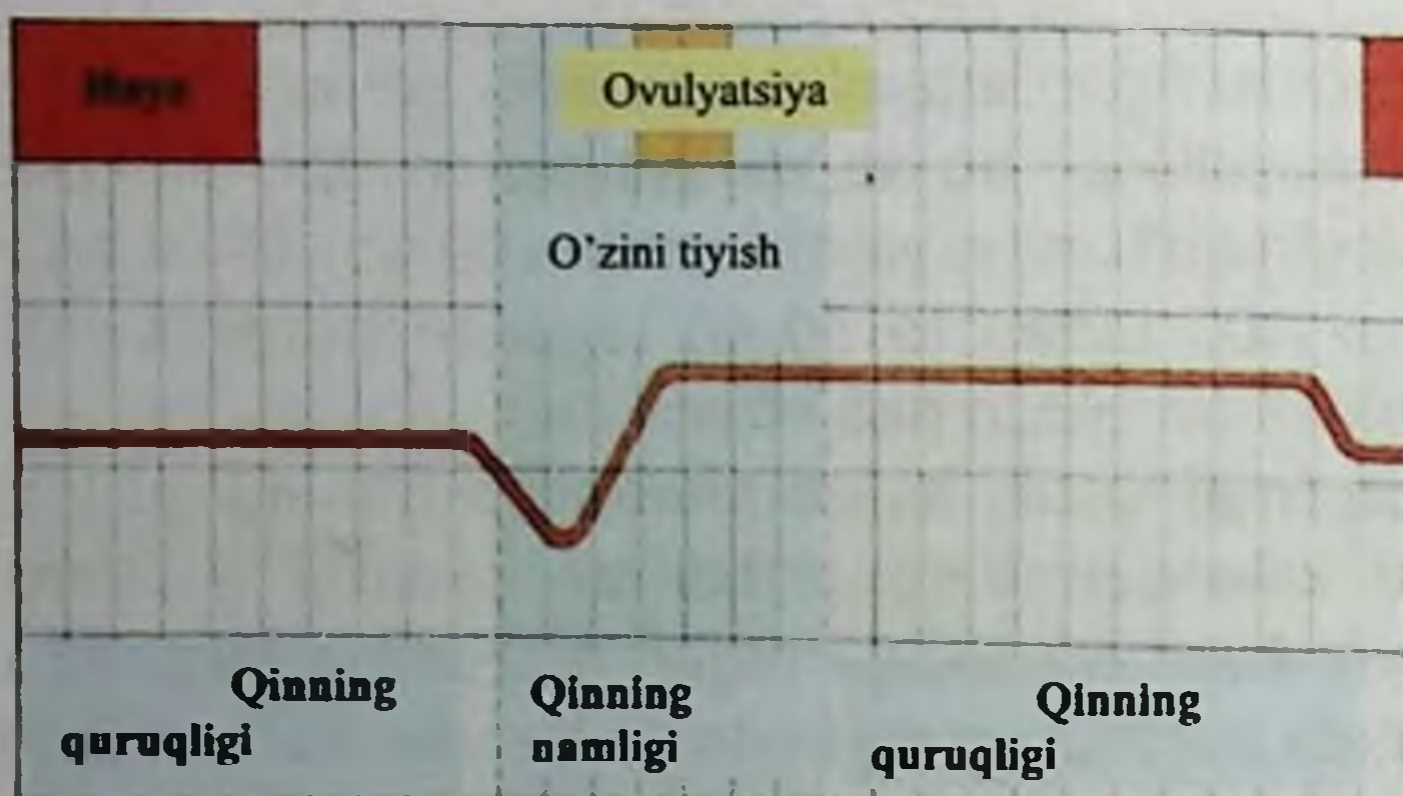
Odatda, hayz siklining 6-10 kunlarida va 18 kundan to hayz kelgan kunga qadar tashqi jinsiy a'zolar quruq bo'ladi. Keyingi-yillarda ayollar hayz tugagandan so'ng qindan keladigan shilliq ajralmalarni nazorat qilib borishi, bevosita barmoqni qinga kiritib, shilliq ajralmani tekshirib ko'rishi, agarda bachadon bo'yni kanalidan tiniq, yopishqoq, cho'ziluvchan shilliq modda kelayotgan bo'lsa, shu kunlar homilador bo'lish ehtimoli ko'p bo'lgan davr ekanligini aniqlashi va jinsiy aloqadan o'zlarini tiyishi amaliyotga kirib bormoqda. Agarda ayollarda vulvit, kolpit yoki servitsit kabi yallig'lanish kasalliklari bo'lsa, bu usuldan foydalanib bo'lmaydi. Bu usul ham to'g'ri qo'llanilsa yaxshi samara beradi. Lekin ba'zi hollarda adashib, har 100 tadan to 30-40 tagacha hollarda homiladorlik bo'lib qolishi ehtimoldan holi emas.

Simptotermal usul: Bu usul ritmik usulning nisbatan yangi turi bo'lib, kalendar, harorat hamda servikal usullarning ba'zi elementlarini ham o'z ichiga olgan ovulatsiya vaqtida qorinning pastki qismida kuchsiz og'riq bo'lishi, jinsiy yo'llardan kamroq qonli chiqindi ajralishiga asoslangan.

Bu usulni bajarish birmuncha murakkab bo'lishiga qaramasdan boshqa usullarga nisbatan ikki baravar samaraliroqdir. Simptotermal usul bilan ovulatsiya kunini aniqlab, ovulatsiyadan 3 kun oldin va 3 kun keyin, ya'ni hayz sikli davrida xavfli bo'lgan 6 kun mobaynida ayollar jinsiy aloqadan o'zini tiyishlariga to'g'ri keladi. Agarda ovulatsiyadan oldingi kunlarda aloqada bo'lmay 3 kun o'tgandan keyin jinsiy aloqani davom ettirilgan taqdirda homiladorlik ehtimoli 100 kishidan 2 tada kuzatilishi mumkin.



Diagramma



16.7-rasm. Tabiiy usullar.

Xulosa qilib aytganda homiladorlikdan saqlanishning tabiiy usullaridan foydalanishda ayollar juda ham qat'iyatlik, chidam bilan tabiiy usullarning barchasini sinab ko'rib, eng samarali usulidan foydalanishi maqsadga muvofiqdir. Bu borada ayollarning eng yaqin maslahatgo'yi albatta doyalar bo'lmog'i zarur.

Gormonal kontrasepsiya

Gormonal kontrasepsiya usullaridan keyingi 30-yil davomida ancha keng foydalanib kelinmoqda va reproduktiv salomatlikni saqlashda eng muhim omillardan biri bo'lib xizmat qilmoqda.

Bu usulda kontrasepsiya maqsadida ayollar jinsiy gormonlar – estrogen va progesteronning sun'iy analoglaridan foydalana-dilar.

Gormonal kontrasepsiya qo'llanila boshlagan dastlabki-yillarda tabiiy estrogen va gestogenlarni ayol organizmiga tashqaridan kiritilishi ovulatsiyaning so'nishiga olib kelishi va shu tariqa ayollarning homiladorlikdan saqlanishi aniqlangan edi. Biroq ichiladigan tabletkalar tarkibida estrogen gormonlar miqdori ko'p bo'lganligi sababli (u paytlarda estrogenlar miqdori 150 mkggacha bo'lgan) undan foydalangan ayollarda yurak-qon tomir tizimi kasalliklarining ko'payishi qayd etila boshladi. Buning asosiy sababi gormonal tabletkalar tarkibidagi estrogen qonning uyushish jarayonini tezlashtirishi va trombo-emboliya xavfini tug'dirishidir.

Shu munosabat bilan gormonal kontraseptivlar ishlab chiqarish texnologiyasini takomillashtirish borasida samarali izlanishlar olib borildi. Natijada qo'llaniladigan preparatlarda estrogen miqdorini 2-3 baravarga, ya'ni 50 mkggacha kamaytirish, xuddi shuningdek, unga monand ravishda gestogen (progesteron) miqdori ham kamaytirildi. Shu yo'l bilan yuqorida qayd etilgan xavfli asoratlarni oldi olinadigan bo'ldi.

Gormonli kontraseptiv vositalar qanday tartibda qo'llanilishi va uning har bir ayol uchun alohida muhim ahamiyat kasb etishi va ta'sir doirasiga qarab preparatlarni tavsiya etish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) 1996-yilda ayollarning umumiy salomatlik ahvoli, yoshi, jinsiy a'zolar va ekstragenital kasalliklari bor-yo'qligini inobatga olib, gormonal vositalarni qo'llashni to'rt toifaga ajratishni tavsiya etdi.

Shunga ko'ra gormonal kontraseptiv vositalar qo'llanilishi quyidagicha taqsimlandi.

1-toifa. Gormonal kontraseptiv vositalardan foydalanishga hech qanday moneliklari bo'lmagan ayollar. Bu toifadagi ayollar bemalol kontraseptiv vositalardan foydalanishlari mumkin.

2-toifa. Bu usuldan foydalanganda undan kutilishi mumkin bo'lgan ko'ngilsizlikka nisbatan uning afzalliklari birmuncha ustun

bo'lgan holatlar, bunda ham ayollar usuldan foydalanishi tavsiya etiladi.

3-toifa. Gormonal kontrasepsiyadan foydalanganda kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar uning afzalliklaridan ustun bo'lgan holatlar, bunda ayollarga kontrasepsiyaning bu usuli tavsiya etilmaydi.

4-toifa. Gormonal kontrasepsiyani qo'llash ayol salomatligi uchun katta xavf-xatar keltirishi mumkin bo'lgan holatlar, bunday holatlarda gormonal vositalarni qo'llash qat'iyan man etiladi.

Gormonal kontraseptivlarning quyidagi turlari amaliyotda qo'llaniladi.

- ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar;
- sof progestinli kontraseptivlar:
- sof progestinli ichiladigan (oral) kontraseptivlar (SPOK);
- sof progestinli ineksion kontraseptivlar (SPIK);
- aralash tarkibli (kombinatsiyali) ineksion kontraseptivlar (KIK);
- implantlar.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar sifatida estrogen va gestagin (progestin) preparatlar aralashmasidan iborat bo'lgan tabletkalardan foydalaniladi. Ularning tarkibi ko'pincha estrogen va progesteron gormonlarining sintetik analoglaridan (etinelestradiol 20 mlg.dan 35 mkg.gacha hamda progestogen 0,075 mgdan 0,300 mg gacha) tashkil topadi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlanib, Respublika hududidagi dorixonalarda sotilishiga ruxsat berilgan farmatsevtik nomlari 16.1-jadvalda keltirilgan.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar

Preparat nomi (ishlab chiqaruvchi firma, davlat)	Estrogen miqdori (mkg)	Progestin miqdori (mkg)
Bir fazali		
Marvelon (Organon, Niderlandiya)	Etinilestradiol 30	Dezogestrel 150
Mikroginon (Shering, Germaniya)	Etinilestradiol 30	Levonorgestrel 150
Rigevidon (Gedeon Rixter, Vengriya)	Etinilestradiol 30	Levonorgestrel 150
Ovidon (Gedeon Rixter, Vengriya)	Etinilestradiol 50	Levonorgestrel 250
Lofeminal (Veyt Grup, Germaniya)	Etinilestradiol 30	Levonorgestrel 300
Regulon (Gedeon Rixter, Vengriya)	Etinilestradiol 30	Dezogestrel 150
Novinet (Gedeon Rixter, Vengriya)	Etinilestradiol 20	Dezogestrel 150
Ikki fazali		
Anteovin (Gedeon Rixter, Vengriya)	1-faza 10 tabl. - etinilestradiol - 50	1-faza levonorgestrel 50
	2-faza 11 tabl. - etinilestradiol - 50	2-faza levonorgestrel 125
Uch fazali		
Triziston (Lenofarm, Germaniya)	1-faza 6 tabl. - etinilestradiol - 30	1-faza levonorgestrel 50
	2-faza 5 tabl. - etinilestradiol - 40	2-faza levonorgestrel 75
	3-faza 106 tabl. - etinilestradiol - 30	3-faza levonorgestrel 125

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarning turlari

Bir fazali tabletkalar: 21 dona ta'sirchan tabletkada bir xil miqdorda estrogen bilan progestin bo'ladi.

Ikki fazali tabletkalar: 21 dona ta'sirchan tabletkada estrogen bilan progestin ikkita har xil kombinatsiyada bo'ladi. Masalan: tabletkalarning 10 tasida 30-35 mkg etinelestradiol + 150 mkg levogestrol; 11 tasida 35-40 mkg etinelestradiol va 250 mkg levonrogestrol bo'ladi.

Uch fazali tabletkalar: Bu xil kontrasepsiya gormonal kontrasepsiyaning yangi turi hisoblanib, uning asosida estrogen va gestogen preparatlarning turli xil dozalarini tanlab olinishidan iborat. Ya'ni, 21 dona ta'sirchan tabletkada estrogen-progestin 3 xil kombinatsiyada bo'ladi.

Bunda follikulin fazasi 6 kun, ovulatsiyadan oldingi davr 5 kun va lyutsin fazasi (sariq tanachaning rivojlanish fazasi) 10 kun. Shunday qilib, ularning birikmasi mo'tadil hayz sikliga xos bo'lgan estradiol va progesteronning qon plazmasidagi tarkibidagi o'zgarishlarga olib keladi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar jahonda kontrasepsiyaning boshqa turlariga nisbatan kengroq tarqalgan va ayollar tomonidan ko'proq qo'llaniladigan usuldir. Respublikamizda tug'ish yoshidagi ayollar orasida ekstragenital kasalliklarning boshqa mintaqalarga nisbatan ko'proq uchrashini hisobga olib, tibbiyot xodimlari tomonidan kontrasepsiyaning boshqa usulini ko'proq qo'llaydilar.

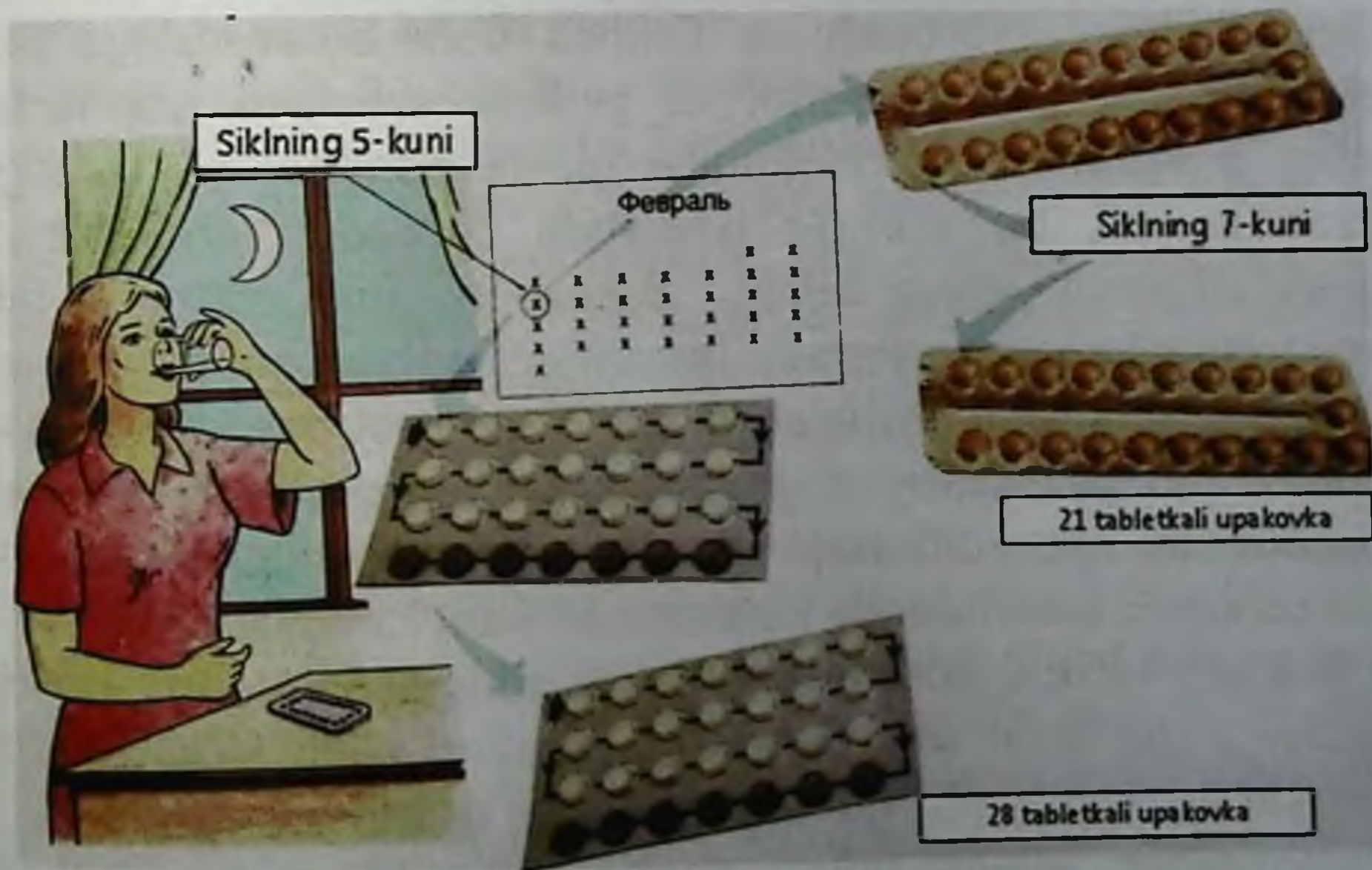


16.8-rasm. Gormonli kontraseptivlar o'ramasining ko'rinishi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarning ta'sir mexanizmi

Bu xildagi kontraseptivlarning homiladorlikdan saqlovchi ta'siri uning tarkibidagi estrogen va progestinlarning har xil nisbatdagi miqdori hayz sikli davomida sodir bo'ladigan ovulatsiya jarayonini so'nishiga, bachadon bo'yni kanali shilliq moddasining quyushuviga, bu esa o'z navbatida spermatozoidlarning bachadon sari faol harakat qilishiga to'sqinlik ko'rsatuviga, bundan tashqari bachadon shilliq qavatida proleferatsiya fazasi susayishi bezlarning regressiyasi holatini keltirib chiqarishi evaziga amalga oshadi.

Aralash tarkibli kontraseptivlarning bir fazali xilini, ishlatganda bachadon shilliq qavatida (endometriyda) regressiyaga xos jarayon sodir bo'lishi uning atrofiyasiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun olimlarimiz tomonidan aralash tarkibli kontraseptivlarning ikki, uch fazali turlari sinab ko'rib, amaliyotda qo'llanilmoqda.



16.9-rasm. Homiladorlikdan saqlovchi vositalar.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarning afzalliklari:

- kontraseptiv xususiyati yuqori, homiladorlikdan saqlanishda yaxshi samara beradi. Perl indeksi bo'yicha 1 yil davomida kontrasepsiyani qo'llagan har 100 ayolning 0,1-0,8 tasida homiladorlik bo'lish ehtimoli mavjud;
- preparatni ichish bilan kontraseptiv ta'sir boshlanadi;
- maxsus ginekologik tekshiruvlar talab etilmaydi;
- ichiladigan tabletkalar retseptsiz beriladi va ularni hamshira, akusherkalardan olish mumkin.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarning eng muhim afzalliklaridan biri, ularda kanserogen ta'sirning bo'lmaganligi. Olimlarning ilmiy kuzatuvlari natijasida aniqlanishicha bu preparatlarni 1-2-yil davomida foydalangan ayollarda endometriy va tuxumdonlar raki xavfi 40-60 foizga kamdir. Buning sababi ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv ta'siri tufayli anovulatsiya jarayonining susayishi va so'nishi bilan bog'liq. Ovulatsiya jarayonining to'xtovsiz davom etib turishi tuxumdonlar epitelip-sining doimiy yangilinashi va tinimsiz o'sib boraverishiga olib keladi, follikulalarning o'sishi va yetilishi estrogen gormonlarining ortiqcha ishlab chiqilishiga giperestrogenemiya holatiga sabab bo'ladi, bu esa o'z navbatida bachadon endometriysi giperplaziyasiga olib keladi, bachadon endometriysi raki rivojlanishiga sharoit yaratadi. Demak ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlardan foydalanilganda giperestrogenemiya va endometriy giperplaziyasi holati kuzatilmaydi, bachadon va tuxumdonlar raki kontraseptivdan foydalanmaganlarga nisbatan kam uchraydi, tuxumdonlar kistalari soni ham kamayadi.

Aralash tarkibli kontraseptiv ichib yurilganda endometriyda regissiv o'zgarishlar ro'y berishi munosabati bilan hayz vaqtida qon kelishi kamayadi, bu esa qonning shaklli elementlarining kamaymasdan, ayniqsa eritrotsitlar ko'rsatkichlarining yaxshilanib borishini ta'minlaydi.

Aralash kontraseptivlar tarkibidagi progestin ta'siri tufayli bachadon bo'yni shillig'ining quyuqlashishi, kichik chanoq a'zolarida uchraydigan o'tkir bakterial kasalliklar xavfini ikki baravar kamaytiradi. Kontrasepsiya vositasi sifatida aralash tarkibli gormonal tabletkalardan foydalanib yo'rgan ayollarda bachadondan tashqaridagi homiladorlik bu usuldan foydalanmaydigan ayollarga nisbatan 90% kamroq uchraydi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarning salbiy ta'siri

Aralash tarkibli kontraseptivlarni tayyorlash texnologiyasining takomillashuvi natijasida, ya'ni estrogen dozasi 20-25 mkg-gacha kamaytirishga erishildi. Estrogenlar miqdorining anchagina kamayishi ayollar qonidagi giperestrogenemiya holatini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar juda kam uchraydi.

Shunga qaramasdan aralash tarkibli ichiladigan kontraseptiv vositalardan foydalanganda o'ziga xos salbiy ta'sir qayd etiladi. Kutiladigan nojo'ya ta'sirlar turli xil muddatda paydo bo'lishi va davom etishi mumkin. Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlardan foydalanishning dastlabki 3 oyi davomida paydo bo'lgan nojo'ya ta'sirlarilk nojo'ya ta'sir hisoblanib, ularga ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, sut bezlarining bezillab turishi, hayz sikli orasida qon kelishi, qorin sohasida og'riqning paydo bo'lishi, yog' va uglevodlar almashinuvning buzilishi kabi o'zgarishlar kiradi. Bu davr ichida tromboflebit, o'pka arteriyasi emboliyasi kabi muhim asoratlarning paydo bo'lishiga xavf oshishi kuzatilishi mumkin.

Keyinchalik ichiladigan kontraseptivdan foydalanilganda bosh og'rig'i, charchash, tez jahl chiqish, depressiya holati, hayz reaksiyasining sekinlashuvi yoki amenoreya, jinsiy hissiyotning pasayishi kabi klinik belgilar paydo bo'lishi mumkin.

Kech paydo bo'ladigan nojo'ya ta'sirlarga miokard infarkti, qon bosimining ko'tarilishi, o't yo'llarida tosh paydo bo'lishi, miyaga qon quyilishi, mayda qon tomirlarda qon uvishib qolish sindromi oqibatida ko'rish funksiyasining pasayishi kabi asoratlarni misol keltirish mumkin.

Tabletkalarni ichish davom ettiraverilsa bosh og'rig'i, tana vaznining ortib borishi, amenoreya, miomaning o'sishi, girsutizm

(ayollarda ovoz durillashi, soqol o'sishi, menstruatsiyaning to'xtashi sindromi), jinsiy a'zolar atrofiyasi, gipertenziya kabi belgilar rivojlanib borishi mumkin.

Amenoreya, bepushtlik kabi ba'zi bir xil asoratlar hattoki tabletkalarni ichishni to'xtatgandan keyin ham saqlanib qolishi mumkin.

Keyingi o'n yilliklar davomida o'tkazilgan tekshirishlar sog'lom ayollarda kam dozali aralash tarkibli kontraseptivlarni ishlatib borish qon ivishi tizimida deyarli o'zgarishlar keltirib chiqarmasligini isbotladi, chunki kam dozadagi aralash kontraseptivlar fibrinoliz reaksiyasini tezlatib, qonning koagulatsion (ivishish) faolligini pasaytiradi. Shuningdek, shu zaylda kontraseptivdan faoydalanigan ayollarda lipidlar va uglevodlar almashinuvi jarayoniga ham kuchli salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Shuni inobatga olgan holda kam dozali ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlardan foydalanish ham maqsadga muvofiq hisobalanadi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarni qo'llashga ko'rsatmalar

Bu xildagi kontraseptivlarni tavsiya etishda uning afzalliklari bilan bir qatorda undan kelib chiqishi mumkin bo'lgan noxush holatlar salmog'ini ham hisobga olish zarur.

Kontrseptivlarni ba'zi bir xil qo'shib keluvchi yoki jinsiy a'zolar kasalliklarining kelib chiqishiga to'sqinlik qilish, ba'zan davolovchi samara berishga qarab qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bunday holatlarga quyidagilar kiradi:

- endometrioz;
- algoditsmenoreya;
- polipoz;
- bachadon endometriysi giperplaziyasi;
- giperpoliprogramenoreya;
- bachadondan disfunktsional qon ketishi;
- fibroz-kistozli mastopatiya;
- jinsiy a'zolarning avj olib turuvchi yallig'lanish kasalliklari;

- temir yetishmasligidan kelib chiqadigan anemiya;
- hayz oldi sindromi (predmenstrual sindrom);
- tuxumdonlarning kistoz o'zgarishi;
- endokrin bepushtlik.

Bu toifadagi ayollarda uzib-uzib orada ikki oylik tanaffus bilan 3 oy davom etadigan muddatda hayz siklining 5-kunidan 21 kun davomida ichiladigan gormonol kontraseptivlar qo'llanilsa, undan ham homiladorlikdan saqlanish, ham kasalliklarning oldini olish va davolashda barakali samara kutish mumkin.

Moneliklar

Ayollarda gormonal kontraseptivlarni qo'llashga «xavfi yuqori» hisoblangan holatlarga quyidagilar kiradi:

- semizlik;
- migren (kuchli bosh og'rig'i);
- depressiya holati;
- qandli diabet;
- tromboflebit;
- nefropatiya;
- gipertenziya;
- jigar va buyrak kasalliklari;
- epilepsiya;
- bronxial astma;
- xavfli o'smalarga gumon bo'lsa, asosan sut bezlari rak kasalligiga.

Shuningdek, yoshi 35 yoshdan oshgan va chekuvchi ayollarni ham bu borada xavfi yuqori holatlarga kiritish mumkin.

Bu toifadagi ayollarda uzoq muddatda gormonal kontraseptivlarni qo'llash qonda triglitseridlarning oshib ketishi, ateroskleroz, gipertenziya, tromboemboliya, miokard infarkti, insult kabi asoratlarni kuchaytirishi mumkin.

Shu nuqtayi nazardan ichiladigan gormonal kontraseptivlarni yuqorida qayd etib o'tilgan kasalliklar qo'shib kelganda qo'llash fiziologik vosita deb bo'lmaydi.

Gormonal kontraseptivlarni qo'llashga mutlaq moneliklar ham mavjud.

Ayollar anamnezida yoki ayni paytda kechayotgan quyidagi kasalliklarda gormonal kontrasepsiyani qo'llash mutlaqo maqsadga muvofiq emas:

- tromboemboliya kasalliklari;
- bosh miya qon tomirlar tizimining zararlanishi;
- o'rchish tizimi (reproduktiv tizim) xavfli o'smalari;
- sut bezlari xavfli o'smalari;
- jigar faoliyatining buzilishi, sirroz;
- ayol anamnezida homiladorlikning og'ir kechki gestozlari, xolestatik sariqlik yoki qichima qayd etilgan bo'lsa.

Ichiladigan aralash tarkibli (gormonal) kontraseptivlarni qo'llash xavfi yuqori bo'lsa, yoki unga mutlaq moneliklar mavjud bo'lgan holatlarda kontrasepsiyaning boshqa vositalari tavsiya etilishi ma'qul.

Sof progestinli kontraseptivlar

Sof progestinli kontraseptivlarga tarkibida faqatgina progestin bo'lgan ositalar kiradi. Ular aralash tarkibli (kok kombinatsiyali oral kontraseptivlar) kontraseptivlardan farqli o'laroq ularning salbiy ta'siri kam bo'ladi hamda estrogen gormonli kontraseptivlarga moneligi bo'lgan ayollarga tavsiya etiladi.

Sof progestinli kontraseptivlarning ichiladigan tabletkalar, teri osti yoki muskul orasiga yuboriladigan ineksiya va teri ostiga kiritilib tikib qo'yiladigan implant turlari mavjud. Ularning barchasining ta'sir mexanizmi bir-biriga juda yaqin. Bu haqda har bir turga izoh berilganda ma'lumot beriladi.

Sof progestinli tabletkalar

Tarkibida faqat progestin bo'lgan homiladorlikdan saqlovchi tabletkalar «MINI-PILL» nomi bilan ahamiyat kasb etgan. Bu tabletkalardan foydalanish keyingi 20 yil ichida keng tarqalgan. Bu xildagi tabletkalarning aralash tarkibli kontraseptivlardan

farqi shundaki, ular tarkibida estrogenlar bo'lmisligi bilan birga, progesterinlar ham juda kam miqdorda (mikrodozada) bo'ladi. Bu xildagi progesterinlar quyidagi jadvalda keltirilgan.

16.2-jadval

№	Fabrikada chiqariladigan preparatning nomi	Tarkibidagi progesterinning nomi	Progesterinning dozasi (mg)	1 ta konvalyutadagi tabletkalar soni
1.	Mikronor (Shvesariyada chiqariladi) yoki Mikro-Novum	Noretindron (Noretisteron) Noretindron (Noretisteron)	350 (0,35) 75 (0,075)	42/28 35
2.	Ovret, Neogest	Norgestrel	75 (0,075)	28
3.	Mikrolut, Mikroval, Norgeston (Germaniya)	Levonorgestrel	30 (0,03)	35
4.	Eksluton (Niderlandiya)	Linestrenol	500 (0,5)	35
5.	Femulen	Etinodial diaseptat	500 (0,5)	28

Progesterinli tabletkalar kontrasepsiyaning eng yuqori samarali usullariga kiradi. Bir-yil davomida shu usuldan foydalanib kelgan har 100 ayoldan 0,9-4 tasida homiladorlik kuzatilishi mumkin.

Usulning samaradorligini ta'minlash uchun tabletkalarni uzluksiz ravishda ichib borish muhim ahamiyatga egadir, shundagina ovulatsiyani so'nishiga erishish mumkin. Preparat ichilgandan 3-4 soatdan keyin eng yuqori kontraseptiv ta'sir boshlanadi va 24 soat davom etadi. Shuning uchun ham har kuni bir vaqtda tabletkalarni ichib turish lozim.

Sof progesterinli preparatlar ikki xil guruh ayollar uchun eng samarali usul hisobalanadi. Ulardan biri reproduktiv yoshdagi yoshi

ulug' ayollar va ikkinchi guruh emizikli onalardir. Agarda bu usuldan foydalanayotgan ayollar yoshi 25-29 oraliq'ida bo'lsa u holda har 100 ta ayoldan 3,1-4 tasida homiladorlik xavfi tug'ilsa, yoshi 40 va undan kattaroq bo'lgan har 100 ta ayoldan 2,1 tasida homiladorlik bo'lishi mumkin.

Emizikli onalarda «Mini-pili»ning ta'sir samaradorligi 100%ga teng bo'lishi mumkin. Bundan tashqari «Mini-pili» sut ajralib chiqishiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Ta'sir mexanizmi:

- bachadon bo'yni shillig'ini quyushtiradi, bu esa spermatozoidlarning bachadon bo'yni kanali orqali bachadon bo'shlig'iga ilgarilama harakatini qiyinlashtiradi, to'sqinlik qiladi;
- bachadon endometriy qatlamining prolefiratsiyasini susaytiradi, natijada otalangan tuxumhujayra (homila tuxumi)ning payvandlanishiga to'sqinlik qiladi;
- ovulatsiyani so'ndiradi.

Qo'llanishi:

- reproduktiv yoshdagi barcha homiladorlikdan saqlanish istagi bo'lgan ayollarda;
- emizikli ayollar, tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tgandan keyin;
- emizmaydigan ayollar tug'ruqdan keyin darhol boshlashi mumkin;
- sun'iy va o'z-o'zidan bo'lgan abortlardan keyin ham darhol qabul qilish maqsadlidir;
- qon bosimi baland bo'lgan, qon ivishish tizimida o'zgarishlar bo'lgan va kam qon ayollarda;
- chekuvchi ayollarda;
- estrogen vositalarni qo'llashni istamagan ayollarda.

Afzalligi:

- qo'llangandan 3-4 soat ichida darhol ta'sir ko'rsatadi;
- usulni qo'llashdan oldin maxsus tibbiy ko'rik o'tkazish talab qilinmaydi;
- jinsiy aloqa bilan bog'liqligi yo'q;
- emizishga ta'sir qilmaydi;

- zararli ta'siri kam;
- tarkibida estrogen yo'q;

Nokontraseptivning afzalliklari:

- hayz davrida og'riqning kamayishi;
- kamqonlikning asta-sekin tiklanishi;
- endometriy raki xavfining kamayishi;
- sut bezlari xavfsiz o'smalarining kamayishi;
- ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarining oldini oladi.

Kamchiligi:

Bu usuldan foydalanayotgan ayollarda tabletkalarni ichish davomida dastlabki birinchi yilida bachadondan surkalib turuvchi qon kelib turishi kuzatiladi.

Tana vaznining oshishi kuzatiladi, asosan ineksiya qilinadigan sof progestinli kontraseptivlar qo'llanganda ko'proq uchraydi.

Jinsiy a'zolar infeksiyasidan va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklardan saqlay olmaydi.

Ineksiya qilinadigan sof progestinli kontraseptivlar (spik)

Ineksiya qilinadigan sof progestinli kontraseptivlar tarkibiga uzoq ta'sir etuvchi progestinlar kiradi. Bu xildagi kontraseptivlardan Meksika, Indoneziya kabi mamlakatlarda keng foydalaniladi. Hozirgi paytda dunyoning 80 dan ortiq mamlakatlarida, jumladan Millatlar hamdo'stligi mamlakatlarida ham foydalaniladi. Ko'pincha «Depo-provera», ba'zan DMPA va noretindron-enantat NET deb ataluvchi, AQSHda ishlab chiqariladigan tarkibida DEPO medroksiprogesteron asetat bo'lgan ineksiya qilinuvchi kontraseptivlar ko'proq qo'llaniladi. Ineksion kontraseptivlarning ta'sir mexanizmi progestin komponentli aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning ta'siriga juda o'xshash. Bu usulning kontraseptiv ko'rsatkichi bir-yil davomida foydalanayotgan har 100 ayolning 1 tasiga yoki undan ham kamroqqa teng.

Ineksion kontraseptivlarning keng qo'llanilishi va uning afzalliklariga qaramasdan ba'zi bir xil ko'ngilsiz hodisalar, ma'lum darajada uni qo'llashda ehtiyot choralarini ko'rishni taqozo etadi. Preparatlarning mijozlar tomonidan yaxshi qabul qilinishi, uning uzoq muddatli ta'siri, yuqori samaradorligi va asoratlarning kam bo'lishiga qaramasdan ko'pchilik ayollar bu usulning xavfsizligi hamda yaxshi o'rganilmaganlikda gumon qilib, undan foydalanishni xush ko'rishmaydilar.

Ko'pchilik mutaxassislar esa ineksion kontraseptivlarni keng qo'llashni targ'ib qilib, uning ko'pincha uzoq muddatli ta'siri natijasida sir saqlash imkoni borligi diniy urf-odatlar nuqtayi nazaridan homiladorlikdan saqlovchi vositalarni qo'llash mumkin bo'lmagan hollarda qo'l kelishini ta'kidlaydilar. Bundan tashqari bu usulni qo'llaganda vrach qabuliga tez-tez borishga hojat qolmaydi.

Tekshiruv va izlanishlar shuni ko'rsatadiki, bir-yil davomida «Depo-provera» (DMPA)dan foydalangan har 100 ayolning 1 tasida homiladorlik bo'lishi qayd etilgan. Bunday samaradorlikning asosiy sababi «Depo-provera»ning uzoq muddatli ta'siridir, ya'ni 150 mkg preparatning kontraseptiv ta'siri 3 oy davom etadi, uni qo'llash to'xtatilgandan so'ng 4-6 oydan keyingina homiladorlik bo'lishi mumkin.

Turlari.

Yuqorida qayd etilganidek DMPA – (Depo-provera) tarkibida 150 mkg depo-medroksiprogesteron atsetat bo'lib, har 3 oyda ineksiya orqali yuboriladi. NET-EN (Noresterat): tarkibida 200 mkg noretindron enantat bo'lib, har 2 oyda ineksiya orqali yuboriladi.

Ineksiyani boshlash vaqti.

Ayol homilador emasligiga to'la ishonchli bo'lsa, istalgan vaqtda boshlash mumkin. Hayz siklining 1-7 kunlari ineksiya qilish maqsadga muvofiq. Tug'ruqdan 2 oy o'tgandan keyin, laktatsion amenoreya usulini qo'llagan ayollarda 6 oydan so'ng, abortdan keyin darhol yoki dastlabki 7 kun ichida.

Ineksion kontraseptivlarni anamnezida qancha homiladorlik bo'lishidan qat'i nazar, kontrasepsiyaning yuqori samarali usulidan foydalanmoqchi bo'lgan, ammo ixtiyoriy jarrohlik kontrasepsiyasidan foydalanishni istamagan, tutqanoqqa va silga qarshi

preparatlardan foydalanayotgan, anamnezida bachadondan tashqaridagi homiladorlik bo'lgan va har kuni tabletka ichishni xush ko'rmaydigan ayollar qo'llasalar maqsadga muvofiq bo'ladi.



16.10-rasm. Ineksiya yo'li bilan kiritiladigan kontraseptivlar.

Afzalligi:

- yuqori samara beradi, 1-yil davomida usulni qo'llab kelayotgan har 100 ayoldan 0,3-1 tasida homiladorlik bo'lishi xavfi mavjud;

- o'rtacha ta'sir muddati 2-3 oy;

- bimalol o'rta bo'g'indagi tibbiyot xodimlari tomonidan xizmat ko'rsatilishi mumkin;

- kamqonlikning yaxshilanishini ta'minlaydi;

Kamchiligi:

- hayz davrida qon ketishini o'zgartiradi;

- 60-70% ayollarda tartibsiz surkaluvchi qonli ajralmalar kelib turishi mumkin;

- 50-80% ayollarda amenoreya uchrashi ham mumkin, bu holat Depo-proverani qo'llagan ayollarda ko'proq, Noresterat qo'llaganlarda kamroq;

- qo'llayotgan ayol vaznining oshishi;

- tug'ish faoliyatining tiklanishi uzoq muddat (6 oy) davom etishi;

- har 100 ta ayolning bittasida kuchli qon ketishi ham bo'lishi mumkin.

Sof progestinli kontraseptivlar (SPK) qo'llashda talab etiladigan ehtiyot choralari

Homiladorlik paytida SPK qo'llash tavsiya etilmaydi, ko'rik paytida homiladorlik aniqlansa, uni saqlab qolish rejasi bo'lsa, yoki ko'rik davrida homiladorlik tasdiqlanmasa, hayz kelgunga qadar SPKni qo'llashni to'xtatishga to'g'ri keladi.

SPK tarkibidagi progestin gormoni homilaning taraqqiyot nuqsonlarini keltirib chiqarishi mumkin. Aslida homiladorlik vaqtida turli dori vositalarini qo'llashda juda ehtiyot choralarini ko'rish lozim.

Emizikli ayollarda, tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tmasdan qo'llash kerak emas. Sababi yangi tug'ilgan chaqaloq uchun ona suti orqali o'tadigan progestin gormonlari dastlabki 6 haftaligida uning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Sababsiz qon ketish. Jinsiy a'zolardan qon kelishi sababi aniq o'rganilmaguncha, agarda homiladorlik yoki boshqa jiddiy sabablar tufayli qon ketish hollarining asosiy negizi bartaraf etilmaguncha SPKni qo'llash tavsiya etilmaydi.

SPK hayz oralig'ida qon ketish va surkaladigan qon kelib turishi kabi holatlarga olib kelish ehtimoli bo'lgani uchun boshqa holatlar (bachadondan tashqari homiladorlik, homilaning o'z-o'zidan tushishi, kichik chanoq a'zolarining patologiyasi ba'zida rak kasalligi) yashirincha kechishi mumkin. Ularni o'z vaqtida aniqlab davolashda qiyinchiliklar tug'ilishi mumkin. Shu sababli ham ehtiyot choralarini qo'llash lozim.

Shuningdek, sariq kasalligi, qon bosimining ko'tarilishi, sut bezi raki, qandli diabet, tez-tez qaytarilib turadigan bosh og'rig'i, depressiya holati kabi kasalliklarda ham ularning kechishi diagnozini aniqlashdagi qiyinchiliklar bo'lishini inobatga olib, sof progestinli kontraseptivlarni qo'llashda ehtiyotkorlikni saqlash lozim bo'ladi.

Sof progestinli kontraseptivlarning nojo'ya ta'siri va uni bartaraf etish choralari

Amenoreya. Bu holat ineksiyali sof progestinli kontrasepsiyani qo'llovchilarning qariyb 40%ida uchraydi. Sof progestinli tabletkalarni qo'llayotganlarda kam uchraydi.

Qon ketishi, surkaluvchi qon ketib turishi. Bu holda qon kelishining boshqa sabablaridan emasligi tekshirilib, ishonch hosil qilish uchun ginekologik ko'rigidan o'tkazish talab qilinadi. Homiladorlikka shubha tug'ilsa, qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilib aniqlanadi.

Agarda qon kelishi va surkalishi boshqa sabablardan emasligi tasdiqlansa, SPIK qo'llayotgan ayollarda 50-60%, SPK qo'llayotganlarda esa 15-20% bunday holat kuzatilishi, bu holat jiddiy muammo emasligi va maxsus davolash talab etilmasligi ayollarga tushuntirilishi kerak.

Kuchli va uzoq muddatli qon ketish. Agarda qon ketishi kuchli, ya'ni odatdagidan 2 marotaba ko'p va uzoq muddatli, 1 haftadan ziyod davom etsa, qon ketish sababini aniqlash uchun maxsus ginekologik tekshiruv o'tkazish talab qilinadi. Homiladorlik bo'yicha ham tekshiruv o'tkazish lozim. Qon ketish oqibatida kamqonlik rivojlangan bo'lsa, tarkibida temir moddasi bo'lgan mahsulotlar va to'g'ri ovqatlanish bo'yicha maslahat beriladi. Kamqonlik tiklanmasa kontrasepsiyani qo'llash to'xtatiladi va boshqa usul tavsiya etiladi.

Qorinning pastki sohasida og'riq paydo bo'lishi. Bunday holatlarda qorin va chanoq bo'shlig'i a'zolari tekshiriladi. Bachadondan tashqari homiladorlik, appenditsit, jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari, tuxumdon kistalarida qorin pastki qismida og'riq bo'lishini inobatga olib, bu kasalliklar yo'qligiga ishonch hosil qilish uchun puls, tana harorati, qon bosimi o'lchanadi. Agarda qorinning pastki sohasida taranglashish, qattiqlashish, tinch holatda pulsning tezlashuvi, qon bosimining 90/60 mm simob ustunidan pasayishi, tana haroratining ko'tarilishi (38° va baland) aniqlansa, darhol maxsus ginekologik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Tana vaznining oshishi yoki kamayishi. Odatda, ayollarga SPK lar qo'llashdan avval ularning tanasi vaznini o'lchash lozim. Ayollar bir necha oy davomida SPK qo'llaganlaridan keyin tana vazni o'lchanib, dastlabki vazni bilan solishtirish lozim.

Agarda 2 kgdan ortiqroq vazn qo'shilgan bo'lsa, unda ayolda homiladorlik borligi yoki yo'qligi tekshirib ko'rilishi kerak. Ovqatlanish tartibi haqida aniq ma'lumot olishga to'g'ri keladi.

Tana vazni 1-2 kg atrofida oshgan bo'lsa, bu oddiy holat ekanligi ayolga tushuntiriladi. Vazn oshishi ovqat bilan bog'liq bo'lsa parhez qilish haqida maslahat beriladi. Uning bilan bog'liq bo'lmasdan, aynan SPK qo'llash hisobiga oshgan taqdirda boshqa usulga o'tish tavsiya etiladi.

Sut bezlarining qattiqlashishi va og'rishi. Bunday holatlarda sut bezlarini mastopatiya va o'sma kasalligiga tekshirib ko'riladi, agarda emizikli ayollar sut bezlarida qattiqlashish va og'riq bo'lsa, mastit bor-yo'qligiga ishonch hosil qilish lozim.

Yuqorida qayd etilgan holatlarga gumon bo'lsa, albatta maxsus ginekologik tekshiruv talab qilinadi, mabodo bo'lmasa, sut bezlaridagi bu o'zgarishlar SPK qo'llash davomida 3 oydan keyin o'tib ketishi ayollarga tushuntiriladi, ko'krakni mahkam qisib turuvchi siynaband taqish tavsiya etiladi.

Husunbuzar toshishi. Bu paytlarda ayol yuzini qanday va nima bilan tozalashini aniqlash lozim. Ba'zi ayollarda SPK qo'llash vaqtida husunbuzar toshishi odatda, kuzatiladi. SPKni qo'llaganda kunda yuzini ikki marotaba tozalash, yog'li kremlar ishlatmaslik lozim. Agar shunga qaramasdan husunbuzarlar toshaversa, usulni almashtirish tavsiya etiladi.

Implantlar

Sof progestinli kontraseptivlarning yana bir turi teri ostiga tikib qo'yiladigan, progestin singdirilgan plastmassa, silikon kapsulalari implantlar hisoblanadi. Implantlar 6 ta uzunligi 34 mm, diametri 2,5 mm bo'lgan kapsulalar. Uning sotuvdagi nomi Norplant bo'lib, unga levonorgestrel gormoni singdirilgan.

Norplant teri ostiga maxsus troakar yordamida mahalliy anesteziyadan keyin kiritiladi. Chap bilakning ichki yuzasiga

kiritiladi. Bu joy implant qo'yilganligi tashqaridan uncha ko'zga tashlanmaydigan joy hisoblanib, ayollar o'zlarining kundalik faoliyatida, uning qo'yilganligini sezmaydilar.



*Bor bo'yicha o'lchami. Joylashuvi.
16.11-rasm. Norplant.*

Implantlar ikki xilda bo'lib, uning Norplant deb ataluvchi turi eng yuqori samaradorligi bilan mashhurdir. Kontraseptiv ta'siri 5-yil davom etadi.

Ikkinchi turi Kapronor, bunga ham levonorgestrel singdirilgan bo'lib, uning ta'sir muddati 18 oygacha. Implantlar ham boshqa sof progestinli kontraseptiv kabi quyidagicha ta'sir mexanizmiga ega:

- ovulatsiyani so'ndiradi;
- bachadon bo'yni shillig'ini quyuqlashtiradi va natijada spermatozoidlarning bachadon bo'shlig'iga qarab, ilgarilama harakatiga to'sqinlik qiladi;
- endometriyda atrofik o'zgarishlar chaqiradi;
- sariq tanacha vaqtdan oldin yetilishiga sabab bo'ladi.

Samaradorligi. 1-yil davomida qo'llab kelayotgan har 100 ayolning 0,2 tasida homiladorlik bo'lishi xavfi tug'ilishi mumkin.

Norplant juda yuqori samara beradigan, bir vaqt qo'llanilganda 5-yilgacha kontraseptik xususiyati saqlanadigan, jinsiy aloqa bilan butunlay bog'liq bo'lmagan implant hisoblanadi. Ayollar uni ishlatishni xohlamasalar, istagan paytlarida uni olib tashlashlari mumkin.

Lekin bu usulni qo'llagan ayollarda uning kosmetik jihatdan noqulayligi, hayz siklidagi jiddiy o'zgarishlar, hayz oralig'ining uzayishi, ba'zan menstruatsiya oralig'ida qon ketishi yoki butunlay hayz siklining to'xtab qolishi amenoreya holati, norplantni kiritish va olib tashlashdagi noqulayliklar ko'pchilik ayollarni implant qo'llashdan bosh tortishga sabab bo'ladi.

Norplant 1988-yilning oxiriga kelib Finlandiya, Shvetsiya, Xitoy, Indoneziya, Tayland kabi ja'mi 12 mamalakatda qo'llab-quvvatlangan. 1993-yilda AQSH ham bu usulni qo'llab-quvvatladi. Sobiq ittifoqda, hozirgi Millatlar hamdo'stligi mamlakatlarida faqat ilmiy izlanishlar maqsadida foydalaniladi. Shu sababdan bu usul haqida batafsil ma'lumot berilmadi.

To'siqli kontraseptiv vositalar va spermitsidlar

To'siqli kontraseptiv vositalarga quyidagilar kiradi:

- a) prezervativlar;
- b) qin difragmalari;
- d) bachadon bo'yni qalpoqchalari;
- e) spermitsidlar.

Prezervativlar

Prezervativlar vaqtinchalik homiladorlikdan saqlanish uchun qo'llaniladigan eng ishonchli va samarali kontraseptiv vositadir. Eng muhimi inson immun tanqisligi virusi (VICh) hamda jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklardan JYOYuK saqlash xususiyatlidir.

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (SPID)ning butun dunyoda keng tarqalayotganli sababli hozirgi davrda jahondagi ko'plab mamlakatlarda kontrasepsiyaning bu usulidan keng foydalanilmoqda.

Prezervativlar – rezina vinil yoki tabiiy mahsulotlardan tayyorlangan yupqa qopcha bo'lib, erkaklar jinsiy olatiga ereksiya paytida kiydiriladi. Prezervativlar shakli, rangi, qalinligi, material tarkibi va qanday spermitsid qo'shilganligiga qarab farq qiladi. Spermitsidlardan asosan nonoksinol-9 qo'shiladi.



Holati



Chiqindi

16.12-rasm. Prezervativlar.

Turlari:

- rezinali (lateksli);
- plastikali;
- tabiiy (hayvon xomashyodan).

Ta'sir mexanizmi:

- spermatozoidlarning ayol reproduktiv a'zosiga o'tishiga to'sqinlik qiladi;
- tarkibidagi spermitsidlar spermatozoidlarni o'ldiradi;
- bir sherikdan ikkinchisiga boshqa mikroorganizmlarning o'tishiga to'sqinlik qiladi.

Qo'llanilishi: Prezervativni asosan oilasini sog'lomlashtirish fikrida bo'lgan erkaklar tomonidan qo'llaniladi. Bundan tashqari kontrasepsiya tezlik bilan qo'llashga to'g'ri kelganda, vaqtinchalik kontrasepsiya usuliga muhtoj bo'lgan oilalar, uzoq muddat orasida jinsiy aloqada bo'ladigan juftlar, jinsiy a'zolar infeksiyasi va jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan saqlanish istagi bo'lgan juftlar tomonidan qo'llaniladi.

Afzalligi:

- darhol ta'sir qiladi;

- emizishga ta'sir ko'rsatmaydi;
- boshqa kontraseptiv vositalarni ham qo'shimcha tarzda qo'llash mumkin;
- topilishi oson, barcha aptekalarda sotiladi;
- retseptsiz sotiladi va qo'llash uchun hech qanday ko'rik talab qilinmaydi;
- narxi arzon.

Nokontraseptiv xususiyatlari

- erkaklarni sog'lom oilani shakllantirishga jalb etadi: jinsiy a'zolar yallig'lanishi, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar, asosan OITSdan himoya qiluvchi yagona usul hisoblanadi;
- ereksiya davomiyligini uzaytirishi mumkin;
- bachadon bo'yni rakining oldini olishi mumkin;

Kamchiligi:

- samaradorligi o'rtacha 1-yil mobaynida qo'llagan har 100 ayoldan 2-12 tasida homiladorlik xavfi mavjud;
- prezervativ qo'llovchidan doimiy qiziqishi bo'lishini va har bir jinsiy aloqada qo'llash talab etiladi;
- jinsiy olat sezgirligini pasaytirishi mumkin;
- kiydirilgan prezervativlarni yechishda qiyinchilik tug'ilishi mumkin;
- prezervativ saqlash qoidasiga amal qilishni talab etadi.

Prezervativlarni qo'llashdagi muammolar

Spermitsidlar va rezinaga nisbatan erkakda yoki ayolda allergiya bo'lishi, allergik holat kam uchrasa-da, bari bir bu holat xavfli hisoblanadi.

Albatta ayollar homiladorlikdan saqlashning samaradorligi yuqori bo'lishini istaydi. Agarda homiladorlik ayol salomatligiga xavf tug'diradigan holatlarda (ayolning yoshi, anamnezidagi homiladorlik va tug'ruq soni, tibbiy muammolar) prezervativlardan foydalanilgan taqdirda homilador bo'lib qolishi kutilmagan voqea hisoblanadi. Prezervativ to'g'ri qo'llanilganda 88-98%

homiladorlikdan saqlaydi, noto'g'ri qo'llanilganda homiladorlik ehtimoli yanada yuqori bo'ladi.

Bu usulni doimiy qo'llashni xohlamagan holatlar bo'lishi mumkin.

Muammolar tug'ilganda boshqa kontraseptiv usulni tanlashda yordamlashish zarur.

Prezervativlarni qo'llashdagi salbiy oqibatlar va ularni bartaraf etish yo'llari

Prezervativlarning butunligi buzilishi yoki yirtilgan bo'lishi mumkin. Shuning uchun prezervativlarni qo'llashdan oldin uning butunligini sinchiklab, ko'zdan kechirish lozim.

Jinsiy aloqa paytida prezervativning butunligi buzilishi-yirtilishi yoki sirg'alib tushib ketishi mumkin. Bunday hollarda homiladorlikdan saqlanishning tezkor usulidan foydalanishga to'g'ri keladi. Ushbu maqsadda aralash tarkibli kontraseptiv tabletkalarning maxsus turlari mavjud. «Ertangi tong» tabletkalari deb nomlangan kontraseptivlarni himoyalanmagan jinsiy aloqadan keyingi 72 soat davomida ichish tavsiya etiladi yoki mis singdirilgan bachadon ichi spiralini jinsiy aloqadan keyingi 5 kun ichidi qo'llashga to'g'ri keladi.

Jinsiy olatning mahalliy ta'sirlanishi, jinsiy qoniqish sezgisining kamayishi, prezervativga yoki spermitsidga allergik holatlar salbiy oqibatlar hisoblanadi, bu holatlarda kontrasepsiyaning boshqa usulini qo'llash tavsiya etiladi.

Qin diafragmalari

Qin diafragmalari halqaga birlashgan, gumbazsimon rezinali (lateksli) qalpoqcha bo'lib, qinga jinsiy aloqadan oldin qo'yiladi, bachadon bo'ynini qoplab turadi.

Turlari:

- yassi prujina-metalli halqa;
- spiralsimon prujina;
- yoysimon aralash metalli prujina.

Ta'sir mexanizmi. Spermani bachadon va bachadon naylariga tushishiga yo'l qo'ymaydi. Agarda spermitsidlar qo'llangan bo'lsa, ularning yig'ilishiga xizmat qiladi. Bu esa o'z navbatida

spermatozoidlarning membranasiga ta'sir etib, ularni haloqatga uchratadi.

Qo'llanishi. Gormonal usullarni qo'llashni istamagan yoki qo'llash mumkin bo'lmagan ayollarda. Yoshi 35dan oshgan, chekuvchi ayollarda. Shuningdek, kontrasepsiyani BIV (spiral-lar)ni qo'llash mumkin bo'lmaganda yoki istamaganda emizikli ayollarda ham qo'llash maqsadlidir.

Jinsiy a'zolar infeksiyasi va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish maqsadida qo'llash ham katta samara beradi.

Bundan tashqari boshqa kontraseptiv vositalardan foydalanilgunga qadar, shoshilinch ravishda homiladorlikdan saqlanish lozim bo'lsa, juda siyrak jinsiy aloqada bo'ladigan ayollarda kontrasepsiyani qo'shimcha usuli zarur bo'lgan paytlarda ham qo'llaniladi.

Afzalligi:

- darhol ta'sir qiladi;
- emizishga ta'sir ko'rsatmaydi;
- jinsiy aloqadan 6 soat oldin ham qo'yilsa bo'ladi;
- umumiy salbiy oqibatlar bo'lmaydi;
- jinsiy a'zolar infeksiyasi, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklardan birmuncha himoyalaydi, ayniqsa spermitsid bilan birga qo'llanilganda;

- mabodo hayz qoni kelib qolsa, ularni ushlab qoladi.

Kamchiligi:

- samaradorligi o'ta yuqori emas, bu usulni spermitsid bilan birga qo'llaganda o'rtacha 1-yil qo'llagan har 100 ayoldan 6-18 tasida homiladorlik xavfi bo'lishi mumkin;

- kontraseptiv samarasi usulni qo'llash qoidalariga to'liq amal qilinishiga bog'liq;

- har bir jinsiy aloqa paytida qo'llaniladi;
- malakali tibbiyot xodimlarining (doyaning) ko'rigi talab etiladi, sababi diafragmaning o'lchamini aniqlash maqsadida bachadon bo'ynining o'lchamini aniqlashga to'g'ri keladi;

- jinsiy aloqadan so'ng 6 soat o'tmasdan olish mumkin emas;
- spermitsid bilan birgalikda qo'llashga to'g'ri keladi;
- bachadon siydik yo'llari infeksiyasining kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Qin diafragmalarini qo'llashda talab etiladigan ehtiyot choralari.

Ayollar anamnezida toksik karaxtlik (shok) sindromi (TKS) bo'lganda, bu usulni qo'llash tavsiya etilmaydi, sababi bu toifadagi ayollarda TKS moyillik xavfi yuqori bo'ladi.

Siydik yo'llari infeksiyasi uchrashi mumkin, uning sababi qin diafragmasi uretrani ezishi, qitiqlashi mumkin. Shu munosabat bilan tez-tez siyish, siyganda achishish kabi holatlar yuzaga kelishi mumkin. Buning oldini olish uchun mijozga jinsiy aloqadan so'ng darhol siydik xaltasini bo'shatishni maslahat berish kerak. Kerak bo'lganda biror xil antibiotiklardan qo'llash mumkin.

Bachadon pastga siljib, qinga tushib qolgan hollarda diafragmani o'rnatishda qiyinchilik tug'diradi. O'rnatilgan taqdirda ham uning tushib ketish ehtimoli ko'proq va usulning samaradorligi keskin pasayadi. Bunday hollarda mijozga boshqa usul tavsiya etiladi. Siydik pufagi yoki to'g'ri ichakning qinga tomon bo'rtib chiqishi (sistatsile yoki rektotsile) ham diafragmani o'rnatishda qiyinchilik tug'diradi. Natijada diafragmani tushish ehtimoli yuqori bo'ladi va ta'siri pasayadi.

Bunday hollarda diafragma o'rnatilgandan keyin ayoldan kuchanish so'raladi, diafragma to'g'ri o'rnatilgan bo'lsa, siljimasa, uni qo'llashga ruxsat beriladi.

Qinning torayishi (vaginal stenoz), bu holat ko'pincha tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttirilgan, tug'ruqdan keyingi qinning yirtilishlarida noto'g'ri tikilishi natijasida, biror-bir kasallik oqibatida (difteriya) kelib chiqishi mumkin.

Bu holatda ham diafragmani o'rnatish qiyin bo'ladi va uning samaradorligi pasayadi. Unda diafragmani o'rnatishda doya yordamlashishi lozim.

Jinsiy a'zolar anomaliyasi ham diafragmani o'rnatishda qiyinchilik tug'diradi. Bu holatda ham vaginal stenoz kabi yordam uyushtiriladi.

Bachadon bo'yni qalpoqchalari

Qalpoqchalar bachadon bo'yniga kiydiriladigan baland gumbazli kosacha shaklidagi kichikroq diafragmalardir. Qalpoqchalar kiydirilganda bachadon bo'yni va qalpoqchalar orasida manfiy bosim hosil bo'lib, bachadon bo'yni va uning kanalini mahkam qisib turadi. Qalpoqchalar diafragmalar bilan bir vaqtda yaratilgan bo'lib, Yevropada juda keng tarqalgan usullardan hisoblanar edi. Bundan 20-40-yillar avval qalpoqchalar kumush va misdan, keyinchalik hech narsa o'tkazmaydigan plastmassadan tayyorlanar edi. Bunday qalpoqchalarni qin bo'yniga 3-4 haftagacha qoldirish mumkin edi. Hozirgi davrda rezinadan tayyorlanadigan qalpoqchalar uzoq muddat ishlatishga yaramaydi. U tezda 1-2 sutkada yoqimsiz hidlanib, toksik shok sindromi kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun bu xildagi qalpoqchalar takomillashtirilib, 1976-yildan buyon uzluksiz ravishda foydalanishga moslashgan, plastmassadan tayyorlanadigan qalpoqchalar ishlab chiqarilmoqda.

Bu qalpoqchalarning bir tomonida klapani bo'lib, menstruatsiya qonining va bachadon bo'yni kanali chiqindisining chiqib ketishiga sharoit yaratadi.

1985-yillarga kelib amerikalik tadqiqotchilarning keltirgan dalillariga ko'ra homilador bo'lib qolish xavfi baland ekanligi isbotlanganligi sababli hozirgi kunda qo'llanilmaydi.

Bachadon bo'yni qalpoqchalarining uch xili qo'llaniladi.

1. Dumas qalpoqchasi.
2. Prentif qalpoqchasi.
3. Vimul qalpoqchasi.

Qalpoqchalarni Buyuk Britaniyada – Londondagi «Lamberte-LTD» firmasi ishlab chiqaradi.

Prentif qalpoqchasi chuqur, rezinali, qattiq aylanasi bor bachadon bo'ynini qisib turadi. O'lchamlari har xil: 22 mm, 25 mm, 28 va 31 mm bo'ladi.

Vimul qalpoqchasi yumshoq rezinali bo'lib, u to'g'ridan to'g'ri bachadon bo'yniga emas, qinning orqa gumbaziga yopishtiriladi. Bu xil qalpoqcha Prentif qalpoqchalarni kiydirish uchun noqulay sharoit bo'lganda ishlatiladi. Lekin Vimul qalpoqchalari aylanasi

o'tkir qirrali bo'lgani sababli qin shilliq pardasini jarohatlashi mumkin. Shuning uchun undan juda ehtiyotkorlik bilan foydalanish zarur. Uning o'lchamlari 42-48-54 mm bo'ladi.

Dumas qalpoqchalari uncha chuqur bo'lmagan, qalinroq qalpoqchalardir. Bu ham qin gumbaziga yopishtiriladi. Bu xildagi qalpoqchalar bachadon bo'yni yo'g'on va chandiqli bo'lgan ayollarga qo'l keladi.

Bachadon bo'yni qalpoqchalari ishlatilganda kontrasepsiyaning boshqa usullarini qo'llaganga nisbatan homiladorlik bo'lishi xavfi kattaroq bo'lganligi, kontrasepsiyaning boshqa samarali usullari keng tarqalganligi munosabati bilan keyingi-yillarda ko'p qo'llanilmaydi. Ayniqsa uning O'zbekiston ayollarining har safar tibbiyot xodimlariga tez-tez murojaat qilishini talab qilishi va mahalliy urf-odatlar nuqtayi nazaridan bu usulni qo'llashni xush ko'rmasligi ham asosiy sababdir.

Spermitsidlar

Spermitsidlar – spermatozoidlarning membranasiga ta'sir etib, uning faolligini pasaytiruvchi yoki nobud qiluvchi kimyoviy moddadir (9-nonoksinol).

Turlari.

- aerezollar (ko'pik hosil qiluvchi);
- qin tabletkalari va shamchalari yoki erib ketuvchi plyonka;
- kremlar.

Ta'sir mexanizmi.

Spermatozoidlar membranasini parchalab, uning harakatchanligini va tuxumhujayrani urug'lantirish xususiyatini pasaytiradi.

Aerezollar yuborilgandan darhol ta'sir qiladi.

Ko'piradigan qin tabletkalari va shamchalarni saqlash va transportirovka qilish qulay, lekin qinga yuborilgandan keyin to jinsiy aloqaga qadar 15 daqiqa kutishga to'g'ri keladi.

Kremlar spermitsidlar asosan diafragma bilan birga qo'llaniladi.

Qo'llanilishi. Bu usul gormonal kontrasepsiyadan foydalanishni istamagan yoki qo'llash mumkin bo'lmagan, yoshi 35dan oshgan, chekuvchi ayollarda qo'llanadi. Shuningdek, BIV qo'llash mumkin

bo'lmagan, kontrasepsiyaga muhtoj bo'lgan emizikli ayollarda, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan himoyalash maqsadida qo'llash maqsadga muvofiqdir.



Ko'pik va yelimlik



Qin tabletkalari



16.13-rasm. Spermitsidlarni ishlatish texnikasi.

Afzalligi:

- ko'piklar va kremlar darhol ta'sir qiladi;
- emizishga ta'siri yo'q;
- boshqa usullarga qo'shimcha ravishda qo'llash mumkin;
- aynan shu usul bilan bog'liq bo'lgan, ya'ni spermitsidlarni qo'llashning xavfi yo'qligi;
- umumiy salbiy oqibatlarining yo'qligi;
- tibbiy ko'rikni talab etmasligi va retseptsiz sotilishi;
- qo'llashning osonligi;
- jinsiy aloqaning qo'shimcha namlanish hisobiga samarali kechishi;
- jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan qisman himoyalaydi.

Kamchiligi:

- samaradorligi o'rtacha, ya'ni har 100 ayoldan bir-yil davomida 3 tadan 21 tagacha homilador bo'lishi mumkin;
- kontrasepsiyaning samarasi spermitsidlarni ishlatish qoidasiga bog'liq, undan to'g'ri foydalanish qoidasi buzilsa samara bermasligi mumkin;
- har bir jinsiy aloqa paytida qo'llash lozim;
- jinsiy aloqadan kamida 10-15 daqiqa oldin ko'piradigan tabletkani, shamcha yoki plyonkani qinga kiritish lozim bo'ladi;
- ta'siri faqat 1-2 soat davom etadi;
- doimo sotuvda bo'lmasligi mumkin.

Spermitsidlarni qo'llashda tug'iladigan muammolar va ularni bartaraf etish choralari

Spermitsidlarni ishlatishda ayollarda bo'lgan jismoniy nuqsonlar, jinsiy a'zolaridagi nuqsonlar, spermitsidlarga bo'lgan allergiya holati, homiladorlikning ayol sog'lig'i uchun o'ta xavfliligi, bir necha soat ichida takroriy jinsiy aloqaga bo'lgan xohish, ayol kishi homiladorlikdan samarali saqlanishni xohlashi ularni qo'llashda birmuncha muammolar tug'dirishi mumkin. Bunday hollarda qanday sabab-oqibatida muammo paydo bo'lishiga qarab, uni bartaraf etish chora-tadbirlari ko'riladi.

Jismoniy nuqsonlari bo'lgan ayollarda spermitsidlar chuqurroq yuborilishi talab etiladi, bo'lmasa uning samarasi bo'lmaydi.

Qinda stenoz bo'lsa agar, u ham qiyinchilik tug'diradi. Bu hollarda ham ehtiyotkorlik bilan spermitsidlarni qinga chuqurroq yuborishga to'g'ri keladi.

Allergik holatlar sodir bo'lsa, spermitsidlarni qo'llashdan voz kechishga to'g'ri keladi.

Agar homiladorlik ayol sog'lig'i uchun xavf tug'dirsa, u holda boshqa uslubni tanlash tavsiya etiladi.

Spermitsidlar to'g'ri qo'llanilsa, 97%gacha yaxshi samara berishi mumkin. Shuning uchun har bir jinsiy aloqa paytida oldindan tayyorlangan spermitsidlarni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Salbiy oqibatlari. Spermitsidlarni qo'llash natijasida ayollar qini, erkaklarning esa jinsiy olati qitiqlanishi mumkin. Uning oqibatida vaginit, jinsiy a'zolar infeksiyasi holatlari kelib chiqishi mumkin.

Agar qitiqlanish spermitsid ta'sirida paydo bo'lsa, boshqa kimyoviy tarkibli spermitsidlar qo'llash yoki boshqa usulni qo'llash tavsiya etiladi.

Qin achishishi va noxush sezgi paydo bo'lishi. Bunda ayollarga odatda, achishish sezgisi normal holatda ham bo'lishi tushuntirilib, ayol tinchlantiriladi. Agarda u xavotirlansa, boshqa tarkibi spermitsid yoki boshqa kontraseptiv usuldan foydalanish tavsiya etiladi.

Qinda ko'piklanuvchi tabletkalar erimasdan qolishi mumkin. Bunda ham kimyoviy tarkibi boshqa bo'lgan spermitsid yoki butunlay boshqa usulni tavsiya etish lozim.

Homiladorlikdan saqlanishning jinsiy aloqani uzish, abstinensiya, sterilizatsiya va ko'ngilli jarrohlik usullari

Jinsiy aloqani uzish (tugallanmagan jinsiy aloqa). Bu usul erkak kishining jinsiy aloqa paytida, shahvat tashlamasdan oldin olatni qindan chiqarib olish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Ta'sir mexanizmi: Sperma qinga tushmaydi va urug'lanish sodir bo'lmaydi.

Qo'llanilishi: Sog'lom oilani shakllantirishda ishtirok etishni xohlovchi erkaklar tomonidan.

Dinga e'tiqod qiluvchi va boshqa kontraseptiv vositalardan foydalanishni xohlamagan juftlar, kontrasepsiyani darhol qo'llashi kerak bo'lgan, boshqa usulga o'tgunga qadar vaqtinchalik homiladorlikdan saqlanuvchilar hamda har zamonda jinsiy aloqada bo'ladigan juftlarda qo'llanilishi maqsadga muvofiq hisobalanadi.

Afzalligi. Samarasi darhol ma'lum bo'ladi. Ko'krak suti bilan emizishga ta'sir etmaydi. Boshqa kontraseptiv vositalardan foydalanuvchilar qo'shimcha usul sifatida foydalanishi mumkin. Salomatlikka zarar yetkazmaydi. Pullik xarajatlarni talab etmaydi.

Nokontraseptiv afzalliklari:

- oilani sog'lomlashtirishga erkaklarni jalb etadi;
- juftlar o'rtasida aloqa yanada mustahkamlanadi.

Kamchiligi:

• samaradorligi uslubdan to'g'ri foydalanishga bog'liq. 100 nafar ayol hisobidan olinganda 1-yil davomida homiladorlik xavfi 4-18 kishiga to'g'ri keladi;

• vaqtdan oldin shahvat chiqarib qo'yadigan erkaklar olatlarini qindan chiqara olmay qolishlari mumkin;

• ejakulatsiyadan (shahvat chiqarish) keyin sperma olatda saqlanib qolishi sababli psixologik salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

• jinsiy qoniqishni susaytirishi mumkin;

• jinsiy a'zolar infeksiyasi va jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan himoyalamaydi.

Tugallanmagan jinsiy aloqani qo'llashda sodir bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:

• ejakulatsiya bilan bog'liq bo'lgan vaqtinchalik muammolar. Olatning qinga kirishi va ejakulatsiya orasidagi vaqt qisqa bo'lganligi sababli, bu usulni doimiy ravishda qo'llash qiyin kechishi mumkin. Doimiy qo'llanilmasa, usul muvaffaqiyatsiz bo'lib chiqadi;

• ejakulatsiyadan oldin olatni qindan chiqarish qiyinchilik tug'dirishi, juftlarning o'zaro roziligi bo'lishi lozim. Aks holda homilador bo'lib qolish xavfi ko'proq;

• erkaklarning jismoniy yoki ruhiy holatlari jinsiy aloqani tugallanishiga ta'sir ko'rsatadigan holatlar. Agar erkak olatni qindan vaqtida chiqarib olmasa, usul samara bermaydi;

• homiladorlik ayol salomatligi uchun xavfli bo'lgan holatlar; bunday hollarda boshqa usul tavsiya etilishi lozim;

• juftlar yuqori samarali usullarni xohlashlari, ulardan usul ko'rsatmalariga qat'iy rioya etishini talab qilinadi;

• ayol erkak tomonidan ushbu usulni qo'llashlarini xohlamasligi, albatta ayol va erkakning roziligi talab etiladi;

• oilaviy muammolari bo'lgan juftlar;

- juftlarning bittadan ortiq jinsiy jufti bo'lganda JAI va JYOYUK larga chalinish ehtimoli yuqori bo'ladi. Tugallanmagan jinsiy aloqa bu kasalliklardan himoyalamaydi.

Abstinensiya

Ayol va erkaklar ma'lum vaqtlarda jinsiy aloqadan o'zlarini tiyish usuli. Bundan ayollar hayz siklining homiladorlik xavfi yuqori bo'lgan kunlarida, ya'ni ovulatsiya jarayoni yaqin bo'lgan kunlar o'zini jinsiy aloqadan tiyishi ham homiladorlikdan saqlanish usullaridan biridir. 28 kun davom etadigan hayz siklida, odatda, 14-kunga borib yetilgan follikula yorilib, undan tuxumhujayra ajralib chiqadi, ovulatsiya sodir bo'ladi.

Spermatozoidlarning yashash muddatini 3-4 kun deb hisoblasak, ovulatsiyadan oldin 4 kun, undan keyin 4 kun, ja'mi 8 kun davomida, ba'zi ma'lumotlarga qaraganda 10 kun davomida jinsiy aloqadan o'zini tiyish tavsiya etiladi.

Tarixda jinsiy abstinensiya tug'ilishni kamaytiruvchi yagona va eng muhim usullardan biri hisoblangan. Oilani rejalashtirish sohasiga dahldor bo'lgan klinika va bo'limlarda bu usulning har tomonlama qulay, tabiiy va jinsiy aloqaga muqobil usul sifatida targ'ibot qilinishi maqsadga muvofiqdir.

Tug'ruqdan keyingi abstinensiya. Butun dunyoda odatiy abstinensiya bilan tug'ruqdan keyingi abstinensiya qiyosiy o'rganilganda Afrika mamlakatlarida tug'ruqdan keyingi abstinensiya tug'ilishni chegaralaydigan asosiy yo'l hisoblanadi. Boshqa muqobil usullar va jinsiy abstinensiyaga ko'ra kengroq tarqalgan.

Abstinensiya usulini qo'llashga ko'rsatmalar:

- juftlarda ma'lum yoki gumoni bo'lgan jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar;
- vazektomiya, epiziotomiya va shunga o'xshash operatsiyalarni boshdan kechirganlarda;
- chanoq a'zolari, qin va siydik xaltasining yallig'lanish kasalliklari;
- jinsiy aloqadan keyin aniqlanmagan qon ketishlar;

- klimakterik davridagi atrofiyalangan vaginit;
- homiladorlikning III trimestri, chilla davri hamda abortdan keyingi dastlabki davr;
- miokard infarktidan so'ng;
- ish qobiliyati pasayishi yoki yo'qolgan hollarda;
- spermaga nisbatan juftida sezuvchanlik yuqori yoki allergiya holati.

Qisqa muddatli moneliklar:

- shahvatning (jinsiy suyuqlikning – ejakulat) muddatdan oldin to'kilishi;
- jinsiy olat (pens) taranglashuvi (erreaksiya) sust bo'lganda;
- erreaksiya bo'lmaganda.

Kontrasepsiyaning ko'ngilli jarrohlik usuli (KJU)

Sog'lom ayollarda asosan 45, ba'zan 50-51 yoshgacha nasl qoldirishi, erkaklarda esa umrining oxirigacha urug'lantirish qobiliyati saqlanishi mumkin. Ko'pincha er-xotinlar 25-35 yoshlarida oila oldiga qo'ygan maqsadlarga erishadilar. Ya'ni, kerakli farzandli bo'ladilar. Umrining qolgan-yillarida esa homiladorlikdan saqlanishning samarali usullarining biridan foydalanishga to'g'ri keladi.

Hozirgi davrda rivojlangan va endi taraqqiy etayotgan mamlakatlarda ham ko'ngilli jarrohlik usuli yoki sterilizatsiya homiladorlikdan saqlanish va oilani rejalashtirishning eng tarqalgan usullaridan biri hisoblanadi. KJU nafaqat erkaklarni, hatto ayollarni ham homiladorlikdan saqlovchi eng samarali, lekin ortga qaytarib bo'lmaydigan usullardan ekanligi bilan bir qatorda eng xavfsiz va tejamli usuldir.

Lotin Amerikasi va Osiyo qit'asining ko'pgina mamlakatlari 40-70% tug'ish yoshidagi oilali ayollarning barchasi qayta tug'ishni xohlamaydilar. Bu esa KJU qo'llashga ehtiyojning oshishiga olib keladi. Afrika va Markaziy Osiyo mamlakatlari faqat 5-25% ayollar qayta bola tug'ishni istamaydilar, shu munosabat bilan KJU ni qo'llashga ehtiyoj kamroq seziladi. Shunga qaramasdan

ba'zi bir mamlakatlarda KJUni qo'llashga qiziqish keng quloch yoymoqda.

Keyingi 10 yillikda KJUni qo'llashda mahalliy anesteziyani (og'riqsizlantirish) keng qo'llab, jarrohlik texnikasi takomillashib va bu muolajani malakali mutaxassislar amalga oshirayotganligi, unga bo'lgan ishonchni oshirdi. Chilla davrida tajribali shifokor tomonidan mahalliy anesteziya bilan takomillashgan asbob yordamida terini kichikroq kesish orqali KJU amalga oshirilsa, tuqqan ayolni tug'ruqxonada bo'lishi odatdagidan ko'p bo'lmaydi. Qovuq ustidan ozgina kesib qorin bo'shlig'iga kirish (minilaporatomiya) operatsiyasi tug'ruqdan keyin 4 hafta yoki ko'proq vaqt ichida ambulatoriya sharoitida ham bemalol bajarsa bo'laveradi. Vazektomiya ayollar sterilizatsiyasiga qaraganda eng oson, eng arzon va eng ishonchli usulligicha qolsa ham ko'proq KJU ayollarda kengroq tarqalgan.

Har qanday sharoitda ham KJUning qaysi turini qo'llashni oilaviy juftlar birgalikda hal etishlari lozim.

Agarda ayollar va erkaklarda ko'ngilli jarrohlik usuli bir xil qo'llanilishi mumkin bo'lganda, unda vazektomiyani qo'llash ma'qulroq bo'lar edi.

KJUni qo'llashga doir qonun-qoidalar turlichadir. Dastlab bu usuldan xotin-qizlar sog'lig'ini mustahkamlash maqsadida foydalanilgan bo'lsa, keyingi-yillarda kengroq miqyosda ijtimoiy va kontrasepsiya maqsadida qo'llaniladi. Qariyb barcha mamlakatlarda sterilizatsiya tashrihini maxsus tibbiy ko'rsatmaga ko'ra bajariladi. Bunday ko'rsatmalarga bachadonning yirtilishi, kesar kesish tashrihidan keyingi bachadondagi chandiqlar, yurak-qon tomir tizimining og'ir xastaliklari va hokazolar kiradi. Lekin AQSHda bunday chegaralanishni ayollar huquqini buzish deb hisoblashadi.

Yuqorida qayd etilganlardan kelib chiqib, istalmagan homiladorlikdan saqlanishda u yoki bu usulning afzalliklarini sarhisob qilib, ayollarda turli xil asoratlar keltirib chiqaradigan kontrasepsiyani cheklab o'tib, eng samarali, tejamli, organizm uchun ziyoni kam bo'lgan kontraseptivlardan foydalanish maqsadga muvofiq.

Ayollar ixtiyoriy jarrohlik kontrasepsiyasi (IJK)

Bachadon naylari okkluziyasi. Bu usul butunlayin tug'ish faoliyatini to'xtatib qo'yadi. Bachadon naylari okkluziyasida minilaparatomya yoki laparoskopiya operatsiyasi yo'li bilan bachadon naylari ikkala tomonidan ham bog'lanib yoki kesilib bog'lab qo'yiladi. Bundan tashqari bachadon naylarining ampular qismi, ya'ni shokilalari maxsus asbob yordamida elektrokoagulyatsiya qilinadi.

Ta'sir mexanizmi: Naylar kesilishi va bog'lanishi natijasida spermatozoidlarning va tuxumhujayraning yo'li to'siladi. Ular bir-biri bilan uchrasha olmaydi va urug'lanish jarayoni sodir bo'lmaydi.

Usulni bajarish uchun qulay fursatlar:

- ayol homilador emasligiga to'liq ishonch bo'lsa, hayz siklining istalgan kunida, imkoni boricha hayz davrining 6-13 kunlarida (proleferatsiya fazasida) bajarilishi maqsadga muvofiqdir;

- tug'ruqdan keyingi dastlabki 2 kun ichida yoki 6 hafta o'tgandan so'ng;

- abortdan keyin darhol yoki 7 kun mobaynida, agarda chanoq infeksiyasi alomatlari bo'lmasa.

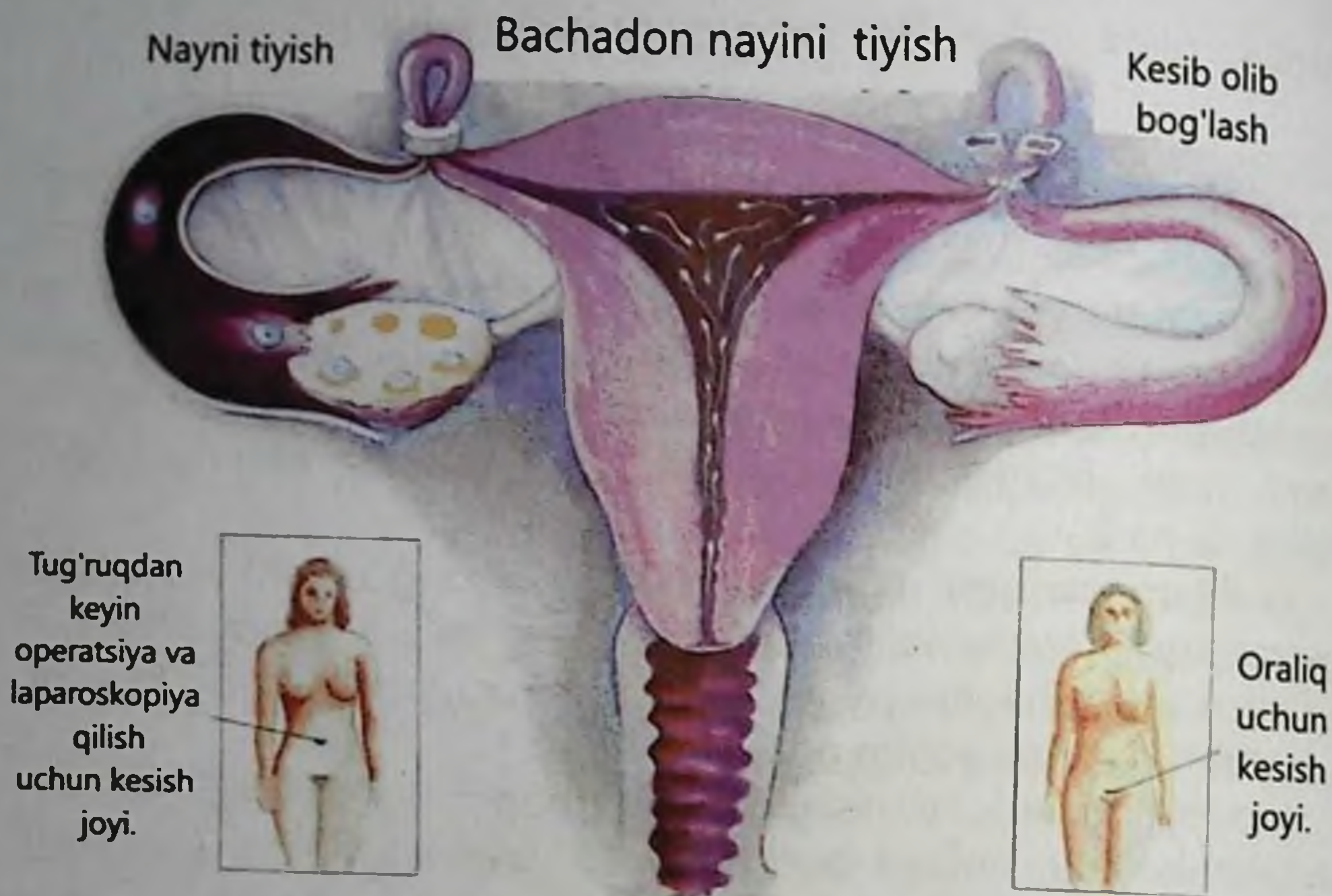
Qo'llanilishi:

- doimiy kontrasepsiya vositasidan foydalanishni istagan tug'ish yoshidagi ayollarda odatda, 35 yoshdan oshgan ayollarda;

- homiladorlik salomatligi uchun katta xavf tug'diradigan ayollarda;

- tug'ruq va abortdan keyin;

- yetarli farzandlari bo'lib, rozilik bildirgan ayollarda.



6.14-rasm. Doimiy usul.

Afzalligi:

- yuqori samara berishi, 1-yil davomida usulni qo'llagan ayollarning 100 tasidan 0,2-4 tasida homiladorlik bo'lishi xavfi bor, bu holat bachadon naylari kesilmasdan faqatgina bog'lab qo'yilganda uchrashi mumkin;

- darhol ta'sir qiladi va doimiy usul hisoblanadi;
- jinsiy aloqaga bog'liq emas;
- homiladorlik salomatligiga xavf soladigan ayollarga qo'l keladi;

- mahalliy og'riqsizlantirish sharoitida bajarilishi mumkin bo'lgan, murakkab bo'lmagan jarrohlik muolajasi hisoblanadi;

- organizmga va jinsiy faoliyatga salbiy ta'siri yo'q.

Kamchiligi:

- usul doimiy ekanligi inobatga olinsa, ayol vaqti kelib keyinchalik afsuslanishi mumkin;

- muolajadan keyin qisqa muddatli noqulaylik holati va qisman asorat paydo bo'lishi mumkin;
- usul yuqori malakali shifokor tomonidan bajarilishi talab etiladi;
- barcha davolash muassasalarida ham laparoskop apparati bo'lmasligi mumkin;
- jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) va jinsiy a'zolar kasalliklaridan saqlamaydi.

Usulni qo'llashda ehtiyotkorlik talab qiluvchi holatlar

Homiladorlik. Homiladorlikning dastlabki muddatlarida, tug'ruqdan keyingi 7 kundan 42 kungacha, homiladorlik va tug'ruq paytida preeklampsiya yoki eklampsiyani boshdan kechirgan bo'lsa, qog'onoq suvi barvaqt ketib, homila uzoq muddat (24 soatdan ko'p) davomida suvsizlik holatida qolgan bo'lsa, tug'ruqdan keyingi septik holatlarda, 500 mldan ortiq qon yo'qotganda, tug'ruq paytida yoki boshqa sabablarga ko'ra jinsiy a'zolar jarohatlanganda, qindan sababsiz qon kelganda, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida, gripp, virusli gepatit, o'tkir ichak kasalliklarida, o'tkir kamqonlik, qorin bo'shlig'i a'zolari infeksiyasi, jinsiy a'zolar raki, chuqur vena qon tomirlari trombozi, abortdan keyingi septik holat, kuchli qon ketishi va jinsiy a'zolar jarohati, bachadon perforatsiyasi holatlarida to ayolni sog'lomlashtirmasdan muolajani bajarish turli asoratlarning paydo bo'lishi va hayot uchun xavf soladigan holat sodir bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda muolaja kechiktirilishi maqsadga muvofiqdir.

Barcha kamchiliklar bartaraf etilgandan keyingina jarrohlik muolajasi bajarilishi lozim.

Quyidagi holatlar jarrohlik usulini qo'llashda muammolar keltirib chiqarishi mumkin:

- qandli diabet kasalligi;

- yurak qon-tomir tizimi kasalliklari, qon bosimining baland bo'lishi (160/100 mm simob ustunidan baland);
- qon ivish tizimining buzilishi;
- tana vaznining og'irligi (80 kgdan ortiq);
- qorin yoki kindik churrasi;
- qorin pastki sohasida chandiq bo'lishi;
- keyinchalik farzand ko'rish istagi paydo bo'lishi;
- ixtiyoriy rozilik hujjatini imzolashdan bosh tortishi, norozilik tug'ilishi;
- ayolning ikkilanishi;
- depressiya holati;
- oilaviy muammolar;
- ayol yolg'iz bo'lsa yoki farzandi bo'lmasa.

Bunday hollarda ayollarga kontrasepsiyaning boshqa usullarini qo'llash tavsiya etiladi. Ayollar yuqorida ko'rsatilgan holatlardan forig' etilgan taqdirda jarrohlik muolajasi bajarilishi lozim.

Jiddiy muammolari bo'lgan ayollarga jarrohlik muolajasiga qadar va undan keyin maxsus nazorat talab etiladi.

Faqatgina jarrohlik muolajasi qo'llash mumkin bo'lgan toifadagi mijozlarga ambulatoriya sharoitida IJK bajarsa bo'ladi. Bu mezonga mos kelmaydigan ayollarga IJKni bajarish jarayonida quyidagilar talab qilinishi mumkin:

- ayolga qulay bo'lishi uchun sedativ analgetik dorilar miqdorini oshirish;
- kesish o'lchamini kattalashtirish;
- jarrohlik vaqtini uzaytirish.

Yana farzand ko'rish istagi bo'lgan oilaviy juftlarga boshqa kontrasepsiya vositalaridan foydalanishga maslahat beriladi.

Ko'p ayollar suhbat o'tkazilgandan keyin ham ushbu usul to'g'risida noto'g'ri tushunchaga ega bo'ladilar. Shuning uchun ham IJK bajarishdan avval ixtiyoriy rozilik olinishi shart.

Naylar okkluziyasi doimiy kontrasepsiya usuli bo'lganligi uchun oilaviy juftliklar ikki tomonlama rozilik bildirishlari kerak.

Ixtiyoriy jarrohlik kontrasepsiyasi qo'llangan ayollarda sodir bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:

- yaraning infeksiyalanishi;
- operatsiyadan keyin isitma ko'tarilishi (38°C dan ortiq);
- operatsiya paytida siydik qopi va ichak jarohatlanishi;
- teri ostida gematoma bo'lishi;
- kam uchrasa-da, laparoskopiya paytida gazli emboliya bo'lish xavfi.

Bu xildagi asoratlarda sodir bo'lsa: teri infeksiyasi mavjud bo'lsa antibiotiklar qo'llash, mabodo abscess borligi aniqlansa uni ochish va drenajlash va antiseptik dori vositalari bilan davolash lozim.

Agarda muolaja paytida siydik qopi yoki ichaklar jarohatlansa, mutaxassis taklif qilinib yoki malakali mutaxassis o'zi jarohatni darhol tiklashi kerak va unday ayollarga alohida parvarish tashkil etish lozim.

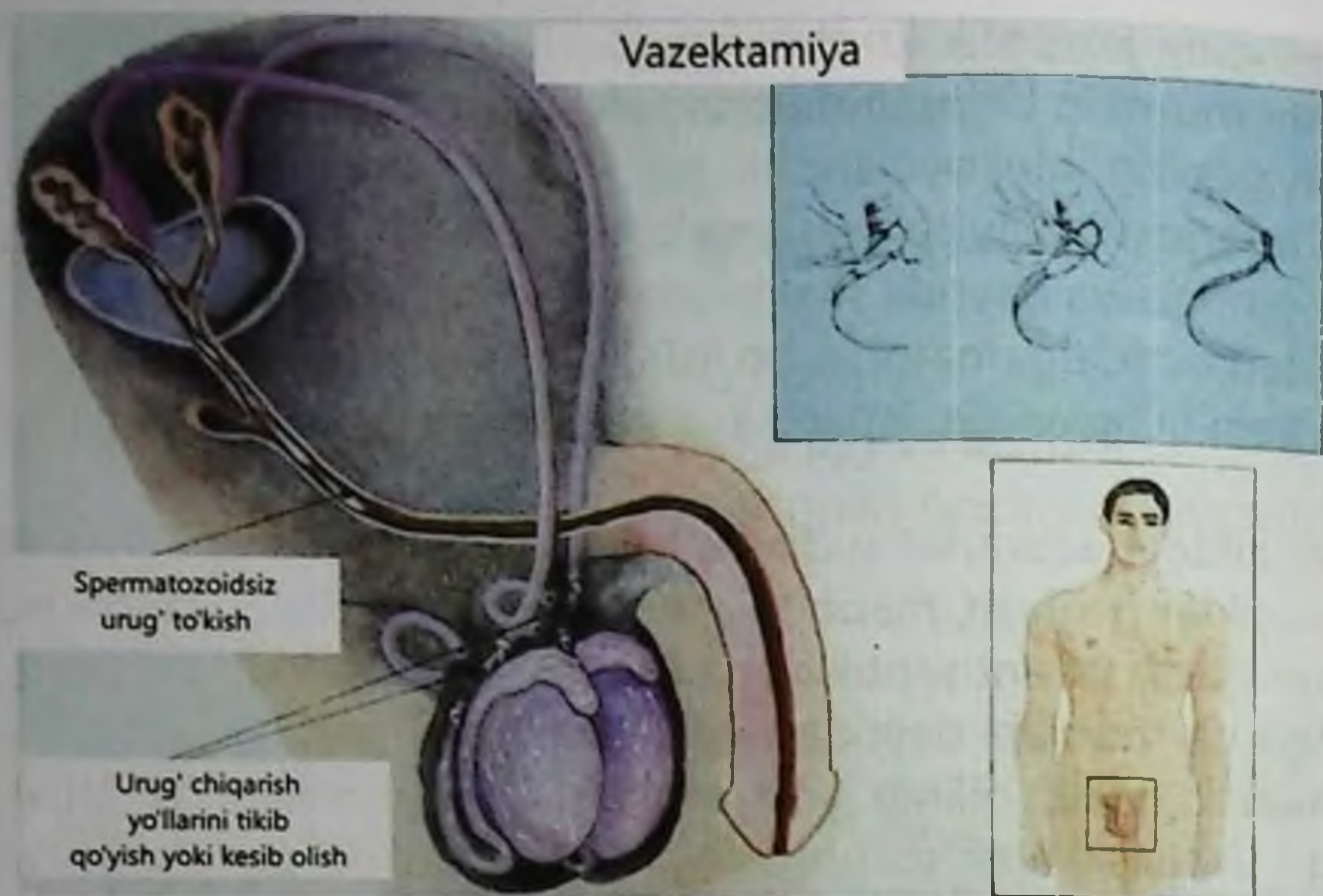
Gematoma bo'lsa, isituvchi kompress qo'yish, agar talab qilinsa, kesib ochib, qon laxtalari tozalab tashlanadi, agar infeksiya alomatlari bo'lsa, antibiotiklar qo'llanadi. Gazli emboliya holatida ayolni darhol reanimatsiya bo'limiga o'tkazilib, shoshilinch chora tadbirlar ko'riladi.

Vazektomiya

Vazektomiya – erkaklarning urug'lantirish faoliyatini to'xtatib qo'yuvchi ixtiyoriy jarrohlik muolajasi hisoblanadi. Operatsiya yordamida yorg'oq keyin moyaklardan chiqqan uruq chiqarish yo'llari ikkala tomondan ham kesib, bog'lab qo'yiladi.

Ta'sir mexanizmi: Uruq' chiqarish yo'li to'sib qo'yilishi natijasida moyaklarda ishlab chiqilgan spermatozoidlar urug' chiqarish yo'llaridan o'tolmaydi, ayol qiniga tushmaydi va homiladorlik bo'lmaydi.

Qo'llanishi: Odatda, 50 yoshdan oshgan reproduktiv yoshdagi, yuqori samarali doimiy usulni qo'llash istagi bo'lgan, jarrohlik usuli bilan vazektomiyaga ixtiyoriy rozilik bildirgan, yetarlicha farzandi bo'lgan, homiladorlik oilaning salomatligiga zarar yetkazishi mumkin bo'lgan erkaklarda qo'llaniladi.



6.15-Doimiy usul.

Afzalligi:

- juda yuqori samara beradi. 1-yil davomida bu usulni qo'llaydigan 100 nafar ayolning 0,1 foyizida homiladorlik bo'lishi mumkin;
- bolani ko'krakdan emizish, jinsiy aloqaning vaqtiga bog'liq emas;
- mahalliy og'riqsizlantirish yordamida qiyinchiliksiz bajariladi;
- zararli ta'siri kam;
- jinsiy faollikka ta'siri yo'q.

Kamchiligi:

- vazektomiya qilingandan keyin uni o'z holiga qaytarish imkoni bo'lmaydi;
 - erkak kishi bu qilgan ishidan keyinchalik afsuslanishi mumkin;
 - samarasi keyinroq boshlanadi. Chunki operatsiyadan keyin darhol samara bermaydi;
 - vazektomiya va operatsiyadan keyingi davrda qisman og'riq va noqulaylik;
 - muolajani o'ta malakali shifokor amalga oshirishi lozim;
 - jinsiy a'zolar kasalliklari va JYOYuKdan himoyalamaydi.
- Vazektomiyani o'tkazishda ehtiyotkorlik talab qiluvchi holatlar:

● agarda terida mahalliy infeksiya bo'lsa, uni bartaraf etmasdan muolaja bajarilmaydi;

● jinsiy yo'llarda o'tkir kechayotgan yuqumli kasalliklar (so'zak, trixomoniaz, zaxm va hokazo);

● umumiy o'tkir yuqumli kasalliklar;

● yurak qon-tomir tizimidagi og'ir kasalliklar;

● qon ivishi tizimidagi o'zgarishlar.

Yuqorida qayd etilgan holatlarda infeksiyani bartaraf qilmasdan, kasallik avj olishini to'xtatmasdan, tegishli davolash choratadbirlarini o'tkazmasdan jarrohlik muolajasini bajarib bo'lmaydi. Aks holda jiddiy asoratlar kelib chiqishi mumkin. Bunday hollarda muolajani ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda o'tkazilishi, kerak bo'lganda muolajani umumiy og'riqsizlantirish ostida bajarilishi maqsadga muvofiqdir. Operatsiyadan keyingi davrda infeksiyaga qarshi profilaktik davo o'tkazishga to'g'ri keladi.

Ba'zi erkaklarda varikotsele, moyaklarda oddiy o'tkazilgan operatsiyalardan qolgan chandiqlar, kriptorxizm holatlari uchrashi mumkin. Bunday hollarda muolajani yuqori tajribaga ega bo'lgan mutaxassis bajarishi talab qilinadi.

Jinsiy aloqadan keyingi (postkoital) kontrasepsiya

Bugungi kunga qadar kontraseptiv vositalarning mukammal turlari ishlab chiqilmaganligi yangi, yuqori darajadagi samarali, bir marotaba qo'llaniladigan kontraseptiv vositalarni izalab topish ustida ish olib borilishini aynan jinsiy aloqadan keyin qo'llaniladigan vositalarni izlab topishni taqozo etadi.

Buning natijasida prezervativ yirtilgan, qinga va bachadon bo'yniga qo'yilgan diafragma va qalpoqcha siljib ketganda, bachadon ichiga qo'yilgan spiral tushib ketganda va zo'rlash oqibatida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan homiladorlikdan saqlanishga imkon yaratildi.

Jinsiy aloqadan keyin ishlatiladigan gormonal vositalarning asosiy ta'sir mexanizmi normal hayz sikli davomida fiziologik gormonal o'zgarishlarni maromidan chiqarib, o'qtin-o'qtin

ko'p miqdorda gormon ishlab chiqarish oqibatida hayzning chalkashligiga (tartibsizligiga) olib keladi va urug'lanish jarayoni sodir bo'lmaydi (V.M. Bodyajina, V.P. Smetnik, L.G. Tumilovich).

Jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiyani qo'llashda homilador bo'lish xavfining nisbatan baland ekanligiga e'tiborni qaratgan holda, homiladorlikdan saqlanishning ushbu usuli himoyalangan jinsiy aloqadan keyin homiladorlikdan saqlanishning shoshilinch vositasi ekanligini qayd etish lozim.

Jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiya haqida qadimgi davrlardan buyon ma'lum. Ayollar homiladorlikdan saqlanish maqsadida jinsiy aloqadan keyin qinni chayganlar, turli vannalar qo'llaganlar, faol jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishgan, qinga turli dorivor o'simliklarni kiritganlar.

Jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiya nafaqat tibbiy, balki siyosiy muammolarga ham dahldor ekanligini unutmaslik kerak. Ba'zi bir mutaxassislarning fikricha, jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiya sun'iy abort usuli hisoblanadi, shuningdek, ko'pchilik tibbiy xodimlar jinsiy aloqadan keyin qo'llaniladigan dorivornlarni sun'iy abort sonini kamaytiruvchi vosita hisoblashadi. Xitoy, G'arbiy Olmoniya, Buyuk Britaniya, Mustaqil Hamdo'stlik Mamlakatlari, Fransiya hamda AQSHda ham jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiyani ma'qul ko'rishadilar.

Hozirgi davrda jinsiy aloqadan keyingi kontrasepsiyaning quyidagi usullari qo'llaniladi.

1. Kombinatsiyali homiladorlikdan saqlovchi tabletkalar qo'llash usuli. Misol uchun tarkibida 50 mkg etinelestradiol va 0,5 mg dinorgestrel bo'lgan ichiladigan kontraseptivdan 2 tabletkani jinsiy aloqadan keyingi 72 soat davomida va 2 tabletkasini 12 soat o'tgandan keyin ichish yoki 2 tabletkalar tarkibida 50 mkg norgestrel va etinelestradiol bo'lgan ichiladigan kontraseptivni jinsiy aloqadan keyingi 72 soat ichida qabul qilish va 12 soatdan keyin uni qaytarish.

Ichiladigan kontraseptivlarda yana kam miqdordagi gormonli vositalar ham qo'llaniladi, ya'ni 35 mkg norgestrel va etinelestradiolli tabletkalardan 4 tasini dastlabki 72 soat ichida, yana 4 tasini oxirgi tabletkani ichgandan 12 soat o'tgandan keyin ichiladi.

Sobiq sovet Ittifoqida postinor (Vengriya) keng qo'llanilar edi. Tarkibida 0,75 mg levonorgestrel (progestin) bo'lgan kontraseptiv preparat, bachadon naylari peristaltikasini kuchaytirib, bachadon shilliq qavatida bioximik o'zgarishlar keltirib chiqarish yo'li bilan payvandlanish jarayonini so'ndirish xususiyatiga ega. Bu preparatdan 1 tabletkasini jinsiy aloqadan keyin darhol 1 soat ichida ichish tavsiya etiladi. Agarda jinsiy aloqa takrorlansa, ikkinchi tabletkani 3 soat o'tgandan keyin ichiladi, qayta-qayta jinsiy aloqa qilinsa, 1 tabletka bevosita jinsiy aloqadan so'ng, 3 soat o'tgandan keyin va kelasi kuniga 1 tadan tabletka qabul qilish maqsadga muvofiqdir.

Ketma-ket jinsiy aloqada albatta uning samaradorligi pasayadi.

Jinsiy aloqadan keyin qo'llaniladigan kombinatsiyali preparatlarni ko'pincha tartibsiz jinsiy hayotda yashaydigan ayollarda, laktatsiya (emizikli) davrda, shuningdek, yosh tug'magan ayollarda qo'llash maquldir.

2. Jinsiy aloqadan so'ng ertalab bachadon ichiga spiral qo'yish. Ko'pincha uchiga mis singdirilgan spiral jinsiy aloqadan keyin 5 kun ichida qo'yilishi tavsiya etiladi.

3. RU-486 progesteron antogonisti (qarshi ta'sir ko'rsatuvchi) – jinsiy aloqadan keyin birinchi 5 hafta ichida hayzni tezlashtirish maqsadida qo'llaniladi.

4. Hayzni tezlashtirish (indutsirlash) usuli kichik abort («mini-abort») sifatida hayz to'xtagandan 20 kun o'tishi bilan bachadon ichidagi shilliq qavatidan iborat bo'lgan chiqindini chiqarib tashlash maqsadida ham qo'llaniladi.

Bachadon ichi vositalari (BIV)

Bachadon ichi vositalari qadimdan qo'llanib kelingan bo'lsa, u haqidagi birinchi yozma ma'lumot 1909-yilda Rixter tomonidan ipak qurti ichagidan tayyorlangan halqani bachadon ichiga kiritish va shu yo'l bilan homiladorlikdan saqlanish to'g'risida keltirilgan.

BIV shakllari turlichadir, «ilmoqli», «qalpoqchali» (soyabon), « », «T» simon, halqasimon, spirallar va boshqalar. BIV tayyorlanadigan mahsulotlar ham har xil, asosan plastmassa, uchiga kumush va mis singdirilgan. Boshqalardan farqli o'laroq progesteron singdirilgan BIV ham qo'llaniladi. Hozirgi zamonda ko'pincha Copper-T-380A mis tarkibli bachadon ichi spirallari keng qo'llaniladi. Dunyoda qariyb 85 mln. ayollar BIV lardan foydalanadilar. BIV Xitoyda juda keng miqyosda qo'llaniladi, dunyoda tayyorlab tarqatilgan BIVning 70%ini Xitoy olib ishlatadi. Asosan halqasimon, ipsiz spirallardan foydalanadi. Bangladesh, Nigeriya va Pokistonda ham kontrasepsiya vositasi sifatida asosan BIVdan foydalaniladi.

Ta'sir mexanizmi. BIVning kontraseptiv xususiyatlari asosan uning tuxumhujayraga harakatlanuvchi spermatozoidga, urug'lanish jarayoni va bevosita bachadonga payvandlanishga ko'rsatadigan ta'siriga asoslangan.

Hozirgi kunga qadar BIVning aynan ta'sir mexanizmi aniqlanmagan. Lekin BIV bachadonga ta'sir etib, uning qisqaruvchanlik faoliyatini oshiradi, bachadon shilliq qavatida makrofaglarni ko'paytirib, aseptik yallig'lanish jarayonini chaqirib, endometriyning fermentativ faoliyatini o'zgartiradi hamda bachadon naylarining peristaltikasini kuchaytirish yo'li bilan urug'lanishga, payvandlanishga to'sqinlik ko'rsatadi deb hisoblanadi.

Qayd etilgan jarayonlar ta'sirida spermatozoidlarning migratsiyasi (qindan bachadonga, undan naychalarga yetib borishi) buziladi. Natijada otalangan tuxumhujayraning bachadon bo'shlig'iga tushishi tezlashadi va o'ladi. Keyingi-yillarda ko'pchilik olimlarning fikricha, BIVning birlamchi kontraseptiv ta'siri payvandlanish qobiliyatini buzish bilan ifodalanadi.

Bachadon ichi kontraseptivlarining ta'sir mexanizmini taxminiy umumlashtirgan holda quyidagicha xulosa qilish mumkin:

- spermatozoidlarga ta'siri – ularning intiluvchan harakatini to'xtatib qo'yib, fallopev naylariga yetib borishga to'sqinlik qiladi;
- urug'langan tuxumhujayraga ta'siri – urug'langan tuxumhujayrani fallopev naylaridan o'tib, bachadon bo'shlig'iga tushishini tezlashtiradi;

- urchishga ta'siri – tuxumhujayraning urug'lanishini to'xtatib qo'yadi;

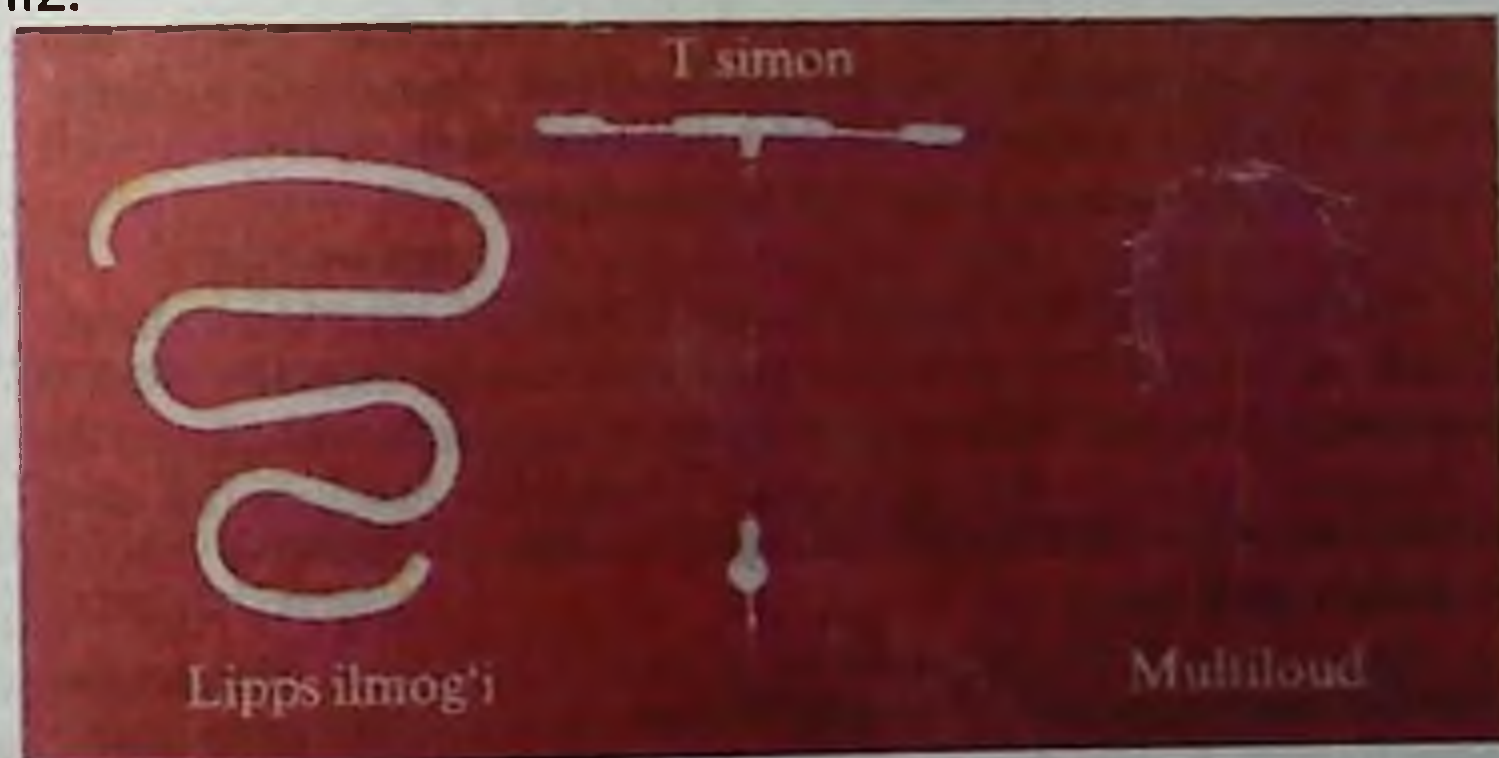
- payvandlanishga ta'siri – bachadon bo'shlig'idagi yot jism sifatida uning shilliq qavatida aseptik yallig'lanish chaqirib, urug'langan tuxumhujayraning payvandlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, balkim endometriyni qitiqlab, payvandlangan tuxumhujayrani ko'chib tushishiga sabab bo'ladi;

- endometriyga ta'siri – bachadonning shilliq qavati uzoq muddat davomida BIV ta'sirida gipotrofiyaga uchrab, otalangan tuxumhujayrani qabul qilolmay qolishi mumkin.

Bachadon ichi vositalarining turlari

Asosan ikki xil turi mavjud: 1. Neytral (xolis, dorivorsiz). 2. Dorivor vositali. Dori vositali BIV tarkibida mis, kumush, oltin, progesteron yoki boshqa xil progestinli preparatlar bo'ladi. BIVga ularni singdirishdan asosiy maqsad usulning samaradorligini oshirish va organizmga ularning zararli ta'sirini kamaytirishdan iborat.

Quyida biz eng kengroq qo'llaniladigan BIV lardan namunalar keltiramiz.



6.16-rasm. BIV turlari.

Lipps ilmog'i. Bu neytral BIVga kiradi. 4 xil o'lchamda eng kichik Adan, to katta o'lchamgacha bo'ladi va steril, yaxshi o'ralgan holatda sotiladi. Sterillanmagan bo'lsa spiralni qo'yishda 30 daqiqa davomida yodli betadin eritmasi yoki benzolkoniumli antiseptik eritmada saqlanadi va ishlatiladi.

Lipis ilmog'i bachadon bo'shlig'iga maxsus sterjen yordamida kiritiladi

Halqasimon BIV. Bu xildagi vositalar zanglamaydigan metall-dan bir gajakli (urmoqli) qilib tayyorlanadi. Ular asosan Xitoyda keng qo'llaniladi. Urmog'ining diametri 18dan 24 mmmgacha bo'ladi. Bachadon bo'shlig'ining uzunligiga qarab kerakli o'lchamdagisi tanlab qo'yiladi. Keyingi-yillarda Xitoyda ikki gajakli, zanglamaydigan metall-dan tayyorlanadigan BIV – Maxua halqasi ko'p qo'llaniladi.

Copper-T 380 A. Hozirgi davrda keng tarqalgan BIVdan hisoblanadi. Steril, o'ralgan holatda chiqariladi. Tik holatdagi plastmassa o'zak mis bilan qoplangan. Bu spirallar bachadonga kiritilishidan 5 daqiqa avval maxsus o'tkazuvchi shpritsga joylanadi va bachadon bo'shlig'i tubigacha kiritilib, spiral joylashtiriladi va o'tkazgich chiqarib olinadi.

Boshqa holdagi spirallarga nisbatan kontraseptiv samarasi ko'proq, o'rtacha 5 yil, ba'zan 10 yilgacha ham ta'sirini yo'qotmaydi.

Copper-T 200. 4-yilgacha homiladorlikdan saqlanmoqchi bo'lgan ayollar qo'llashi ma'qul. Bu xil spirallar Xitoy, Meksikada qo'llaniladi. Steril o'ralgan holda chiqariladi. Uni kiritish maxsus tayyorlovdan o'tgan xodimlar uchun qiyinchilik tug'dirmaydi.

Multiloud-375 va 250. Steril o'ralgan, o'tkazgichiga joylangan holda sotiladi. Bu xildagi BIV retraksiya yo'li bilan amalga oshiriladi. Spiral tarkibida mis bo'ladi. Juda yuqori samarali, tajribada sinalishicha bir-yil davomida qo'llagan har 100 ayoldan 0,6 tasida homiladorlik xavfi bo'lishi mumkin. Multiloud 375 ham multiloud 250 ham uch xil o'lchamda chiqariladi.

Progestasert-T. Bu ham dori vositali BIVga kiradi va tarkibida progesteron bo'ladi. Steril o'ralgan holda chiqariladi.

Levanorgestrel tarkibli BIV, T shakliga o'xshash, Nova-T spirallari. Spiralning pastki qismidan doimiy ravishda sutkasiga 20 mkg miqdorda levanorgestrel ajralib turadi. Bu turdagi spirallar kamroq qo'llaniladi.

BIV kiritish uchun kerakli bo'lgan maxsus asboblarni jamlamasini.

Samaradorligi. BIV qo'llashdagi samaradorlikning eng muhim shartlaridan biri, uning shakli, o'lchamlari, tarkibida mis yoki progesteron bo'lishidan qat'i nazar ayollarning yoshi, anamnezida qancha homiladorlik yoki tug'ruq bo'lganligidir. Dorivor vositalar singdirilgan (kumush, mis, progesteron) spirallari agarda bachadonga ko'rsatma asosida barcha qoidalarga ko'ra to'g'ri qo'yilsa, homiladorlik xavfi 1,5%dan 0,1%gacha bo'lishi mumkin, dorivor moddalar singdirilmagan spirallar to'g'ri qo'yilganda bu ko'rsatkich 2-3%ni tashkil etadi. Zamonaviy bachadon ichi kontraseptivlardan (spirallarning yangi avlodlaridan) foydalanilganda uning samaradorligi yanada yuqori bo'ladi.

BIVni qo'llashda ayol yoshining muhim ahamiyatga ega ekanligini aytib o'tgan edik. Katta yoshdagi ayollarda uning samaradorligi juda ham pasayadi:

- darhol ta'sir ko'rsatadi;
- uzoq muddatlar qo'llash mumkin. Copper-T 380 A spiralini 10 yilgacha samarali qo'llash mumkin;
- jinsiy aloqaga bog'liqligi yo'q;
- emizib boqishga ta'siri yo'q;
- olib tashlagandan keyin ayolning tug'ish qobiliyati darhol tiklanadi;
- zararli ta'siri kam;
- spiral qo'yilgandan keyin ayol tibbiyot xodimlariga faqat bir marta tashrif buyuradi (agar muammolar bo'lmasa);
- qo'shimcha sarf-xarajat talab qilmaydi;
- qimmat bo'lmagan usul.

Kamchiliklari:

- BIV kiritishdan avval jinsiy a'zolar infeksiyasi (JAI) bor-yo'qligi tekshiriladi;
- BIV qo'yish va olib tashlash uchun maxsus tayyorlangan xodim bo'lishi talab qilinadi;
- og'riq bilan kechadigan hayzdan keyin spiral ipchalarini tekshirish lozim;
- ayol bu usulni o'zicha to'xtatib qo'ya olmaydi;

- spirallarni kiritish paytida kam bo'lsa ham perforatsiya (bachadonni teshib o'tish) hollari uchraydi;
- jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari xavfini oshiradi.

Kerakli BIVni tanlash

BIV qo'llashda samaradorlikka erishishning eng asosiy omillaridan biri, uni yaxshi tanlay biladigan, mohir tajribali tibbiy xodimning bo'lishidir. BIVni tajribali, malakali tibbiyot xodimi qo'yishi maqsadga muvofiqdir. Ko'pgina mamlakatlarda bu vazifalarni vrachlardan tashqari tibbiy hamshiralar, akusher-kalar, vrach assistentlari bajarishadi.

Uning uchun ayollarni har tomonlama yaxshi tekshirib, unga qaysi turdagi BIV qo'llasa ma'qul ekanligini aniqlab, keyin kerakli bo'lgan BIV tanlab olinadi.

BIVni kiritish usullari (asosiy tamoyillari)

BIVni homilador bo'lmagan ayollarda hayz siklining istalgan kunida qo'yish mumkin. Agar qo'yish lozim bo'lsa, yaxshisi kelayotgan hayzdan keyin uning dastlabki kunlarida kiritish ma'quldir.

Odatda, BIV abortdan so'ng 3-8 kunlar qo'yilishi maqsadga muvofiq. Tug'ruqdan keyin BIV bevosita tug'ruqdan keyin yoki bir necha oy o'tgandan keyin kiritish afzalroqdir.

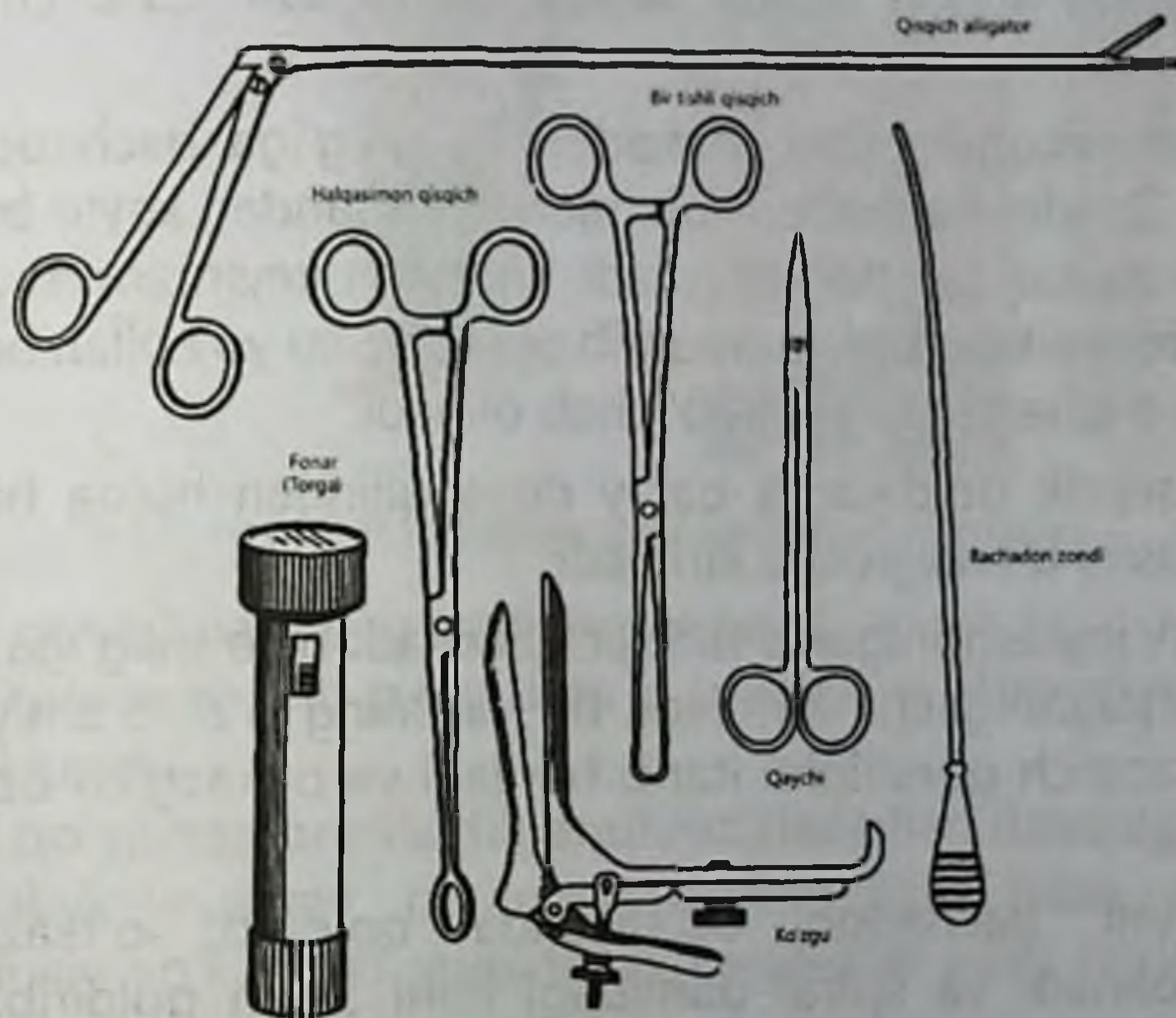
BIVni quyidagi holatlarda qo'yadilar:

- tug'ruqdan keyin darhol, ya'ni 10 daqiqa ichida. Agarda 1-2 kun o'tgandan keyin qo'yilsa, bachadondan o'z-o'zidan chiqib ketishi (ekspulsiya) mumkin;
- tug'ruqdan 6 oy o'tgandan keyin, agarda bu davr ichida ayolda hayz boshlanmagan bo'lsa, jinsiy aloqa qilgan paytda prezervativ ishlatgan bo'lsa yoki umuman aloqa qilmagan bo'lsa;
- asoratsiz, o'z-o'zidan tushgan bola tashlashdan keyin yoki homiladorlikning birinchi trimestrida o'tkazilgan tibbiy abortdan so'ng darhol.

BIVni kiritish usuli oddiy, hatto ambulatoriya sharoitida ham bajarish mumkin. Lekin tibbiy xodimdan yetarli malaka va tajriba talab etiladi. Shunga qaramasdan turli xil BIVni kiritish o'ziga xos

xususiyatlarga ega. BIVni kiritishda bachadonning o'lchami va shakli ham ahamiyatga ega. Bundan tashqari o'tkazgich (shprits)-ning tubi, porshini, yaxshi taxlanganligi, spiralning dumli ipchasi bor-yo'qligini yaxshi ko'rib olish lozim.

Shu sababli har safar BIV kiritishdan oldin uning yo'riqnomasi bilan tanishib olish va unga qat'iy rioya qilish talab etiladi.



6.17-rasm. BIVni kiritish uchun kerakli asboblar.

Quyidagi yo'riqnoma barcha bachadon ichi kontraseptivlarini kiritishga tegishli.

1. Mijozga BIVni kiritish nima ekanligini yaxshi tushuntirish.
2. Ayolda homiladorlik yoki jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari bor-yo'qligini aniqlash maqsadida diqqat bilan tekshiruv o'tkazish, bachadon holatini aniqlash lozim. Ko'pincha bachadon tanasi orqaga qarab siljigan (retro flexo) hollarda kiritilayotgan spiral bachadonni teshib o'tishi kuzatiladi.
3. Ginekologik ko'zgular yordamida ko'zdan kechirgandan keyin qin va bachadon bo'ynining qolgan qismini antiseptik

eritma bilan yaxshilab artib tozalanadi. Antiseptik eritma sifatida yodning 1:2500 nisbatdagi eritmasi, xlorid benzolkonium, geksaxlorofen va boshqalar ishlatiladi.

4. Ba'zi hodisalarda shu etapda bachadon bo'yniga joyli anesteziya qilinadi.

5. Maxsus bir tishli Myuzo qisqichi bachadon bo'ynini ushlab uchun uning yuqori labiga, tashqi bo'g'indan 1,5-2 cm qistirib olinadi.

6. Ehtiyotkorlik bilan bachadon bo'shlig'iga bachadon zondi kiritiladi. Zondni bachadon tubigacha kiritgandan keyin bachadon bo'yniga paxtali tampon qo'yiladi, shundan keyin zond va paxtali tampon birgalikda ushlab chiqarib olinadi. Shu yo'l bilan bachadon bo'shlig'i o'lchami juda aniq o'lchab olinadi.

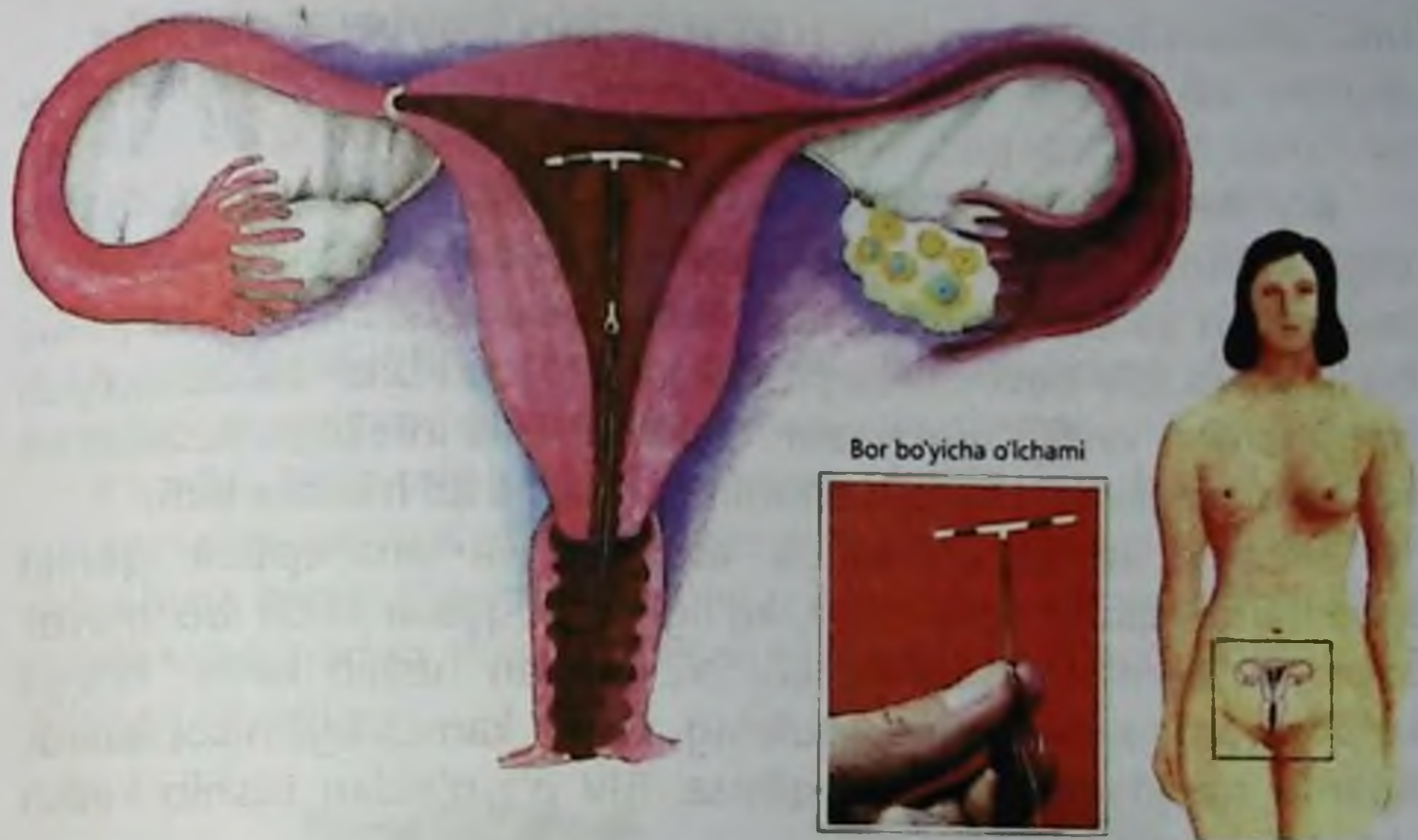
7. Aseptik qoidalarga qat'iy rioya qilingan holda bachadon ichi vositasini o'tkazgichga kiritiladi.

8. BIV joylashtirilgan o'tkazgich bachadon bo'shlig'iga to uning tubiga taqalganigacha kiritiladi, bir vaqtning o'zida ehtiyotkorlik bilan o'tkazgich porshinini itarib boriladi va o'tkazgich bo'shatilib chiqariladi.

9. BIVni bachadon bo'shlig'ida qoldirib, o'tkazgichdan chiqarib olinadi va spiral dumidagi ipini 5 cm qoldirib, qaychi bilan tekis qilib kesib qo'yiladi.

10. Spiral qo'yib bo'lgandan keyin ginekologik ko'zgular olinib, barmoqlar yordamida qinda bachadon bo'yni kanalidan chiqib to'rgan ipchalar paypaslab ko'riladi. Bu muolaja qo'yilgan spiralning o'z-o'zidan chiqib ketishini oldini olishda ham muhim o'rin tutadi.

11. Tug'magan ayollarga BIV qo'yishda alohida ehtiyotkorlik bilan yondashish talab etiladi. Chunki ularda qin tomirlar reaksiyasi, ya'ni qinda reflektor torayishi og'riqning kuchayishi holatlari kuzatilishi mumkin, bunday hollarda BIVni darhol chiqarib olishga to'g'ri keladi.



6.18-rasm. Bachadon ichi spirali joylashuvi.

BIVni qo'yishdagi eng muhim qoida:

BIVni kiritish va olib tashlashda juda sekin va ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak!

BIVni qo'yishda profilaktik antibiotiklar bilan davolash.

Profilaktik nuqtayi nazardan antibiotiklar bilan davolash asosan jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar xavfi bo'lgan taqdirda qo'llaniladi.

Quyida profilaktik antibiotikoterapiyani qo'llashda hisobga olinishi zarur bo'lgan eng muhim omillar keltirilgan.

1. Mijozda BIV va profilaktik antibiotikoterapiya uchun hech qanday moneliklar hamda o'tkir yuqumli kasalliklar bo'lmasligi kerak.

2. Doksitsilinni dastlab 200 mg, 12 soat o'tgandan keyin 100 mg ichish tavsiya etiladi.

3. Bolani ko'krakdan emizish davrida eritromitsin tablet-kasini 500 mg BIV kiritishdan 1 soat oldin, kiritish vaqtida va 6 soat o'tgandan keyin 50 mg ichishga beriladi.

Bevosita tug'ruqdan keyin BIV kiritish

BIV bevosita tug'ruqdan keyin ayollarda fiziologik, asoratsiz tug'ruqdan keyin, bachadonning qisqaruvchanlik faoliyati saqlangan va bachadondan qon ketish xavfi bo'lmagan taqdirda qo'llaniladi. BIV bevosita tug'ruqdan keyin qo'l bilan kiritib qo'yish har jihatdan xavfsiz, bachadon teshilishi yoki infeksiya tushishi va qon ketishi xavfini cheklab o'tadigan qulay usul hisoblanadi.

Bunday usulni qo'llashda aseptika va antiseptika qonun qoidalariga qat'iy rioya etilsa, ko'ngilsiz voqealar sodir bo'lmaydi. Lekin bu usulni qo'llashda BIV o'z-o'zidan tushib ketish hollari ko'proq uchraydi. Bu esa usulning asosiy kamchiligi hisoblanadi. Agarda quyidagilarga amal qilinsa, BIV o'z-o'zidan tushib ketish ehtimoli kamayadi:

- BIVni tug'ruqdan keyingi 10 daqiqa ichida qo'yilishi;
- bachadon bo'shlig'i qo'l bilan qon laxtalaridan yaxshilab tozalanishi;
- BIVni bevosita qo'l bilan kiritilishi;
- BIVni bachadon bo'shlig'i tubiga olib borib joylashtirilishi;
- BIV kiritilishi bilan bachadon muskullarini qisqartiruvchi dorilar (metilergometrin, oksitotsin yoki boshqalar) ineksiya qilinishi.

BIV o'z-o'zidan tushib ketish xavfi yuqori bo'lishiga qaramasdan homiladorlikdan saqlanish samarasi boshqa usullardan kam emas. Ba'zi bir xil kuzatishlarga qaraganda bu usul qolgan usullarga nisbatan samaraliroqdir.

BIVni olib tashlash usuli

Odatda, BIVni o'rtacha 3-4-yildan keyin olib tashlash tavsiya etiladi. Lekin shunga qaramasdan multiloud – 375ni 5-yildan keyin, Copper-T-380 Ani 8-yildan keyin olish tavsiya etiladi. Quyida BIVni olib tashlash bo'yicha bir necha tavsiyalar keltirilgan.

- BIVni olib tashlash oson kechishi uchun uni hayz vaqtida bajarish maqsadga muvofiqdir;

- BIV ipining uzilib ketishining oldini olish maqsadida uni yengilgina doimiy ravishda tortib chiqarish lozim. Bu vaqtda qarshilik ko'p bo'lsa darhol bachadon bo'shlig'iga zond solish va uni 900 ga burab, keyin spiralning ipidan tortish tavsiya etiladi;
- agarda ohista tortish bilan BIVni olishning iloji bo'lmasa, bachadon bo'yni kanali kengaytiriladi;
- agar qinda BIV ipini topish mumkin bo'lmasa, bachadon bo'shlig'iga pulevoy qisqich kiritilib, ushlab olinadi;
- unda ham olish iloji bo'lmasa, bachadon bo'yni kanali kengaytirilib, maxsus abortsang yordamida spiralning o'zini ushlab olib ohista tortib chiqariladi. Buning ham iloji bo'lmagan taqdirda Kuretka (bachadon shilliq qavatini qirib oluvchi asbob) yordamida olib tashlanadi.



6.19-rasm. Ipi yo'qolgan BIVni chiqarib olish uchun qo'llaniladigan spirallar.

Ko'ngilsiz hodisalar va asoratlari

- qon ketishi, uning oqibatida kamqonlik kelib chiqishi;
- og'riq bo'lishi;
- o'z-o'zidan tushib ketishi;
- BIVning ipi yo'qolib qolishi;
- bachadon ichida BIV bo'lishiga qaramasdan homiladorlik bo'lib qolishi;
- bachadonni teshib o'tishi, bachadon devoriga yopishib qolishi;
- kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklarini keltirib chiqarish kabi ko'ngilsiz hodisa va asoratlari uchrashi mumkin.

BIVni qo'llashda talab etiladigan ehtiyot choralari

- Homiladorlik BIVni homiladorlik vaqtida qo'llab bo'lmaydi. Agar homiladorlik aniq bo'lsa, uni saqlab qolish istagi bo'lsa unda BIVni olib tashlash kerak. Agar homiladorlik bor-yo'qligini aniqlash qiyin bo'lsa, BIV qo'yishni navbatdagi hayzga qadar qoldirish, ungacha boshqa usuldan (prezervativ) foydalanib turish tavsiya etiladi.

- Qindan sababsiz qon ketishi. Qindan qon ketishning sabablarini aniqlamasdan, u ayolga BIVni qo'yib bo'lmaydi.

- Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollarga BIVni qo'yish ruxsat etilmaydi. Agarda JYOYuKlari bundan 3 oy oldin bo'lib, yaxshi davolangan bo'lsa, qinning tozalik darajasi talabga javob bergan taqdirda qo'llasa bo'ladi.

- Qindan yiringli chiqindilar kelib to'rgan paytida ham BIV kiritilishi man etiladi.

- Bachadon shakli o'zgargan (deformatsiya) hollarda. Bachadondan turli xildagi fibramiomalar o'sib chiqib, bachadon bo'shlig'i shaklini o'zgartirsa yoki bachadonning taraqqiyot yoki holati nuqsonlari bo'lgan ayollarga ham BIVni qo'llab bo'lmaydi.

- Bachadonda trofoblast o'smalar (xoreon epitelioma) bo'lganda BIVni qo'llash cheklanadi.

- Chanoq a'zolari sil kasalligida.

- Jinsiy a'zolarining xavfli (rak) o'smalarida.

- Bir necha jinsiy juftlar bilan birga bo'ladigan ayollarda.

BIVni kiritishda ba'zi choralar talab qiladigan muammolar

- Bachadon bo'yni (servikal) kanalining torligi (stenoz). Ushbu muammosi bo'lgan ayollar BIVdan foydalanishni istasa, mahalliy anesteziya yordamida servikal kanallarni kengaytirib, BIVni o'rnatish uchun ixtisoslashtirilgan muassasaga yo'llanma berish zarur;

- Kamqonlik bo'lgan ayollarda faqat boshqa usullarni qo'llab bo'lmaydigan hollarda mumkin. BIVning qo'yish bilan bir vaqtda kamqonlikni ham davolash lozim.

- Hayzning og'riqli kelishi hollarda homiladorlikdan saqlanishning boshqa usullarini tavsiya etishga to'g'ri keladi.

- Oddiy qin infeksiyasi (kandidoz yoki bakterial vaginoz) hollarda uni yaxshi davolash zarur.

- Davolagandan keyin obdan tekshirib ko'rib, infeksiya yo'qligiga ishonch hosil qilgandan keyingina BIV kiritiladi.

BIVning nojo'ya ta'siri va uni baholash

Amenoreya. Oxirgi hayz qachon bo'lganligi, BIV ipchalari qachon tekshirib ko'rilganligi, homiladorlikka ishora qiluvchi belgilar bor-yo'qligi ayoldan surishtirilib, ularni ginekologik ko'rikdan o'tkazish lozim. Agar ayolning yoshi 45dan oshgan bo'lsa, amenoreya menopauza bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Agar homiladorlik tasdiqlanmasa, BIVni olib tashlamasdan ayolni tinchlantirishga to'g'ri keladi. Mabodo ayol homilador bo'lsayu, uning muddati 13 haftadan kam bo'lsa, BIVni olib tashlash va homilani ham tushirish maqsadga muvofiqdir. Agarda homiladorlik muddati 13 haftadan oshgan bo'lsa, uning ipchalari ko'rinmasa, unday hollarda BIVni olishga urinmaslik kerak.

Tartibsiz qon ketishi. Bunday hollarda qorin va chanoq sohasi atroflicha tekshirib ko'riladi, bachadon, bachadon ortiqlari hajmi, ular kattalashganmi yo'qmi, chanoq a'zolarida infeksiya yo'qligi aniqlanadi.

Agar bachadondan tashqaridagi homiladorlikka shubha bo'lsa, ayolni ixtisoslashgan shifoxonaga yo'llash zarur.

Uzoq muddatli, kuchli qon ketishi. Bunday hollarda ginekologik ko'rik o'tkazilib, bachadondagi yoki undan tashqarida homiladorlik, homilaning o'z-o'zidan tushishi, qin va chanoq infeksiyasi ehtimollari yuzasidan aniqlik kiritilishi lozim.

Agar tekshirish vaqtida yuqorida qayd etilgan holatlar aniqlanmasa, qon ketish oralig'i 3 haftadan kam bo'lsa, anovulatsiya bo'lishi, agar 6 haftadan ziyod bo'lsa, ovulatsiyaning kechikishdan darak beradi. Bunday hollarda ayolga qonni ko'paytiruvchi dori

moddalari qabul qilish buyuriladi, ginekolog vrachga murojaat etib, tegishli davo choralarini ko'rish tavsiya etiladi.

Agar qon ketish BIVdan 3 oydan ortiq vaqt davomida foydalanilganda ham davom etaversa, uni olib tashlashga to'g'ri keladi.

To'lg'oqsimon og'riqlar bo'lishi kuzatilishi mumkin. Bunday vaziyatda chanoq va qorin sohasidagi a'zolar ko'rikdan o'tkazilib, JYOYuK lar yoki boshqa sabablar bor-yo'qligi aniqlanadi. Agar og'riq yaqin orada paydo bo'lgan bo'lsa yoki kuchaysa va JYOYuK aniqlansa, BIV olib tashlanib, tegishli davolash ishlari boshlanadi. Agar sababsiz og'riq bo'lsa, og'riqni qoldiruvchi dorilar beriladi, ayol tinchlantiriladi.

Erkaklar tomonidan ipchalarni sezish haqida shikoyat bo'lishi mumkin. Bunday paytda BIV siljimaganligi, bachadon bo'shlig'ida to'g'ri joylashganligiga ishonch hosil qilish uchun tekshiruv o'tkaziladi. Ipchalarni kaltaroq qilib kesib qo'yishga to'g'ri keladi.

O'smirlarda qo'llaniladigan kontrasepsiya usullari

O'smirlar.

Jinsiy jihatdan faol bo'lgan o'smirlar bexatar kontrasepsiya uslublariga muhtojdirlar. Izlanishlar shuni ko'rsatadiki, bir qator o'smirlar balog'at yoshigacha jinsiy hayotga qadam qo'yadilar. Bundan tashqari, o'smirlar uchun xos bo'lgan xatti-harakat, o'zining mustaqilligini anglashga intilish, tengdoshlar orasida e'tibor qozonish xususiyatlidir. Ular orasidagi tanish-bilishchilik vaqtinchalik xarakterga ega bo'lib, bir necha jinsiy partnyorlarning aralashib ketishiga olib keladi. Natijada yoshlarning ko'pchiligi JAI va JYOYuK orttirish xavfi ostida qoladilar. Va nihoyat, o'smirlarning ko'pchiligi samarali kontrasepsiya vositalarini qo'llamaydilar, qo'llagan taqdirda ham ulardan to'g'ri foydalanishni bilmaydilar. Buning oqibatida balog'at yoshiga yetmagan qizlar orasida tug'ruqlar, yosh onaning salomatligiga putur yetishi va bolalarning jarohatlanishi ro'y beradi. Ota-onalarning o'smirlar orasida jinsiy hayotga yo'l qo'ymaslik uchun qilgan qarshiliklariga qaramasdan,

yoshlar uylamasdan o'zlarini xavf ostiga qo'yadilar. Oilaviy sharoitidan qat'i nazar, barcha o'smirlarga reprodktiv salomatlik xizmatidan erkin foydalanishlari uchun sharoit yaratilishi kerak. Bunday xizmat ko'rsatish jarayonida kerak bo'lmagan bir qator klinik tekshiruvlar uchun hojat yo'q, chunki bu narsalar (ginekologik ko'rik va boshqalar) o'smirlarga yoqmasligi, ularni cho'chitishi va yordam kerak vaqtda murojaatdan bosh tortishga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, o'smirlar tartibsiz, himoyalanmagan jinsiy aloqada bo'lishlari sababli, tezkor kontrasepsiyaga bo'lgan xizmatning erkin va keng ko'lamda ko'rsatilishiga ayniqsa muhtojdirlar.

O'smirlar uchun qo'l keladigan maxsus kontrasepsiya vositalari qo'llanilmasa, JAI va JYOYuK lardan tashqari ularda istalmagan homiladorlik holatlari sodir bo'lishi mumkin. O'zbekiston Respublikasi aholisining o'ziga xos urf-odatlarini sababli o'smir qizlar homiladorlikni ota-onalari, qo'ni-qo'shnilarini, yaqin qarindoshlaridan sir tutib, uni oldirish uchun turli mutaxassislariga murojaat qilib, g'ayriqonuniy abortga majbur bo'ladilar. Bu xildagi abortlar yashirincha, malakali davolash muassasalaridan tashqarida o'tkazilishi oqibatida ko'plab asoratlarga (bachadon teshilishi, siydik xaltasi va qorin bo'shlig'i a'zolari, ichaklar shikastlanishi, bepushtlik) hattoki bevaqt o'limga sabab bo'ladi. Shuning uchun ham, o'smirlarda abortning oldini olish chora-tadbirlari sifatida ham kontrasepsiyaning samarali usullarini tavsiya etish maqsadga muvofiqdir, chunki abortlar keltirib chiqaradigan asoratlari kishi hayotiga katta xavf tug'diradi. Shu sababli reprodktiv salomatlik markazlari xodimlari tomonidan umumta'lim maktablarining yuqori sinf o'quvchilari, akademik litsey va kasb-hunar kollejlari, oliy o'quv yurtlarida tahsil olayotgan o'smirlar orasida keng miqyosda maslahatlar olib borishlari, uning uchun joylardagi shahar va qishloq vrachlik punktlarida, o'smirlar poliklinikalarida va boshqa davolash muassasalarida faoliyat ko'rsatayotgan tibbiy xodimlar yordamida, qolaversa tibbiyot kollejlari va institutlarida tahsil olayotgan ko'ngilli yoshlarni jalb qilgan holda o'smirlar foydalanishi mumkin bo'lgan kontraseptiv vositalar haqida tushuntirish ishlari, maslahatlar olib borishi lozim.

O'smirlar qo'llashi mumkin bo'lgan kontraseptiv vositalar

Ichiladigan kontraseptiv vositalar – ularni o'smir qizlarda bexatar qo'llash mumkin. Ehtiyotkorlik choralari kam talab qilinadi. Shunga qaramasdan aralash tarkibli kontraseptivlar va sof progestinli kontraseptivlarni o'smir qizlar e'tiborsizlik bilan, tartibsiz holda ichsalar yetarlicha kontraseptiv samara bermasligi mumkin.

Gormonli uslublarni yosh organizmga bo'lgan ta'siri ogohlantirishlarga qaramasdan aralash tarkibli kontraseptivlarni hayz ko'ra boshlagan qizlar orasida bemalol qo'llasa bo'ladi.

Sof progestinli kontraseptivlarni qo'llaganda uning zararli ta'sirlari, ya'ni tana vaznining ortishi, husn buzalar paydo bo'lishi, hayz oralig'ida qonli chiqindi kelishi kabi holatlar yuzaga kelishi mumkin. Bunday o'zgarishlarni o'smir qizlar yaxshi qabul qilishmaydi. Lekin bu usulning qo'llanilishi faqat o'smir qizning o'zi yoki eng yaqin kishilari bilishi, boshqalar uchun sir bo'lib qolishi yosh qizlarga ma'qul keladi.

Bachadon ichi vositalaridan foydalanish, ixtiyoriy sterilizatsiya usullari o'smirlarga to'g'ri kelmaydi.

O'smirlarda to'siq soluvchi uslublar va spermitsidlar (prezervativlar, diafragmalar) eng ommabop jinsiy a'zolar infeksiyasi va JYOYuK lardan asraydigan yagona kontrasepsiya usuli hisoblanadi. Bundan tashqari tugallanmagan jinsiy aloqa va abstinensiya usullari o'smirlarga qo'l keladi. Bu usullar texnikasi haqida tegishli ma'lumotlar o'z vaqtida berib borilishi kerak.

Tezkor kontrasepsiya

O'smirlar odatda, tartibsiz jinsiy aloqa qilishlari sababli ular tezkor kontrasepsiya usullaridan foydalanishi ham mumkin. O'smirlar uchun uning barcha turlari samarali va bexatar emas.

Aksariyat kontrasepsiya vositalari jinsiy aloqagacha qo'llanilsa-da, bir qancha uslublarni aloqadan keyin qisqa muddat ichida qo'llash mumkin.

Avvallari «ertangi tong tabletkalari» deb nomlanuvchi vositalar, hozirda tezkor kontraseptivlar deb ataladi.

Bunday vositalarning 2 turi mavjud: mexanik va gormonli vositalar. Yagona mexanik usul sifatida mis singdirilgan BIV qo'llaniladi. Himoyalanmagan jinsiy aloqadan keyin dastlabki 5 kun ichida o'rnatilgan BIV homiladorlikning oldini oladi. Lekin O'zbekiston Respublikasining milliy urf-odatlari, diniy qadriyatlari turmushga chiqmagan o'smir qizlarda BIVdan foydalanishga to'sqinlik qiladi.

Gormonli vositalarning faqat bir nechtasigina tezkor kontrasepsiya sifatida yaxshi o'rganilgan va qo'llashga tavsiya etilgan. Ular haqida gormonal kontrasepsiya bobida batafsil ma'lumot berilgan bo'lsa-da, gormonal vositalarning keng qo'llaniladigan turlariga qisqacha to'xtalib o'tmoqchimiz.

Aralash tarkibli kontraseptivlar (ertangi tong tabletkalari) – (30-35 mkg estrogen/progestin) himoyalanmagan jinsiy aloqadan keyingi 72 soat davomida ichish tavsiya etiladi. Oxirgi jinsiy aloqadan keyin 72 soat davomida 4 tabletkani qabul qilinadi, yana 4 tabletkani 12 soatdan keyin qabul qilinadi, ja'mi 8 tabletkani ichiladi yoki yuqori dozali 50 mkg lik tabletkadan 72 soat davomida 2 ta, 12 soat o'tgandan keyin 2 ta hammasi bo'lib, 4 ta tabletkani ichiladi. Samaradorligi yuqori 98%gacha, 2% hollarda homiladorlik xavfi bo'ladi. Yoki 1 tabletkani Postinor (750 mkg levonorgestrel) yoki 20 tabletkani Ovret (eksluton 75 mkg norgestrildan iborat)ni jinsiy aloqadan keyingi 48 soat davomida qabul qilinadi. Yana 1 yoki 20 tabletkani 12 soat o'tgandan keyin, hammasi bo'lib, 2 tab. Postinor yoki 40 tabletkani Ovret ichiladi. 97% hollarda homiladorlikdan saqlaydi.

Bu usullardan foydalanish paytida hayz boshlanmasa, ginekolog vrachga murojaat qilib, homiladorlikka tekshirish o'tkazish zarur bo'ladi.

O'smir qizlar orasida homiladorlikdan saqlanish vaqtlari haqida yetarlicha ma'lumot bo'lmaganligi, ularni qo'llash usullarini yaxshi o'zlashtirmaganligi sababli, tartibsiz jinsiy aloqa oqibatida istalmagan homiladorlik sodir bo'lish hollari ko'p uchraydi. Ular homiladorlikning dastlabki oylarida bolani sun'iy abort qilish yo'li bilan oldirishni ham sir tutib, uni katta muddatlarga o'tib ketishiga,

keyinchalik nolegal (yashirincha) yo'llar bilan bolani oldirish uchun malakasiz mutaxassislariga murojaat qilishi, abort vaqtida va undan keyin turli-tuman asoratlarga olib kelishi, hattoki bevaqt o'lim bilan tugash hollari ham hamon uchrab turadi.

GORMONLI



B I V



TO'SIQLI



TABIY USULLAR



16.20-rasm. Vaqtinchalik usullar.

Ko'pgina qizlarimizda hali yetilib voyaga yetmagan bachadonda paydo bo'lgan homilani operatsiya (abort) yo'li bilan olish natijasida, bachadon shilliq qavati zararlanishi va kelajakda bepushtlikka sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari septik abortlar, abort paytida bachadon va unga qo'shni bo'lgan a'zolarining jarohatlanishi natijasida chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari, nuqsonlar kelib chiqishi, xotin-qizlarni bir umr bola ko'rish baxtidan mahrum qilishi mumkin.

Shuning uchun ham o'smirlar orasida homiladorlikdan saqlanish vositalarini keng targ'ib qilish davr talabidir.

Bu borada o'ylanmay qilingan ishning oqibati yomon bo'lishini o'smir qizlar yaxshi eslab qolishlari uchun akusherlik va ginekologiya fanida batafsil ma'lumot berilgan bo'lishiga qara-

masdan abortlar va bepushtlik haqida qisqacha ma'lumot berishni maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz.

O'z-o'zidan va sun'iy abortlar bilan bog'liq bo'lgan asoratlarning oldini olish va davolash

Leri S. Liskin ma'lumotlariga ko'ra rivojlanayotgan mamlakatlar kasalxonalaridagi 4-70%gacha onalar o'limiga g'ayriqonuniy abortlar asorati sabab bo'lishi ta'kidlanadi. Kasalxonadan tashqarida bir nechtalari o'lib ketayotgan bo'lishi mumkin, u haqda hech qayerda qayd etilmaydi.

Ular haqida ham ma'lumot to'plansa agar bu ko'rsatkich ancha yuqori bo'lishi mumkin.

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

Shu nuqtayi nazardan mutaxassislarning diqqat-e'tibori sun'iy abortga nafaqat oilani, tug'ilishni rejalashtirishning jarrohlik usuli sifatida, balki murakkab tibbiy muammo deb qaratilishi lozim. Chunki abort oqibatida ayollar jinsiy a'zolarida va ichki sekretiya bezlarida og'ir asoratlarni sodir bo'lishi, bu esa o'z navbatida markaziy nerv tizimiga ta'sir etishi, bepushtlik keltirib chiqarishi mumkin. Shu sababdan tibbiy xodimlarning (akusherkaning) oldida to'rgan asosiy vazifalar quyidagilardan iborat:

- 1) tibbiy abortlar asoratini o'z vaqtida aniqlash va davolash maqsadida mijozlarga tegishli maslahatlar berish;
- 2) abortlar asorati bo'lgan taqdirda o'smirlarni davolashga doimo tayyor turish yoki ularga malakali shifoxonaga yo'llanma berish;
- 3) o'smirlarni kontrasepsiya haqidagi axborotlar bilan ta'minlash, kerak bo'lganda xizmat ko'rsatish.

Abortdan keyingi kuzatiladigan asoratlari:

- infeksiya tushishi;
- homila to'qimasi qoldig'i qolib ketishi;
- qon ketishi;
- abort qilinishiga qaramasdan ba'zan uni chala qilinishi natijasida homiladorlik rivojlanaverishi;
- bachadon bo'yni va tanasining shikastlanishi;
- qo'shni a'zolar shikastlanishi (siydik pufagi, ichaklar);
- og'riqsizlantirish uchun qo'llanilgan dorilarga nisbatan allergiya yuzaga kelishi yoki uning toksik ta'siri.

Asoratlarni davolash

Infeksiya tushganda unda qorin va chanoq sohasida og'riq, 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 davolanadi.

Agarda ahvoli uncha og'ir bo'lmasa, klinik belgilari kuchli rivojlangan bo'lmasa, ambulatoriya sharoitida antibakterial dori vositalar qo'llanib, davolanadi. Albatta iloji boricha qindan surtma olib, kasallik chaqiruvchi makroorganizmning turi va u qaysi antibiotik yoki antibakterial dori vositasiga sezgir ekanligi aniqlanib, keyin antibiotik qo'llaniladi. Qinga vanna, poroshokli purkama, mazli tamponlar qo'yish yo'li bilan davolanadi.

Agarda kasallik og'ir kechadigan bo'lsa, unda bemorlar albatta ginekologik shifoxonada yotqizilib, antibakterial davo, suyuqliklar qo'yish (infuzion davo), simptomatik davo o'tkaziladi. Bu haqda ginekologiya kitobida ushbu mavzuda batafsil ma'lumot berilgan.

Ekstragenital kasalliklarda kontrasepsiyani qo'llanilishi

Oxirgi 10 yillik davomida olimlar erishgan yutuqlari tufayli, kontrasepsiya usullarining xavfsizligi va samarasi oshdi.

Kontrasepsiya usulini tanlash faqatgina uning istalmagan homiladorlikni samarali oldini olishiga bog'liq bo'lmay, balki ushbu usulning to'g'ri qo'llanilishi va mavjud bo'lgan patologiyaga ta'siri bilan ham ahamiyatlidir. Ma'lum bir usulni ko'zda tutganda, xavfli omillarni baholash zarur. Agarda ayol anamnezida bir necha kasalliklar mavjud bo'lsa va bu kasallik ayol salomatligiga jiddiy xavf solsa, u holda kasallik kechishiga ta'sir etuvchi preparatlar o'zgartiriladi.

JSSST tomonidan kontrasepsiya afzalligi to'g'risida tibbiyot kriteriylari ishlab chiqilgan bo'lib, bu kriteriylarni aynan tibbiy patologiyasi bor ayollarga qanday kontraseptivlarni buyurishni hisobga oladi.

Bunday guruhga ekstragenital kasalligi bor ayollar kiradi. Bunday ayollarga mos keladigan usul tanlanayotganda, kasallik o'rnini, usul mohiyati va ayol xohishini e'tiborga olish zarur.

Surunkali pielonefrit, siydik-tosh kasalligi, surunkali kechuvchi gepatit, qandli diabet, qalqonsimon bez kasalliklari O'zbekistonda uchraydigan ekstragenital patologiyalar orasida yuqori salmoqli o'rinni egallaydi. Bunday ayollarni homilador bo'lishi, ular salomatligiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Shunga ko'ra ular "yuqori xavf" guruhiga kiritilgandir.

Surunkali pielonefrit, siydik-tosh kasalligi, surunkali gepatit bilan xastalangan ayollarda homiladorlikdan saqlovchi kontraseptivlarni tanlash juda jiddiy masaladir, chunki O'zbekistonda, ayniqsa, Qoraqalpog'iston va Xorazmda bu patologiya ko'p uchraydi. Pielonefrit rivojlanishiga ayol jinsiy a'zolarining anatomiyasi va funksional xususiyati, siydik yo'llari urodinamikasidagi o'zgarishlar sabab bo'ladi.

Ma'lumki ayol uretrasi erkak uretrasiga qaraganda qisqaroq va kengroq, shuning uchun ayollarda qovuq va siydik yo'llari o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklari ko'p uchraydi.

Buyrakda yallig'lanish jarayonlari bo'lgan ayollarda BIVni qo'llash ko'tariluvchi infeksiya rivojlanish xavfini yuzaga keltiradi. Bunga sabab, siydik ajratish tizimining xususiyati va patologik mikrofloraning bo'lishidir.

Anamnezida pielonefrit, gepatit bo'lgan ayollarda tizimli ta'sirdan holi bo'lgan va gepatotoksik ta'siri bo'lmagan kontraseptivlarni qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bularga quyidagi kontraseptivlar kiradi:

1. **Sof progestinli tabletkalar (mini-pili).** Har kuni tanaffussiz qabul qilinadigan turli preparatlarning kichik dozasi, bachadon bo'yni shilliqli ajralmasini quyushtashishi hisobiga yuqori kontraseptiv samarani beradi. Bular: Mikrolyut, Ekslyuton, Ovrett va boshqalar.

2. **Spermitsid xususiyatga ega bo'lgan mahalliy kontraseptivlar.** Ular qin shamchalari, krem, ginekologik tabletkalar va tamponlar ko'rinishida chiqariladi. Mahalliy kontraseptivlar tarkibiga kiruvchi ximik moddalar qonga va ona sutiga o'tmaydi. Ular xavfsiz bo'lib, hattoki yangi tuqqan ayollarga ham buyurish mumkin.

Kamqonlik bilan kasallangan fertil yoshdagi ayollarga mos kontraseptivlarni tanlash ginekolog shifokorining asosiy vazifalaridan hisoblanadi.

BIV ishlatilgan ayollarda hayz davrida ketadigan qon ko'payishini hisobga olib, kamqonligi bo'lgan ayollarga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarini inobatga olgan holda buyuriladi. Tez-tez homilador bo'lish, tug'ruq, hayz davrida uzoq vaqt va ko'p qon yo'qotadigan, ko'p tug'uvchi ayollarda temir yetishmovchiligiga, ya'ni yashirin temir yetishmovchilik holatiga olib keladi.

Estrogen miqdori kam bo'lgan aralash tarkibli kontraseptivlar (Rigevidon, Mikroginon, Diane) va "mini-pili" (Ekslyuton, Mikrolyut) larni ishlatganda hayz davridagi qon ketishi kamayadi. Qondagi qizil tanachalarni ko'payishi tasdiqlandi. Olib borilgan tekshirishlar va kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki, ichiladigan gormonal kontrasepsiyalarni ikkilamchi kamqonligi bo'lgan va ko'p tug'uvchi ayollarga tavsiya etish mumkin.

Uzoq ta'sir etuvchi gormonal kontraseptivlarni foydali xususiyatlaridan biri – hayz davrida qonning kam ketishidir. Depo-Provera va Noresteratdan foydalanilganda qonning qizil tanachalari ko'payadi.

Kontraseptivlarni tanlashda, yurak qon-tomir tizimining holati inobatga olinishi kerak. Nisbiy qarama-qarshiliklar bo'lgan ayollarga progestinli kontraseptivlarni individual tanlash zarur.

Bular surunkali tromboflebit, gipertoniya kasalligi, revmokardit, tug'ma va paydo bo'lgan yurak nuqsonlari bo'lgan ayollardir.

Gormonal kontrasepsiya ta'sirida renin-angiotenzin tizimi aktivlashadi. Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarda estrogenlar miqdori oshgan sari tranzitor gipertoniya bo'lgan ayollarda arterial gipertenziya rivojlanish xavfi oshadi.

Tajribalardan aniq bo'ldiki, estrogeni kam miqdorda bo'lgan kontraseptivlar (Mikroginon, Diane, Tri-regol, Rigevidon, Marvelon) qonning quyulish va yurak qon-tomir tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Gipertenziya bo'lgan ayollarda gestogeni kam dozali va uzoq ta'sir etuvchi kontraseptivlarni qo'llanilsa, xavflar kamayadi. Kontraseptiv vositalarini tanlashdan oldin ayol fenotipi so'zsiz inobatga olinishi kerak.

Kontraseptiv vositalarini tanlash jarayonida "yuqori xavfli" ayollar guruhiga me'da-ichak kasalligi, xomsemiz ayollar, anamnezida oldingi homiladorlik davrida gestoz bo'lgan ayollarning kirishini esda tutish zarur. Gormonal kontraseptivlarni tanlashda qo'shimcha laborator tekshirishlardan foydalanish lozim (qon ivishi, bilirubin, lipidlar tarkibi, qondagi qand miqdori). Ekstragenital kasalligi bo'lgan va BIVga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan ayollarga estrogeni bo'lmagan gormonal kontraseptivlarni (Ekslyuton) yoki ineksion preparatlari – Depo-Provera, Noresterat tavsiya qilinadi. Bu preparatlar oshqozon sekretsiyasi ta'sirida o'zgarmaydi, glukozaga tolerantlikni oshirmaydi, me'da-ichak tizimi faoliyatiga ta'sir ko'rsatmaydi. Shuning uchun gastrit, oshqozon yarasi, kolit, qandli diabet kasalliklarida samarali qo'llash mumkin.

Gormonal preparatlarni jinsiy a'zolar patologiyasini davolashdagi o'rni

Hayz kelish faoliyatining buzilishi – bachadondan disfunktsional qon ketishlari (DMK) – gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimida (GGTT)gi o'zaro funktsional aloqasini o'zgarishi natijasida kelib chiqadi.

Odatda, ovulator (ikki fazali) va anovulator (bir fazali) qon ketish bo'ladi. Ovulator qon ketishlar ikki fazali hayz davrida,

lekin qisqargan yoki uzaygan fazalarda yuzaga keladi. Bunda hayz ko'p, uzoq vaqt bo'ladi, funksional diagnostika testlari kechki yoki kuchsiz lyuteinizatsiyani ko'rsatadi. Anovulator qon ketish hayzni sekretor fazasi yo'qligi bilan ifodalanadi. GGTTda o'zaro ta'sir o'zgarishi bo'lgan reproduktiv faoliyati saqlangan ayollarda bachadon mushaklarini qisqartiruvchi, gormonal davo gemostatik davosini o'tkazgandan so'ng ichiladigan aralash tarkibli gormonal kontraseptivlarni qo'llashni davom ettirish zarur. Bularni buyurishdan maqsad endokrin "tinchlik"ni yaratish, keyinchalik GGTT faoliyatini tiklashdir.

Preparatlarni tanlashda, ayolni yoshi, organizm rivojlanish xususiyatlari, fenotipi ko'zda tutilishi zarur. Reproductiv yoshdagi ayollar (18-45 yosh) ga aralash tarkibli kontraseptivlar asosan sxema bo'yicha hayz davrining 5-kunidan 21 kun davomida ichiladi. Gormonal kontrasepsiyani davolovchi xususiyatlarni inobatga olib, ularni 4-6 oy davomida buyurish mumkin va bu nafaqat endokrin tizimi rehabilitatsiyasiga emas, balki endometriy shilliq qavatidagi tiklanishiga olib keladi. Homiladorlikdan saqlanish maqsadida gormonal kontraseptivlarni ushbu toifadagi ayollarga asoratlarni yuzaga kelishini inobatga olib, uzoq davr mobaynida qo'llash tavsiya etilmaydi (amenoreya ko'rinishidagi gipertormozlanish sindrom). Gormonal kontraseptivlarni to'g'ri qabul qilish qoidasiga amal qilish bachadondan disfunktsional qon ketishni, istalmagan homiladorlikni oldini oladi va bu ayol salomatligini saqlashga olib keladi.

Odatda, ichiladigan kontraseptivlarni ichishdan to'xtatilishi reproduktiv tizimini, hayz faoliyatining tiklanishiga olib keladi.

- Homilasi tushib qoladigan ayollarda aralash kontraseptivlarni tavsiya etishdan oldin uning yoshi, somatik statusi, fenotipi hisobga olinishi kerak.

Preparatlarni qo'llash davomiyligi 8 hayzdan kam bo'lmasligi shart, shu davrda reproduktiv tizimining rehabilitatsiyasi bo'ladi.

- Jinsiy infantilizm va tuxumdon faoliyati yetishmovchilik belgilari bo'lgan ayollarda estradiol miqdori yuqori bo'lgan

ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlarni tavsiya etish mumkin (Ovidon, Neoginon va boshqalar).

- Androgenlar ta'siridagi o'zgarishlar bo'lgan ayollarga (girsutizm, akne) estrogen tutuvchi preparatlar buyuriladi (Diane, Marvelon, Anteovin, Regulon, Novinet).

BIVni qo'llashga qarshi ko'rsatmalardan biri bo'lib, jinsiy a'zolar kasalligi hisoblanadi, shuning uchun bu toifadagi ayollarga bemavrud homiladorlikdan saqlanishning samarali usullarini tanlash muhim masaladir. Ushbu toifadagi ayollarga estrogen va progesterin miqdori turlicha bo'lgan kontraseptivlarni 10-12 oy davomida tavsiya etish zarur. Bu davr jinsiy a'zolarini yallig'lanishidan tiklanish davri hisoblanadi.

Odatda, preparatlarni ichishni bekor qilingandan so'ng, yallig'lanishga qarshi qo'shimcha davo qilinmagan holda kasallikning o'tkir va surunkali bosqichlardagi belgilar batamom yo'qolib ketadi. Bu umumiy ahvolning yaxshilanishi va og'riq kamayishiga olib keladi.

Adabiyot ma'lumotlaridan kelib chiqqan holda rivojlanmay qolgan homiladorlikdan keyin endometriyda retseptorlar sezuvchanligini tiklash maqsadida dezogestrel, gestoden, norgestrilarni buyurish juda samarali bo'ladi. Bu hol tuxumdon progesteron retseptorlariga yuqori darajada yaqinligi bilan tushuntiriladi. Kontrasepsiyani yuqori darajali samaradorligini, proliferativ va sekretor fazalarni qayta tiklashni ta'minlaydi.

Tajriba shuni ko'rsatadiki, rivojlanmay qolgan homiladorlik bilan asoratlangan homila tushishida uzaytirilgan gormonal kontrasepsiyalarni qo'llash endometriyni sekin-asta tiklanishiga olib keladi. Preparat yuborilishi to'xtatilganidan keyin reproduktiv tizimiga berilgan tinch holat va tug'ish faolligi Depo-Provera qo'llanilganda 4-5 oydan, Noresteratda esa 2-3 oydan so'ng tiklanadi.

Ma'lumki, endometriozning kelib chiqishi sabablaridan biri bu GGTTdagi o'zgarishlardir. Bir qator ayollarda homiladorlik homila tushish xavflari bilan o'tadi va 15-25% homila tushishi bilan tugaydi. Gormonal kontrasepsiyani davolash maqsadida ishlatilganda

proleferatsiya protsesslarini tezlashuvi va endometriyda sekretor o'zgarishlar ro'y beradi. Tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, sintetik progestinlarni uzoq vaqt davomida ishlatilganda kasallikning asosiy belgilari bachadonning shilliq qavatida bartaraf bo'ladi. Shundan ko'rinadiki, aralash turdagi kontraseptivlar va sof progestinli kontraseptivlarni ayol fenotipiga qarab tanlash lozim.

Gormonli davoni oddiy sxema bo'yicha (hayzning 5 kunidan 21 kunigacha) 8-12 ta hayz davomida buyuriladi. Aralash kontraseptivlarni ichishni 1-2 oy oralatib, yana ichish zarur. Kasallik belgilari bartaraf bo'lganidan keyin bu (og'riq, qorin pastida og'riq, qonli chiqindilar – qindan va boshqalar) davolash oralig'i 3-4 oyga cho'ziladi.

Ko'pchilik ayollarda aralash kontraseptivlar ichish to'xtatilgandan so'ng homiladorlik va tug'ruq asoratsiz kechadi.

Gormonal kontraseptivlarning reproduktiv a'zolarida o'smalar kelib chiqishiga ta'siri

Amaliyot shifokorlari va ko'plab ayollarda gormonal kontraseptiv vositalarni qo'llash uchun asoslanmagan xavf mavjud. Bu xavfni asosan ular gormonli kontraseptiv vositalarning reproduktiv a'zolarining va sut bezlarining o'simtalarini keltirib chiqarishi mumkin bo'lishi bilan bog'lashadi. Ammo, oxirgi-yillar davomida o'tkazilgan izlanish va tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, gormonal kontraseptiv vositalarning reproduktiv a'zolarining o'simtalarigagina emas, balki gipotalamus va gipofiz tizimining o'simtalariga hech qanday ta'siri yo'q ekanligi aniqlandi. Masalan, oxirgi izlanishlar davrida gormonal kontraseptivlarning prolaktinomaning o'sishiga hech qanday ta'sir ko'rsatmagani aniqlandi. Buyuk Britaniyada o'tkazilgan tajriba natijasida aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni iste'mol qiluvchi ayollarda bachadon miomasining paydo bo'lish xavfi 17%ga kamaygani aniqlandi. Gormonal preparatlarni himoya qiluvchi samarasi asosan progestinlarning mexanizmi bilan bog'liq, chunki tarkibida gestogen dozasi oz bo'lgan kontraseptivlarni qo'llashda bunday holat kuzatilmagan.

Tuxumdon raki. E.M.Kaunisning (1992) 90-yillardagi ichiladigan kontraseptivlar va ginekologik o'smalarga bag'ishlangan adabiyot tahliliga asosan, ichiladigan kontraseptivlarni 1-yil davomida qabul qilish bu vositalarni ishlatmaydiganlarga nisbatan tuxumdon raki xavfini 40%ga kamaytiradi. Preparatlarning ichilishi to'xtatilgandan keyin ham bu samara keyingi 10 yil davomida saqlanib qoladi. Ichiladigan aralash tarkibli preparatlarni 10 yil davomida muntazam qabul qilish tuxumdon rakining rivojlanishini 80%ga kamaytiradi.

Endometriy raki. AQSHning milliy salomatlik instituti va kasalliklarni nazorat qilish markazi tomonidan o'tkazilgan tireoid gormonlar va rakni o'rganishga qaratilgan izlanishlar gormonli kontraseptiv vositalarni 12 oy mobaynida qo'llash endometriy raki xavfini 50%ga kamaytirganini isbotladi. Gormonlarning himoya qiluvchi samarasi preparatlarni ishlatish to'xtatilgandan keyingi 15-yil ichida ham saqlanib qoladi.

Bachadon bo'yni raki. Bachadon bo'yni raki va gormonli kontraseptivlarning o'zaro ta'siri haqidagi fikrlar bir xilda emas. Ko'plab mualliflarning fikricha, 10-yil mobaynida aralash tarkibli kontraseptivlarni ishlatish natijasida bachadon bo'yni rakining xavfi oshadi. Ammo bu holat ko'proq tartibsiz jinsiy hayot tarzini olib boruvchilar, jinsiy hayotga erta qadam qo'yganlar va jinsiy a'zolarining virusli kasalliklari bilan kasallangan ayollar orasida ko'proq uchraydi. Uzoq muddat davomida gormonal kontrasepsiya vositalarini qo'llovchi ayollarda-yilda bir marta bachadon bo'yni surtmalarining rakini aniqlashga qaratilgan skrinningini o'tkazish tavsiya etiladi.

Sut bezlarining raki. Yosh ayollarda uchrashi mumkin bo'lgan sut bezlarining raki va gormonal kontraseptiv vositalarning o'zaro bog'liqligi haqidagi ma'lumotlar hanuzgacha muammo bo'lib qolmoqda. Ba'zi tadqiqotchilarning fikricha, aralash tarkibli kontraseptivlar sut bezlarining xafvli o'simtalarining klinik kechishini kuchaytirishi mumkin ekan. Bizning regionda aralash tarkibli kontraseptivlar kam muddat davomida ishlatilayotgani uchun yuqorida ko'rsatilgan muammoga javob olish uchun katta tajriba kerak. Klinik amaliyotning ko'rsatishicha, har bir ayol o'zida bo'ladigan o'zgarishlarni erta qayd qilishi uchun sut bezlarini vaqti-

vaqti bilan tekshirtirib, hattoki xavf guruhlarida mammografiya ko'rigidan o'tish zarur.

Reproduktiv salomatlik bo'yicha xizmat ko'rsatuvchi muassasalarda infeksiyaning oldini olish

Tug'ish yoshidagi ayollarga reproduktiv salomatlik borasida xizmat ko'rsatuvchi dasturlarning asosiy maqsadi – turli infeksiyalarning (gepatit V virusi, VICH infeksiyasi va boshqalarni) faqat bemorlarga emas, balki tibbiyot xodimlari orasida va tashqi muhitga tarqalmasligini ta'minlashdir.

Infeksiyaning oldini olishning birinchi bosqichi – qo'lni yaxshilab yuvish va rezina qo'lqoplardan foydalanishdir. Qo'lni yuvish quyidagi muolajalar vaqtida bajarilishi kerak:

- bemorni ko'rikdan o'tkazish vaqtida;
- sterillangan qo'lqopni kiyishdan avval;
- zararlangan asbob-uskunalarni ushlagandan keyin;
- shilliq qavat, qonli va boshqa suyuq muhit bilan muloqatda bo'lgandan keyin;
- rezina qo'lqoplar yechilgandan keyin.

Tibbiyot xodimlari qo'llarini yuvish uchun davolash muassasalarining ma'muriyati barcha sharoitni yaratib, yetarli darajada sovun bilan ta'minlashi kerak.

Infeksiyaning oldini olishning ikkinchi bosqichi – teri va shilliq pardalarni operatsiyaga tayyorlash (BIV o'rnatish va olish vaqtida, ambulatoriya sharoitida bajariladigan kichik jarrohlik operatsiyalari) vaqtida bajariladi.

Teri va shilliq pardalarni zararsizlantirish quyidagicha bajarilishi kerak:

1. Aynan muolajadan avval teri ustidagi tuklarni qirmang, chunki bu holat infeksiya xavfini oshiradi, ayni vaqtda tuklarni kesish tavsiya etiladi.

2. Aseptik eritma qo'llashdan avval, bemordan uning bu eritmaga allergiyasi bor yoki yo'qligini so'rang.

3. Agar teri qatlami sezilarli darajada ifloslangan bo'lsa, aseptik eritma bilan artishdan avval sovunlab yuvib tashlang.

4. Terini aseptik eritma bilan zararsizlantirish vaqtida quyidagi eritmalaridan birini qo'llashingiz mumkin:

- biglukonat xlorgeksidinning 4%li eritmasi;
- 1-3%li yod eritmasi, undan keyin 60-90%spirt eritmasi (bu usulni shilliq qavatlarda qo'llash tavsiya etilmaydi);
- xlorgeksidin va yod nastoykasi (faqat teri qoplami uchun);
- sizning muassasangizda ishlatish uchun ruxsat berilgan boshqa eritmalar.

Bu maqsadda sterillangan qisqichlar yordamida paxtaga aseptik modda shimdirilib, yengil harakat bilan teri qoplami zararsizlantiriladi. Bunda jarrohlik tashrihi bajariladigan joydan tashqariga qarab, 12-20 cm masofagacha artiladi, aseptik moddaning terining chuqurliklarida yig'ilib qolishiga yo'l qo'ymang, chunki teri jarohatlanishi mumkin.

Terini ineksiyaga tayyorlash: Ineksiya qilish vaqtida (masalan, ineksiyali kontraseptivlarni qo'llashda) terini zararsizlantirish mijoz terisidagi mikroorganizmlarni bartaraf qilish va teri osti qatlamining yiring boylamasligi uchun bajariladi. Ineksiya qilishdan avval teri quyidagicha zararsizlantiriladi:

1. Aseptik eritma bilan artishdan avval terini ko'rinib to'rgan iflosliklardan tozalang.

2. Paxtaga shimdirilgan aseptik eritma yordamida aylana harakat bilan ineksiya qilinadigan joyni arting.

3. Ineksiya qilinguncha aseptik moddaning qurishini kuting.

Uchinchi bosqich – ishlatilgan asbob-uskunalarni zararsizlantirish. Bu bosqich quyidagi tartibda bajarilishi kerak:

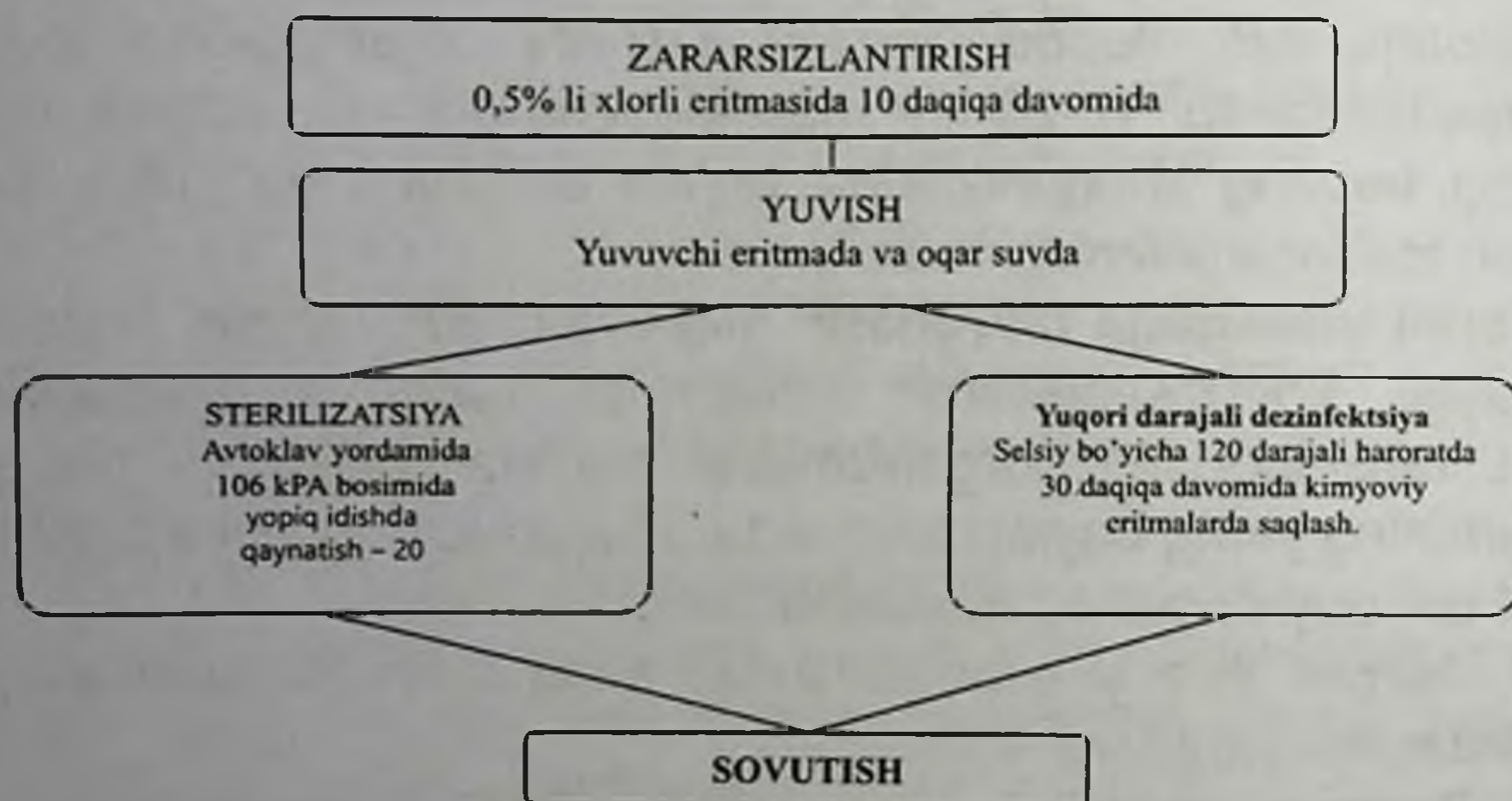
- chiqindilarni tozalash va zararsizlantirish;
- yuvish va chayqash;
- yuqori darajali dezinfeksiya.

Qanday muolaja bajarilishidan qat'i nazar, infeksiyani oldini olish bir qoidaga asosan bajariladi.

Muolaja tugagandan so'ng, shifokor yoki hamshira qo'lqop kiygan holda paxta, bir marta ishlatiladigan qo'lqoplar va boshqa

jismlarni maxsus suv o'tkazmaydigan konteynerga joylashi kerak.

Jarrohlik asbob-uskunalari va ignalar 10 daqiqa davomida zararsizlantiruvchi eritma ichiga solinadi (masalan, 0,5% xlor eritmasi). Stol va ginekologiya kreslosi 0,1% li xlor eritmasi bilan artiladi. Qayta ishlatiladigan asboblari yaxshilab sovunli yoki yuvuvchi eritma bilan yuvib tashlanadi va oqar suvda chayqaladi. Yuvish jarayoni bajarilgandan keyin barcha asboblari va qayta ishlatiladigan jismlar maxsus moslamalar yordamida sterilizatsiya qilinadi. Sterilizatsiya qilish uchun sharoit bo'lmagan joylarda qaynatish yoki kimyoviy dezinfeksiya eritmalarini qo'llash mumkin (2-sxema).



2-sxema. Asboblari va boshqa jismlarni qayta ishlash sxemasi.

Infeksiya profilaktikasining to'rtinchi bosqichi – chiqindilarni bartaraf qilishni to'g'ri bajarish, chunki bunda infeksiyaning mahalliy aholiga va klinika xodimlariga tarqalishiga yo'l qo'yilmaydi. Chiqindilar ikki xil bo'ladi: biologik muhit bilan muloqatda bo'lgan va xavf tug'dirmaydiganlar (qog'oz korobkalar, plastmassadan tayyorlangan idishlar). Biologik muhit bilan muloqatda bo'lgan chiqindilar mikroorganizmlar bilan zararlangan bo'lgani uchun noto'g'ri bartaraf qilinganda aholi va tibbiy xodimlar uchun xavf tug'diradi. Bularga yiring, siydik, qon va boshqa suyuqliklar bilan ifloslangan jismlar kiradi. Bunday chiqindilar aholi turar joylaridan

uzoq bo'lgan maxsus zararsizlantirish punktlariga olib borilib, yo'q qilinadi. Bunday ishni bajaruvchi xodimlar qo'llariga qalin rezinadan tayyorlangan qo'lqop kiyib ishlashlari talabga muvofiq bo'ladi.

O'quvchilar mutaxassis bo'lib yetishganlaridan so'ng mijozlar bilan ishlashda qulaylik yaratish maqsadida A.B.Yarqulov tahrir ostida chop etilgan «Kontraseptiv vositalarni ratsional qo'llash» risolasida keltirilgan ilovalar hamda AQSH Djon Xopkins universiteti qoshidagi JAPAEGO korporatsiyasi trenerlari tomonidan tayyorlangan, kontraseptiv vositalardan foydalanish bo'yicha qisqacha maslahatlar to'g'ridan to'g'ri keltirildi. Quyidagi ilovalarda ular bilan tanishasiz.

1-ilova

Kam dozali kontraseptivlar to'g'ri keladigan va to'g'ri kelmaydigan toifalar (Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti, 1996).

Holat yoki kasalliklar	Toi-fasi	Asoslash
Homiladorlik	4	Preparatlarning bittasi ham to'g'ri kelmaydi, biroq ular homilaga teratogen ta'sir ko'rsatadi, degan ma'lumot yo'q.
Chilla davri (bolani emizib boqilganda)		
1. Tug'ruqdan keyin 6 haftagacha	4	Tug'ruqdan keyingi dastlabki uch haftada estrogenlar tromb hosil bo'lish xavfini solishi mumkin. Steroidlarning ko'krak suti bilan chaqaloqqa o'tish xavfi bor.
2. Tug'ruqdan keyin 6 haftadan 6 oygacha	3	Bola emizib boqiladigan davrida preparatlarni ishlatish sutni kamaytirib qo'yishi mumkin.
Chilla davri (bola emizilmaydigan bo'lsa)		
1. 21 kungacha	3	Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar tromb hosil bo'lishini kuchaytiradi. Tug'ruqdan keyingi 3-haftaning oxiriga kelib qonning koagulatsion xususiyati, fibrinoliz asliga kelib qoladi.
2. 21 kundan keyin	1	

Abortdan keyin	1	Kontraseptivlarni abortdan keyin darrov ham, birmuncha vaqtdan keyin ham ishlatsa bo'laveradi.
Ayolning yoshi		
1. Menarxedan 40 yoshgacha	1	O'smirlik davrida preparatlarni ishlatish nazariy jihatdan olganda xavfli degan fikr ilmiy ma'lumotlar bilan tasdiqlangan emas.
2. 40 yoshdan keyin	2	Yurak-qon tomir kasalliklari xavfi ortadi.
Chekish		
1. 35 yoshgacha davrida	2/3	Chekish odamning har qanday yoshida ham yurak-qon tomirlar kasalligini kuchaytiradi.
2. 35 yoshdan keyingi davrda	3	Yoshi 35dan oshgan kashanda ayollar miokard infarkti, insult, tromboembolik asoratlarga uchrashi mumkin bo'lgan kishilar guruhini tashkil etadi. Ularning aralash tarkibli kontraseptivlarni ichishi tromb hosil bo'lishi xususida qo'shimcha xavf tug'diradi.
Arterial gipertenziya		
1) anamnezida gipertenziya bo'lsa	3	Gipertenziya sabablarini aniqlash tavsiya etiladi.
2) Arterial bosim 140/ 90gacha bo'lganda	2/3	Ichiladigan aralash kontraseptivlar arterial qon bosimini salgina oshiradi. Arzimas gipertenzivasi bor ayollarda boshqa dardlari bo'lmasa, ular aralash kontraseptivlardan foydalanishi mumkin, lekin arterial bosimni kuzatib borish kerak.
3) arterial bosim 160/100dan ortiq bo'lganda	3/4	Gipertenziya – yurak tomirlar kasalliklari boshlanishiga sabab bo'ladigan omildir. Aralash kontraseptivlar ishlatilganida bu kasalliklar xavfi ortadi.
4) tomir kasalliklari	4	Anamnezida gestozning og'ir xillari bo'lsa.
Tomir kasalliklari ham birga qo'shilmagan bo'lsa	1	Aralash kontraseptivlarni ishlatishga monelik yo'q.
Qandli diabet		
1) gestatsion diabet	1	Aralash tarkibli kontraseptivlarni ichish uchun monelik yo'q.

2) tomirlarga aloqador patologiya bo'lmasa	2	Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar uglevodlar almashinuviga ta'sir qilsa-da, asosan tomirga aloqador asoratlar xatar soladi.
3) diabet tomir patologiyasi bilan birga qo'shilib, 20-yildan beri davom etayotgan bo'lsa	3/4	Toifa ahvolining og'ir-yengilligiga qarab belgilanadi.
Chuqur venalar trombozi:		
1) o'pka arteriyasi tarmoqlarida ilgari tromboemboliya bo'lgan va hozir bor	4	
Sut bezi kasalliklari:		
1) o'smaning xili noma'lum bo'lganida	2	Reproduktiv yoshdagi ayollarda asosan xavfsiz o'smalar uchraydi, diagnostni aniq bilib olish zarur.
2) xavfsiz o'smalar	1	Ichiladigan aralash kontraseptivlar kasallikning o'tishiga ta'sir ko'rsatmaydi.
3) oila a'zolari o'sma kasalliklari bilan og'rib o'tgan bo'lsa	1	
4) ayolda ayni vaqtda o'sma bo'lsa	4	O'smalar gormonlarga sezgir bo'lganligi uchun kasallik zo'rayib boradi.
Bachadon bo'yni kasalliklari:		
1) bachadon bo'yni interepitelial neoplaziyasi (eroziyasi)	2	Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar kasallikni zo'raytirmaydi va malignizatsiyaga olib bormaydi.
2) bachadon bo'yni o'smasi	2	Nazariy jihatdan olganda ichiladigan aralash kontraseptivlar kasallikning kechishiga yomon ta'sir ko'rsatishi mumkin.
Endometriy va tuxumdonlar o'sma kasalliklari	1	Aralash tarkibli kontraseptivlar ichib yurilganida endometriy va tuxumdonlarda o'sma paydo bo'lish xavfi kamayadi.

Kichik chanoq organlarining yallig'lanishi kasalliklari	1	Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptivlar bunday kasalliklar paydo bo'lish xavfini kamaytirishi mumkin.
Hozirgi vaqtda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar borligi va ularning so'nggi uch oyda bo'lib o'tgani.	1	Kasallik usulni qo'llanishga monelik qilmaydi.
OIV infeksiya, OITS	1	Kasallik usulni qo'llashga monelik qilmaydi.
O't chiqarish yo'llari kasalliklari	2/3	So'nggi ma'lumotlarga qaraganda aralash kontraseptivlar bunday kasalliklarga arzimas darajada yo'l ochishi mumkin.
Virusli gepatit:		
1) faol xili	4	Aralash tarkibli kontraseptivlar metabolizmi jigarda o'tadigan bo'lgani uchun ularni ichib yurish kasallikni bir qadar og'irlashtirishi mumkin.
2) virus tashuvchanlik	1	
Qalqonsimon bez patologiyasi	1	Kasallik usulni qo'llashga monelik qilmaydi.
Bachadon fibromiomasasi	1	Ichiladigan kontraseptivlar miomani o'stirib yubormaydi.
O'roqsimon hujayrali anemiya	1	Shu kasalligi bor ayollar dardlarga chalinib qolishga, mayda tomirlari tiqilib qolishiga moyil bo'lishadi.
Temir tanqisligiga aloqador anemiya	1	Aralash tarkibli kontraseptivlarni ichib yurish hayz vaqtida ko'proq qon kelishiga sabab bo'lishi mumkin, preparatni cheklab qo'yishga zarurat yo'q.

Progestinli kontraseptivlar to'g'ri keladigan va to'g'ri kelmaydigan toifalar (JSST, 1996).

Holat yoki kasalliklar	Toifasi	Asoslash	
	SPT	IK	
Homiladorlik	4	4	Hech qanday kontrasepsiya uslubidan foydalanib bo'lmaydi.
Emizish davri:			
1) tug'ruqdan keyingi dastlabki 6 hafta ichida	3	3	Dastlabki 6 hafta davomida sut orqali o'tuvchi gormon moddasi chaqaloq jigariga salbiy ta'sir qilishi mumkin.
2) 6 haftadan keyingi davr	1	1	6 haftadan so'ng chaqaloq salomatligiga preparatlarning salbiy ta'siri aniqlanmagan, ajralib chiquvchi sut miqdoriga ham ta'sir qilmaydi.
3) emizmaydigan ayollar	1	1	Uslubdan bimalol foydalansa bo'ladi.
Abortdan keyin	1	1	Abortdan so'ng istalgan vaqtda foydalanish salomatlikka hech qanday ziyon yetkazmaydi.
Ayolning yoshi			
1) menarxedan 16 yoshgacha davrda	2	2	16 yashardan yosh ayollar usuldan foydalanganda, organizmida estrogen gormon kamayishi va organizm o'sishi susayishi mumkin.
2) 16 yoshdan katta ayollar	1	1	Uslubdan bimalol foydalanish mumkin.
Chekish	1	1	Uslubning har qanday yoshdagi ayollar uchun xavfi yo'q.
Arterial gipertenziya:			
1) anamnezida ushbu kasallik bo'lganlar	2	2	Qon bosimining keskin o'zgarishlari kuzatilmagan.

2) qon bosimining 140/90dan 170/110gacha bo'lgan ko'rsatkichlari	2	2	Tomir devorlariga ushbu kontraseptiv moddalarning salbiy ta'sir ko'rsatishi isbotlanmagan.
3) tomir xastaliklari	2	3	
Anamnezida og'ir kechgan gestoz	1	1	Preparatlardan foydalanish cheklanmaydi.
Diabet:			
1) homiladorlik davrida aniqlangani	1	1	Progestinli kontraseptiv moddalar organizmdagi uglevod almashinuviga juda oz ta'sir ko'rsatadi, lekin tomirlarda asorat paydo bo'lish xavfini tug'dirmaydi.
2) insulinga aloqador bo'lmagan, asoratsiz ko'rinishlari	2	2	
Ineksiya qilinadigan progestinlar yog' almashinuviga salbiy ta'sir ko'rsatishi va shu bilan, buyrak kasalliklarini kuchaytirishi mumkin.			
3) insulinga aloqador bo'lgan asoratli ko'rinishi	2	3	
Anamnezida va ayni davrida yuza va chuqur qon tomirlarning kengayishi (varikoz)	1	1	Qon ivish kuchaymaydi, shuning uchun mazkur kasallik asoratlarini keltirib chiqarmaydi.
Yurak ishemiya kasalligi	2	3	Estrogenlar kamayishi munosabati bilan yuqori zichlikdagi lipoproteidlar kamayadi.

Bosh miyada qon aylanishining o'zgarishi	2	3	Yuqori zichlikdagi lipoproteinlarning kamayishi asoratlar keltirib chiqarishi mumkin.
Yurak klapanlarining kasalliklari	1	1	Qon ivishi kuchaymaydi va tromblar hosil bo'lishi xavfi yo'q.
Bosh og'rig'i:			
1) yengil og'riqlar	1	1	
Uslubdan ehtiyotkorlik bilan foydalanish tavsiya etiladi.			
2) o'choqli og'riqlar va migren	2	3	
Qindan sababsiz qon ketish hollari			Sababi aniqlanmaguncha uslubdan foydalanish tavsiya etilmaydi.
Sut bezlarining xastaliklari:			
1) xavfiz o'smalar			
1			
1			
Kontraseptivlarni ishlatish bularga ta'sir qilmaydi.			
2) xavfli o'smalar	4	4	O'smalar gormonlarga nisbatan sezuvchan bo'lganligi uchun uslubdan foydalanish tavsiya etilmaydi.
Bachadon bo'yni eroziyasi	2	2	Uslubdan foydalanish eroziyani kuchaytirishi juda kam kuzatiladi.
Bachadon bo'yni raki	2	2	Kasallikni kuchaytirmaydi
Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi (hozir va avval)	1	1	Progesterinli kontraseptiv moddalardan foydalanish cheklanmaydi.

Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar	1	1	Kontraseptivlarni qabul qilishga monelik yo'q.
OITS	1	1	Kasallikning kechishi va kontraseptivlarni qo'llashda hech qanday bog'liqlik yo'q.
Jigar xastaliklari:			
1) aktiv kechuvchi gepatit	3	3	Gormonlarning jigarga ko'rsatadigan ta'sirini nazarda tutgan holda preparatlardan foydalanish cheklanadi.
2) virus tashuvchilar	1	1	Progestinlarning jigarga salbiy ta'siri kuzatilmagan.
3) jigar sirrozi	3	3	Gormonlarning jigarga ta'sir qilish natijasida kasallik zo'rayishi mumkin.
4) jigar o'simtalari	3	3	Preparatlardan foydalanish kasallik zo'rayishiga olib keladi.
Bachadon miomasi	1	1	Preparatlardan foydalanish miomani kattalashtirmaydi.
Qalqonsimon bez kasalliklari	1	1	Preparatlardan foydalanish hech qanday o'zgarishlar keltirib chiqarmaydi.
Temir tanqisligiga bog'liq va gipoplastik kamqonlik	1	1	Preparatlardan foydalanishda cheklanish tavsiya qilinmaydi.
Epilepsiya	1	1	Preparatlardan foydalanish kasallikka ta'sir ko'rsatmaydi.

BIV to'g'ri keladigan va to'g'ri kelmaydigan toifalar

Holat yoki kasalliklar	Toi-fasi	Asoslash
Homiladorlik	4	Hech qanday kontrasepsiya usulini qo'llash tavsiya qilinmaydi.
TUG'RUQDAN KEYINGI DAVR (BOLA EMIZILISHI – EMIZILMASLIGIDAN QAT'I NAZAR): 1) 48 soatdan keyin yoki chilla davrida; 2) chilla davri tugaganidan so'ng.	3	BIVning siljish ehtimoli yuqori
	1	
3) tug'ruqdan keyingi septik asoratlar	4	Bachadon perforatsiyasi ehtimoli yuqori
Abortdan keyin: 1) birinchi uch oylik	1	Darhol o'rnatish mumkin, lekin BIV siljishi mumkin.
2) ikkinchi uch oylik	2	
Ayolning yoshi: 1) menarxedan 20 yoshgacha	2	Tug'magan ayollarda BIVning siljish yoki tushib qolish ehtimoli katta.
2) 20 yoshdan katta	1	
Chekadigan ayollar	1	BIVni ishlataversa bo'ladi.
Arterial gipertenziya	1	Kasallikning har qanday bosqichlarida uslubni qo'llash xavfli emas.
Diabet: anamnezida va ayni davrda	1	Usulni qo'llash cheklanmaydi.
Chuqur va yuzaki venalar trombozi	1	Usulni qo'llash cheklanmaydi.
Yurak ishemiyasi	1	Usulni qo'llash cheklanmaydi.
Insult	1	Usulni qo'llash cheklanmaydi.
Yurak klapanlarining kasalliklari	2	BIVni qo'llash mobaynida endokardit xavfi bo'lganligi uchun profilaktika chorasi sifatida antibiotiklar qabul qilish tavsiya qilinadi.
Bosh og'rig'i	1	Uslubni qo'llash cheklanmaydi.

Qindan qon ketish hollari: 1) oz miqdorda	1	BIV qon ketishni kuchaytirishi mumkin.
2) betartib va ko'p miqdorda	2	
Sababi noaniq qon ketish	4	Sababi aniq bo'lmagunicha BIVni o'rnatish tavsiya qilinmaydi
SUT BEZLARINING KASALLIKLARI: 1) xavfsiz o'smalar; 2) xavfli o'smalar.	1	Uslubni qo'llash cheklanmaydi
	1	
Bachadon bo'yni eroziyasi	1	Eroziyani ko'paytiradi degan xavf yo'q.
Bachadon bo'yni raki	4	Qon ketish va qo'shimcha infeksiya rivojlanishining xavfi yuqori.
Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi:	2	
1) anamnezda		
2) ayni vaqtda yoki oxirgi 3 oy ichida	1	Yallig'lanish kuchayib, butun organizmga ta'sir ko'rsatishi mumkin.
Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar:		
1) ayni vaqtda	4	
2) kasallikni yuqtirib olish xavfi katta bo'lganda	3	
Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish xavfi yuqori		Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning yuqish xavfi past bo'lsa, kichik chanoq a'zolarining surunkali yallig'lanishi borligini tekshirish kerak.
OIV infeksiyasi OITS	3	Ketadigan qon miqdorining ko'payishi kasallikning zo'rayishiga olib keladi
Jigar xastaliklari (aktiv gepatit, sirroz va o'smalar)	1	Usuldan foydalanish kasallikning kechishiga ta'sir ko'rsatmaydi.
Bachadon miomasi va bachadon rivojlanishining anomaliyalari.	1	Bachadon bo'shlig'ining deformatsiyalari BIVni o'rnatish paytida muammolar tug'diradi.
Kamqonlik	2	Usulni qo'llash jarayonida qon ketishning ko'payishi asosiy kasallikning kuchayishiga olib kelishi mumkin.

Sil: 1) jinsiy a'zolardan tashqari ko'rinishi	1	Qon ketish va qo'shimcha infeksiya rivojlanish xavfi yuqori.
2) kichik chanoq a'zolarida	4	

III QISM. XVII BOB. GINEKOLOGIYADA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

Amaliy ko'nikma va muolajalar ro'yxati

1. Dezinfeksiyalovchi eritmalarni tayyorlash.
2. 10%li xlorli ohak eritmasini tayyorlash algoritmi.
3. Pulsni aniqlash.
4. Arterial bosimni aniqlash.
5. Ko'zgular yordamida tekshirish.
6. Qo'l bilan qin va bachadonni tekshirish.
7. Qusganda birinchi yordam ko'rsatish.
8. Muskul orasiga ineksiya qilish.
9. Vena ichiga ineksiya qilish.
10. Vena ichiga dori moddalarini tomchilab yuborish uchun sistemani yig'ish.
11. Qon guruhini aniqlash.
12. Gemoglobin miqdorini aniqlash.
13. Umumiy tekshirish uchun siydik yig'ish.
14. Ginekologiya bo'limiga qabul qilingan bemorni sanitariya qayta ishlovidan o'tkazish.
15. Ginekologik bemorni ko'zdan kechirish.
16. Ayolning tashqi jinsiy a'zolarini ko'zdan kechirish.
17. Ginekologik bemor ayolning tana haroratini o'lchash.
18. Ko'zgular yordamida tekshirish.
19. Ayolni qin orqali ikki qo'l yordamida (bimanual) tekshirish.
20. Spermatogramma uchun sperma yig'ish.
21. Qin epiteliyasi sitologiyasini aniqlash.
22. Qin epiteliyasi sitologiyasini baholash (Kolpositogramma).
23. "Qorachiq" fenomenini aniqlash.
24. "Qirqbo'g'in" simptomini aniqlash.
25. Gormonal holatni aniqlash uchun qindan surtma olish.

26. Qinning tozalik darajasini aniqlash uchun qindan surtma olish.
27. Qinning tozalik darajasi va uni aniqlash.
28. Qinga vanna qilish.
29. Qinga malhamli tamponlar qo'yish.
30. Suzakni aniqlash uchun surtma olish.
31. Ishlatilgan asboblarni sterillashga tayyorlash.
32. Ko'krak bezini mustaqil tekshirish.
33. Kolposkopiya.
34. Sitologik tekshirish uchun bachadon bo'ynidan bosma surtma olish.
35. Bachadon bo'ynidan biopsiya olish.
36. Gisterosalpingografiya va uning o'tkazilishi.
37. Bachadon bo'shlig'ini zondlash.
38. Diagnostika maqsadida bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olish.
39. Ayollarda bazal haroratni o'lchash.
40. Bachadon ichi vositasini bachadon bo'shlig'iga kiritish.

Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari.

Qabul qilingan bemorni sanitariya qayta ishlovdan o'tkazish

Sanitanya qayta ishlovi kasalxonaning qabul bo'limidagi filtrda o'tkaziladi.

Hamshira bemor ayollarda sanitariya qayta ishlovini va parvarish vositalarini tayyorlashdan boshlaydi. Sanitanya qayta ishlovi uchun hamshira quyidagi ishlarni amalga oshiradi.

- qo'llarini yuvib, qo'lqop kiyadi;
- bemorning oyoq va qo'llaridagi tirnoqlarini oladi;
- qo'ltiq ostidagi tuklarni bir martalik usturada olib tashlaydi;
- steril suyuq sovunda namlangan tampon yordamida qov sohasi artiladi va qovdagi tuklarni qirib tashlanadi;
- ayolni dush qabul qilishi uchun sharoit yaratiladi;
- bemor artinib, ko'ylak kiyishi nazorat qilinadi.

Qabul qilinayotgan ayolning teri qoplamlari ko'zdan kechiriladi. Tana harorati, puls, arterial qon bosimi, bo'yi hamda vazni aniqlanadi. Boshi tekshiriladi, shundan so'ng qin orqali ko'rish va tashxis qo'yish uchun ko'ruv xonasiga o'tkaziladi.

Ginekologik bemorni ko'zdan kechirish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) obyektiv tekshirishning mohiyatini;
- 2) tana tuzilishining me'yoriy darajasini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Ginekologik bemorni umumiy ko'zdan kechirishni:

Muolajaning bajarilishi:

1. Ginekologik bemordan o'rnidan turishi so'raladi. Uning tana tuzilishiga e'tibor beriladi (normostenik, giperstenik, astenik).

2. Dastlab ayolning bo'yi o'lchanadi.

3. So'ngra skelet suyaklaridagi nuqsonlarga: oyoq, qo'l suyaklariga, umurtqa pog'onasining va ko'krak qafasining holatiga, shakliga va Mixaelis rombining shakliga e'tibor beriladi.

4. Dumdug'aza sohasida Mixaelis rombini aniqlashda – ginekologik bemorni tik turg'izgan holda, chanoqning orqa yuzasi ko'zdan kechiriladi. Agar romb to'g'ri burchak shaklida bo'lsa, nuqsonsiz chanoq hisoblanadi.

5. So'ngra ayolning tana terisi tozaligi, toshmalar bor-yo'qligi, yuzida, sut bezi so'rg'ichi atrofida, qorin devorining oq chizig'i sohasida qoramtir dog'lar bor-yo'qligi tekshiriladi.

6. Sut bezlarining to'lishgan-to'lishmaganligi ko'zdan kechiriladi

7. Ayolning yuzida, qornida, oyoqlarida shish bor-yo'qligi ko'zdan kechiriladi

8. Ginekologik bemorni qornining shakliga e'tibor beriladi.

9. Jinsiy a'zolarining yetukligi va tuk bilan qoplanganligi, qo'ltiq ostidagi tuklariga e'tibor beriladi.

10. Ayolning barcha ikkilamchi jinsiy belgilari mukammal ketma-ketlik bilan ko'zdan kechiriladi, so'ngra unga baho beriladi.



A) Ayollar sut bezi



b) Ayol tashqi jinsiy a'zolari.

17.1-rasm.

Ginekologik bemor ayolning tana haroratini o'lchash

O'quvchi bilishi kerak:

Tana haroratini o'lchashni.

Kerakli jibozlar:

Termometr, sovun, salfetka, soat, harorat varaqasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Termometr silkitilib, 36° ga va undan pastga tushiriladi.
2. Qo'ltiq sohasi quritib artiladi.
3. Termometr bemorning qo'ltiq ostiga joylashtiriladi.
4. Ayolning qo'li bukilgan holda ko'kragiga qo'yiladi.
5. 5 daqiqadan so'ng termometr olinib, simob ko'rsatkichdan raqam belgilab olinadi.
6. Olingan natija tibbiy hujjatga qayd qilinadi.
7. Termometr sovun bilan zararsizlantirilib, quruq salfetskada artiladi va banka ichiga joylab qo'yiladi.



a) termometr



b) o'tirgan holatda o'lchash

17.2-rasm.

Arterial bosimni o'lchash

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) arterial bosimning hosil bo'lish mexanizmini;
- 2) arterial bosimning o'zgarib turish sabablarini;
- 3) qon bosimi kotarilib ketganda yordam korsatishni.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) tonometrni ishlatishni;
- 2) bemorni to'g'ri o'tqizishni;
- 3) arterial bosimni o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar: Tonometr. Apparat Riva-Rochi.

Fonendoskop.

Homiladorlar individual kartasi yoki tug'ruq tarixi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor yotgan yoki o'tirgan holatda bo'ladi.
2. Bemorning o'ng qoli elkasigacha kiyimdan holi qilinadi.
3. Bemor qo'li karavotga yotgan yoki stulga o'tirgan holda kafti yuqoriga qilib qo'yiladi.
4. Tonometr manjeti havo yuborgich naychasi pastga qaratib olinadi.
5. Bemorening qo'lga tirsak bog'imidan 2-3 cm yuqoridan manjet sal bo'shroq qilib o'raladi.
6. Bemorning qo'lga tirsak bog'imidan elka arteriyasining urishi 2-3 barmoqlar yordamida topiladi.

7. Tomir o'rgan joyga fonendoskopni bosmasdan qo'yilib, eshituv naychasi quloqqa ulanadi.
8. Vintni berkitib balon yordamida manjetkaga havo yuboriladi.
9. Vint sekinlik bilan ochilib, havo chiqariladi.
10. Havo chiqarish bilan fonendoskopdan arteriya devorlaridan tomir urishi eshitiladi – bu sistolik bosim.
11. Keyinchalik havo chiqishi davomida tovushlar to'xtaydi – bu diastolik bosim.
12. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan qolgan joylaridagi sonlar yozib olinadi.
13. Vint to'liq ochilib, manjetka ichidagi havo chiqariladi.
14. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajratiladi.
15. Manjetka bemor bilagidan olinadi.



a) elektron tonometr



b) elektron tanometrda o'lchash

17.3-rasm. Arterial bosimni o'lchash.

Pulsni aniqlash

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) puls nimaligini;
- 2) pulsni aniqlash nuqtalarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Pulsni aniqlashni.

Kerakli anjomlar.

Sekundomerli soat, ruchka, tomir urishining grafik tasvirini qayd qiluvchi 004-shakl, varaqa.

Muolajaning bajarilishi:

1. Pulsni bilak oldi yuzasida barmoq asosida bilak arteriyasidan aniqlanadi.

2. Muskullar va paylar tarangligi paypaslashga halaqit bermasligi uchun ayolning qo'li bo'sh qo'yiladi.

3. Tekshiriluvchi ayolning qo'lini o'ng qo'lning barmoqlari bilan bilak – kaft bog'ini sohasidan bo'shgina ushlanadi va o'ng qo'l bilan tekshiriluvchining yuragi sathiga qo'yiladi.

4. Birinchi barmoqni tirsak tomoniga, 2-3-4 barmoqlar esa bilak tomonga qo'yiladi

5. Pulsatsiya qilayotgan arteriyani uchala barmoq bilan paypaslab, uni bilak suyagining ichki tomoniga bosiladi.

6. Tomir urishini kamida 30 sekund sanab, olingan raqam 2 ga ko'paytiriladi.

Eslatma: Pulsning sekinlashuvi bradikardiya, tezlashuvi taxikardiya deyiladi; pulsni chakka, uyqu va son arteriyalaridan ham aniqlash mumkin.



17.4-rasm. Pulsni aniqlash.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) bemor qinidan surtma olishni;
- 2) tozalik darajasini aniqlash uchun;
- 3) qin epiteliyasi sitologiyasi uchun;
- 4) gonokokklarni aniqlash uchun.

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril klyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
 2. Hamshira qo'lini yuvib, rezina qo'lqop kiyadi.
 3. Ginekologik kresloga steril klyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
 4. Ayol beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
 5. Tekshirish uchun bachadon bo'yni kanalidan, qinning oldingi yoki asosan orqa gumbazidan surtma olinadi.
 6. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
 7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo'yni kanalidan surtma olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
 8. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
 9. Ko'zgular qindan chiqariladi.
 10. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
 11. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.
- Eslatma: Homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: Qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas; surtma siyishdan oldin olinadi.



17.5-rasm. a) Qindan surtma olish

- 1) bachadon tubi; 2) siydik qopi; 3) qin daxlizi; 4) qin ko'zgusi;
- 5) orqa chiqaruv teshigi; 6) to'g'ri ichak.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) ayollarni ko'zgular yordamida tekshirishni;
- 2) kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka, tavaqali yoki qoshiqsimon ko'zgu, yassi ko'targich, rezina qo'lqop, 5%li xloramin eritmasi solingan idish va biks.

Muolajaning bajarilishi:

1. Hamshira qo'lini yuvib zararsizlantirgach, ikkala qo'lga rezina qo'lqop kiyadi.
2. Ginekologik kresloga steril kleyonka to'shaladi.
3. Yechingan holda ginekologik kresloga yotqiziladi.
4. Hamshira o'ng qo'lga qoshiqsimon ko'zguni oladi.
5. Chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan jinsiy lablar ochiladi.
6. Ko'zgu qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi.
7. Orqadagi ko'zguga parallel holda qinning oldingi devoriga yassi ko'targich ko'zgu kiritiladi va qinning oldingi devori ko'tariladi.
8. Ko'zgu kiritilgandan so'ng bachadon bo'yni va kanalining tashqi teshigi yaxshilab ko'zdan kechiriladi.
9. Ko'zgularni qindan chiqarib olishda qin devori, shilliq pardaning rangi, burmalariga e'tibor beriladi.
10. Ko'zgular qindan chiqarilib, 0,5%li xloramin eritmasida 5 daqiqa zararsizlantirilgach, yuvib quritiladi va biksga jovlanib, sterilizatsiyaga jo'natiladi.

Eslatma: Qinni ko'zgular bilan tekshirishda tavaqali, qoshiqsimon va silindrik ko'zgulardan foydalaniladi.



a) qin ko'zgulari; b) qinga ko'zguni kiritish.

17.6-rasm.

Ayollarni ikki qo'l bilan qin orqali (bimanual) tekshirish

O'quvchi bajarishi kerak:

Qin orqali ikki qo'l yordami (bimanual)da tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki bir martalik steril salfetka, 3%li xloramin eritmasi solingan idish, biks, rezina qo'lqop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Beligacha yechintirilib, steril kleyonka to'shalgan ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tekshiruvchi qo'llarini dezinfeksiyalovchi eritmada yuvib artadi va steril rezina qo'lqop kiyadi.
3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolar sohasi yuvilib, quritib artiladi.
4. Tekshiruvchi chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan ayolning jinsiy lablari keriladi.
5. O'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab kirgiziladi.
6. Bunda bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi, shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanib turadi.
7. Qinga suqilgan barmoqlar bilan chanoq tubi mushaklari, qin devorlari, qin gumbazlari, bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi tekshiriladi.
8. Keyin o'ng qo'lning barmoqlari qinning oldingi gumbaziga o'tkaziladi.

9. Chap qo'lining barmoqlari esa qorin devori orqali bachadon tanasi topilib, bachadon tanasining katta-kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi aniqlanadi.

10. Qindagi barmoqlar qinning yon gumbazlariga o'tkazilib, chap qo'l va qindagi barmoqlar bilan bachadonning ortiqlari ikki yondan paypaslanadi.

11. Qindagi qo'llar sekin-astalik bilan chiqariladi.

12. Qo'l oqar suvda yuvilib, qo'lqop ag'darib yechiladi.

13. 3%li xloramin eritmasida 30 daqiqaga qoldiriladi.

Eslatma: 1. Tekshirishdan oldin qovuq va to'g'ri ichak bo'shatilgan, jinsiy a'zolar sanitariya ishlovidan o'tkazilgan bo'lishi kerak. 2. Qin orqali tekshirishda aseptika, aptiseptika qoidalariga rioya qilish shart.



a) ayolni ginekologik kresloga yotqizish va qin kuzgularni kiritish



b) bimanual tekshirish

17.7-rasm.

QINNING TOZALIK DARAJASINI ANIQLASH UCHUN QINDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bajarishi kerak:

- bemor qinidan surtma olishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril klyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
2. Hamshira qo'lini yuvib, rezina qo'lqop kiyadi.
3. Ginekologik kresloga steril klyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
4. Ayol beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
5. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
6. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: Surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas, surtma siyishdan oldin olinadi.

A) Qinning tozalik darajasi.

Tozalikning I darajasi. Epiteliy hujayralari bilan qin tayoqchalari ko'rinib turibdi.

Tozalikning II darajasi. Epiteliy hujayralar, qin tayoqchalari, yakkam-dukkam leykotsitlar va comma variabile ko'rinib turibdi.

Tozalikning III darajasi. Qin tayoqchalari kamroq, leykotsitlar, comma variabile, kokklar ko'proq.

Tozalikning IV darajasi. Qin tayoqchalari yo'qolgan. Leykotsitlar ko'p. Kokklar va trichomonas vaginalis birtalay.

QINNING TOZALIK DARAJASI VA UNI ANIQLASH

Qinning shilliq qatlamida bezlar bo'lmaydi. Lekin qon va limfa tomirlaridan suzib chiqadigan suyuqlik sekret ajralib turadi. Odatda, u oqimtir rangda kam miqdorda, maxsus hidga ega bo'ladi va qinni namlab turadi. Jinsiy yetuklik davrida qin ajralmasi kislotali muhitda bo'ladi. Buning sababi sog'lom qinda bo'lgan qin basillalari (Dederleyn tayoqchalari) hayot faoliyati ta'sirida ayollarda qin epiteliyalarida bo'lgan glikogenlardan sut kislotasi ishlab chiqiladi.

Qinda hosil bo'lgan sut kislotasi qin basillalari va qin shilliq pardasiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi, aksincha qindagi patogen mikroorganizmlarni o'limiga olib keladi.

Shunday qilib sog'lom, yetuk ayollar qinida o'z-o'zini tozalash jarayoni kechadi. Shunga qaramasdan sog'lom ayollar qini ajralmasida shartli ravishda patogen hisoblangan mikroorganizmlar (stafilokokk, streptokokk, enterokokk, ichak tayoqchasi) yashaydi. Qulay sharoit bo'lishi bilan (shamollash, qin devorlarining jarohatlanishi), ya'ni organizmning himoya kuchi pasayishi zahotiyoq ular yallig'lanish kasalligini chaqirishi mumkin.

Shuning uchun ham qinning tozalik darajasini bilishimiz lozim.

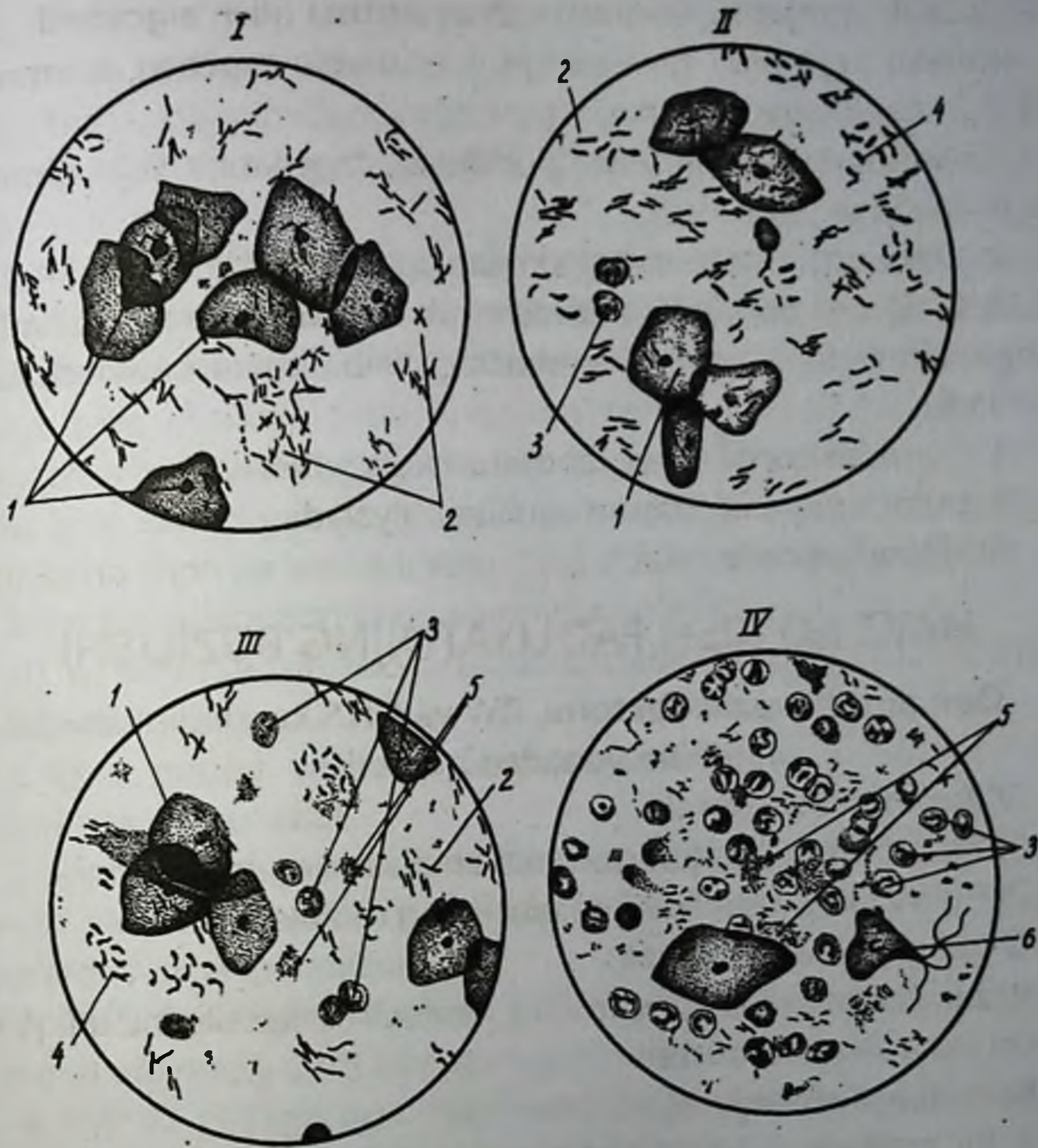
Mikroblar florasining xarakteriga qarab, qin tozaligining to'rt darajasi tafovut qilinadi.

Tozalikning birinchi darajasi: qindan olingan ajralmada faqat Dederleyn tayoqchalari – qin basillalari va epiteliya hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashamaydigan sog'lom qizlarga xos.

Tozalikning ikkinchi darajasi: qin ajralmasida qin basillalari uncha ko'p emas, ko'plab epiteliya hujayralari va onda-sonda leykotsitlar uchraydi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashaydigan sog'lom ayollarga xos.

Tozalikning uchinchi darajasi: qinda qin basillalari ham, turli xil mikroblar va ko'plab leykotsitlar uchraydi. Reaksiyasi kuchsiz ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a'zolarning surunkali yallig'lanish kasalliklariga xos.

Tozalikning to'rtinchi darajasi: qin basillalari umuman yo'q, juda ko'p miqdorda patogen mikroorganizmlar, hattoki trixomonos va boshqalar, leykotsitlar – yiringli ajralma. Reaksiyasi ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a'zolarning o'tkir yallig'lanish kasalliklariga xos.



17.8-rasm. Qin suyuqlig'ining tozalik darajasi.

Tozalikning I darajasi. Epiteliy hujayralari (1) bilan qin tayoqchalari (2) ko'rinib turibdi. **Tozalikning II darajasi.** Epiteliy hujayralari (1), qin tayoqchalari (2), yakkam-dukkam leykotsitlar (3) va comma variable (4) ko'rinib turibdi. **Tozalikning III darajasi.** Qin tayoqchalari kamroq (2), leykotsitlar (3), comma variable (4), kokklar (5) ko'proq. **Tozalikning IV darajasi.** Qin tayoqchalari yo'qolgan. Leykotsitlar ko'p (3). Kokklar (5) va trichomonas vaginalis (6) birtalay.

Tozalik darajasini aniqlash uchun surtma olish algoritmi:

Kerakli anjomlar: ginekologik kreslo yoki tapchan, kornsang, paxtali sharik, buyum oynachasi.

1. Bemor beligacha yalang'ochlanib, tapchanga yoki ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Chap qo'lning barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi.
3. O'ng qo'l yordamida kornsangda ushlangan paxtali sharikni qinga kiritiladi va uning ajralmasi olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
4. Oynacha quritiladi va laboratoriyaga yuboriladi.
5. Laboratoriyada Gramm usulida bo'yaladi.
6. Mikroskopda ko'riladi.

HAYZ KO'RISH FAOLIYATINING BUZILISHI

Qon guruhi, rezus-faktorni, RW va OITS kasalligini aniqlash uchun venadan qon olish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) Rezus-faktor va qon guruhini aniqlashning mohiyatini.
- 2) Rw va OITS kasalligini aniqlashning mohiyatini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Rezus-faktor va qon guruhini, Rw, OITS kasalligini aniqlash uchun venadan qon olishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

1. Bir martalik 5-10 ml. shprits, igna, 96 gradusli spirt eritmasi, yostiqla, rezina jgut, steril paxta sharchalar, 5 ml. lik probirka, shtativ.

Muolajani bajarilishi:

1. Kerakli asbob va anjomlar tayyorlanadi.
2. Akusherka qo'llarini yuvib, zararsizlantiradi, rezina qo'lqop kiyadi va niqob taqadi.
3. Stulga otiradi yoki kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
4. Bo'g'imi venasini terisi spirt shimdirilgan sharik bilan surtib artiladi.

5. Tirsak bo'g'imi ostiga yostiqcha qoyiladi va qon stol yoki kushetkada yozilgan boladi.

6. Tirsak bo'g'imidan yuqoriroq yelkaning uchdan bir (1/3) o'rta qismiga rezina jgut venalar bo'rtib chiqadigan qilib bog'lanadi.

7. Akusherka shpritsga igna kiygizgach, o'ng qo'lga oladi, chap qo'li bilan bo'rtib chiqqan vena terisi ushlab, ignani 45 gradus burchak ostida sanchib, venaga tushgach, jgutni yechmasdan igna uchiga toza probirka tutib turadi va kerakli miqdorda qon olib bo'lgach, avval jgutni bo'shatib, so'ng ignani chiqaradi.

8. Igna sanchilgan joyga spirt eritmasidan surtib, 2-3 daqiqa steril paxta sharcha bosiladi yoki steril quruq bog'lam qo'yiladi.

9. Probirkadagi qon sekin shtativga qo'yiladi.

10. Yo'llanma yozib, tekshirish uchun laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma:

1. Qon guruhi va rezus-faktorni aniqlashga 5 ml. alohida probirkaga qon olinadi.

2. Rw Vasserman reaksiyasiga qon alohida probirkaga 5 ml. olinadi va zaxm kasalligini aniqlash uchun teri-tanosil dispanseri laboratoriyasiga jo'natiladi.

3. OITS kasalligini aniqlash uchun alohida probirkaga 5 ml. qon olib, markaziy OITS laboratoriyasiga jo'natiladi.

4. RW va OITSGa qon homiladorlik davomida 2 marta, ya'ni homiladorlikning 1 va 2-yarim davrida olinadi.

5. Qon tekshiruvi natijalari homilador ayolning maxsus varaqasiga yopishtiriladi.

6. Kasalliklar aniqlansa, vrach kerakli choralarni qo'llaydi.

7. Homilador ayolning rezus-faktori manfiy aniqlansa, erining rezusi musbat aniqlanganda bunday ayollar dispanser nazoratiga olib, davolanadi.



17.9-rasm. Venadan qon olish.

QON GURUHINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

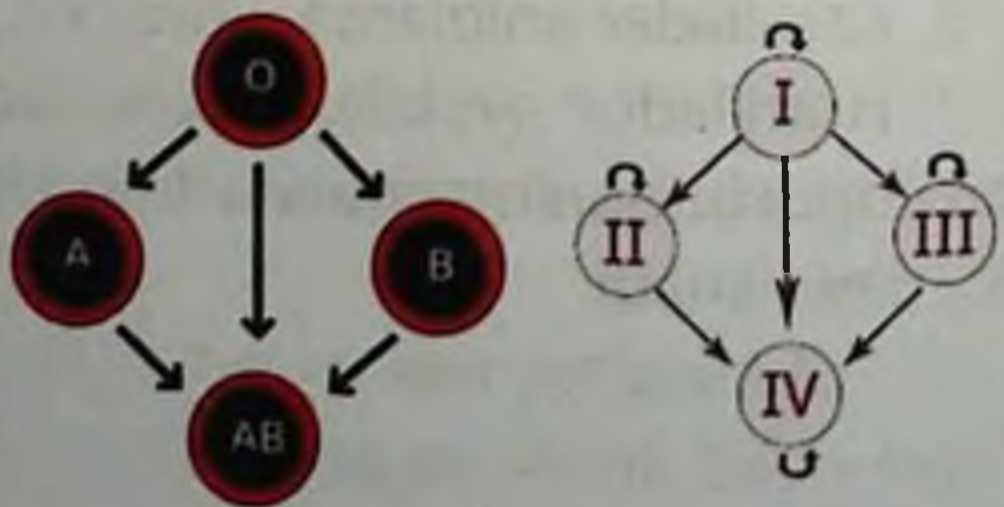
- 1) qon guruhini aniqlashdan maqsadni;
- 2) tekshirish natijalarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Ish joyini jihazlash va tayyorgarlik ishini.

Kerakli asbob-anjomlar:

Uchta qon O (I) A (II) B (III) guruhleri standart zardoblar, maxsus petri kosachasi yoki likopcha (oldindan qon guruhleri yozib qo'yilgan), shisha tayoqchasi, paxta, spirt, 0,85% natriy xlorid eritmasi, skarifikator.



17.10-rasm. Qon guruhleri.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Likopchaga har bir qon guruhi belgisiga tog'ri qilib 2 tomchidan standart zardob tomchilab tushiriladi.
2. Bemorning nomsiz barmog'i falangasining yumshoq qismi spirt bilan artiladi va quritilgandan so'ng unga skarifikator sanchiladi.
3. Barmoqqa skarifikator sanchilgandan so'ng birinchi qon tomchisi paxta bilan artib tashlanadi.
4. Undan keyin qon tomchilarini har bir qon guruhi ro'parasiga 2 tomchidan tomizib chiqiladi.
5. Qon tomchilari ustiga 5-10 tomchidan standart zardoblardan tomiziladi.
6. Ingichka shisha tayoqcha bilan bemorning qoni 1:10 nisbatda zardob bilan aralashtiriladi.
7. Keyin shisha tayoqcha yuvilib, quritiladi yoki har bir guruhga alohida shisha tayoqcha ishlatiladi va yana keyingi zardob tomchisiga qon tomiziladi.
8. Psevdoagglutinatsiyani bilish uchun 5 daqiqadan keyin bir tomchidan izotonik natriy xlorid eritmasi quyiladi, keyin esa reaksiya natijasi uzil-kesil baholanadi.

Tekshirish natijalarini baholash:

1. Eritrotsitlar agglutinatsiyasiga qarab qon guruhini aniqlab olinadi.
2. Eritrotsitlar agglutinatsiyasi mayda-mayda qizil donachalar paydo bolishidan ko'zga yaxshi ko'rinib turadi, bu donachalar asta-sekin bir-biri bilan qo'shilib, noto'g'ri shakldagi birmuncha yirik donalar yoki ipir-ipirlarga aylanib qoladi, bu holda zardob rangsizlanadi.
3. Agar agglutinatsiya ro'y bermasa, bu vaqtda aralashma bir tekis pushti rang bo'lganicha qolaveradi.
4. a) Uchta tomchilarda agglutinatsiya ro'y bermasa, qon birinchi guruh O (I) guruhga mansub;
b) A (II) belgida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), B (III) belgilarida agglutinatsiya sodir bo'lsa, qon A (II) guruhiga mansub;
d) B (III) belgisida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), A (II) belgilarida bo'lsa, qon B (III) guruhiga mansub;

e) agarda uchala O (I), A (II), B (III) belgilarda agglutinatsiya sodir bo'lsa, qon AB (IV) guruhga mansub.

Eslatma: Aniqlangan qon guruhi to'g'ri ekanligiga ishonch hosil qilish uchun bir vaqtning o'zida 2 standart zardob bilan aniqlanadi.

Bemorga quyiladigan qon va bemorning qon guruhi bir xil bo'lishi shart.

Gemoglobin miqdorini aniqlash

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) tahlil uchun qon olishni;
- 2) sali gemometridan foydalanishni;
- 3) qondagi gemoglobinni aniqlashning prinsiplari va bosqichlarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) qonni tahlil uchun olishni;
- 2) qondagi gemoglobinni Sali gemometri bilan aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Sali gemometri, skarifikator, Xlorid kislotaning 0,1% eritmasi, distirlangan suv, spirt, paxta, yodning spirtli eritmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Gemometrni darajalarga bo'lingan probirkasining belgisigacha 0,1% xlorid kislota eritmasidan quyiladi.
2. Pirobirkadan aniq 0,02 ml. qon olinadi va uni gemometr probirkasidagi eritma tubiga puflab tushiriladi.
3. Pipetkani probirkadan olmay turib, uni xlorid kislotasi bilan chayiladi.
4. Probirkani chayqatib, undagi suyuqlik yaxshilab aralashtiriladi.
5. Aralashma 5-10 daqiqa qo'yib qo'yiladi.
6. 5-10 daqiqadan keyin tekshirilayotgan suyuqlik rangi standart eritmalar rangi bilan bir xil bo'lguncha distillangan suvdan tomchilab qo'shiladi.



17.11-rasm. Sali gemometri.

7. Xlorid kislotali gematin eritmasining balandligini shkalaning darajasi bo'yicha belgilanadi.

8. Olingan raqamni 10 ga ko'paytiriladi.

9. Bu raqamlar tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda ko'rsatib beradi.

ESLATMA: 1. Bu usul kalorimetrik prinsipga, ya'ni tekshiriladigan va standart eritmalar rangini taqqoslashga asoslangan.

2. Sali gemometri kulrang oynali shtativ va 3 ta probirkadan iborat. Probirkalardan 2 tasiga xlorid kislotali gematinning standart eritmasi qo'yilgan va og'zi berkitilgan bo'ladi.

3. Gemometrning 3-darajalarga bo'lingan probirkasida tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdori aniqlanadi.

4. Gemometming darajalarga bo'lingan probirkasi 100 ml. qondagi gemoglabin miqdorini grammlarda, ya'ni NBning konsentratsiyasini gramm (%) ko'rsatadigan 1 ta shkalaga olingan raqamlarni SI sistemasi birligiga (g, 1) o'tkazish uchun uni 10 ga ko'paytirish zarur.

Umumiy tekshirish uchun siydik yig'ish algoritmi

O'quvchi bajarishi kerak: Umumiy tekshirish uchun siydik yig'ishni.

Kerakli jihozlar: Laboratoriyaga yo'llanma, rezina qo'lqop, tuvak, paxta, dokali tampon, bemorni tagini yuvish uchun kerakli ashyolar, hajmi 100 mldan kam bo'lmagan toza, og'zi keng flakon.

1. Bemorning tekshiruv maqsadi va muolaja maqsadi tushuntiriladi.

2. Laboratoriyaga yo'llanma, rezina qo'lqop, tuvak, paxta, dokali tampon, bemorni tagini yuvish uchun kerakli ashyolar, hajmi 100 ml.dan kam bo'lmagan toza, og'zi keng flakon tayyorlanadi.

3. Qo'l yuviladi va quritiladi.

4. Qo'lqoplar kiyiladi.

5. Bemorning tagi yuviladi.

6. Toza quruq tuvak beriladi.

7. Bemordan tuvakka siydik chiqarishi so'raladi.

8. Tayyorlangan idishga (flakonga) 100-150 ml. li siydik (peshob) solinadi.
9. Idishga yo'llanma yopishtiriladi.
10. Qo'lqoplar yechilib, zararsizlantiriladi.
11. Flakondagi siydik laboratoriyaga olib boriladi,
12. Siydik tahlili shu kuni yoki ertasiga olinadi.
13. Siydik tahlili kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Yo'llanma nusxasi

Klinik

Laboratoriya _____

Siydikni umumiy tekshirish uchun

I.Sh.O.

Yoshi _____ millati _____

Bo'lim. _____

Bemor xona № _____ sana " _____ " _____ 20 ____ yil

_____ hamshira imzosi

SPERMOGRAMMA UCHUN SPERMA YIG'ISH

Ko'rsatma: erkaklardagi bepushtlik.

Muolajani bajarish algortimk

1. Tekshirishdan avval erkak kishi 5-7 kun davomida jinsiy aloqa qilmasligi ogohlantiriladi, shuningdek, spirtli ichimliklar

qabul qilish mumkin emas (prezervativlardan ham foydalanish man etiladi, chunki uning tarkibidagi talk spermatozoidlar harakatchanligini susaytiradi).

2. Spermalarni tekshirish uchun er va xotin birgalikda taklif qilinib, jinsiy aloqa to'xtatilib, sperma suyuqligi toza va quruq idishga olinadi.

3. Laboratoriyaga yo'llanma bilan yuboriladi.

Eslatma:

1. Sperma suyuqligi yig'iladigan idish iliq bo'lishi kerak.

2. Laboratoriya tekshirishigacha bo'lgan vaqt 1 soatdan oshmasligi kerak.

3. Spermatozoidlar harakatining 75%dan kam bo'lishi erkaklar bepushtligidan darak beradi.



17.12-rasm. Spermatozoidlar.

QIN EPITELIYASI SITOLOGIYASINI ANIQLASH

Ko'rsatmalar:

- hayz funksiyasining buzilishi (amenoreya, anovulator hayz sikli, gjpo, gipermenstrual sindrom);
- bepushtlik;
- jinsiy a'zolar gipoplaziyasi.

Tekshiruv maqsadi: Ayol organizmi rivojlanishi, jinsiy yetuklik uchun zarur bo'lgan estrogen va progesteron gormonlari bilan ta'minlanish darajasini aniqlash.

O'quvchi bajarishi kerak:

- qin orqa gumbazidan surtma olishni;
- surtmani buyum oynachasiga surishni;
- surtmani quritishni;
- surtma olish uchun kerakli asboblarni jamlashni;
- surtmani laboratoriyaga yo'llanma yozib topshirishni;
- mikroskop orqali surtmani ko'zdan kechirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari (qoshiqsimon), kornsang, paxtali sharik, Folkman qoshiqchasi, bo'yoqlar (gemotoksilin, iozin, fuksin), spirt efir, mikroskop (emirson sistemali), buyum oynachalari.

Bajarish algoritmi:

1. Ayol beligacha yalang'ochlanib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar kornsang yordamida paxtali sharik bilan sovunli suvda artib tozalanadi.
3. Qoshiqsimon ko'zgular qinga kiritiladi va yordamchi qo'lga tutqaziladi.
4. Folkman qoshiqchasi bilan qinning orqa gumbazidan surtma olinadi.
5. Olingan surtma buyum oynachasiga surtiladi.
6. Ochiq havoda quritiladi yoki spirt va efir aralashmasi bilan fiksatsiya qilinadi.
7. Laboratoriyaga yo'llanma yozib, yuboriladi.

8. Laboratoriyada gemotoksilin va iozin yold fuksin bo'yog'ida bo'yaladi.

9. Bo'yalgan surtma ustiga 1 tomchi emirson yog' tomizilib mikroskop ostida ko'riladi.

10. Obyektivda ko'ringan qin epiteliyalari shakli, hajmi, yadrosining katta-kichikligiga qarab sanaladi va baho beriladi.

Eslatma: Qin devorining shilliq qavati bir necha qatlam qin epiteliyalaridan tarkib topgan:

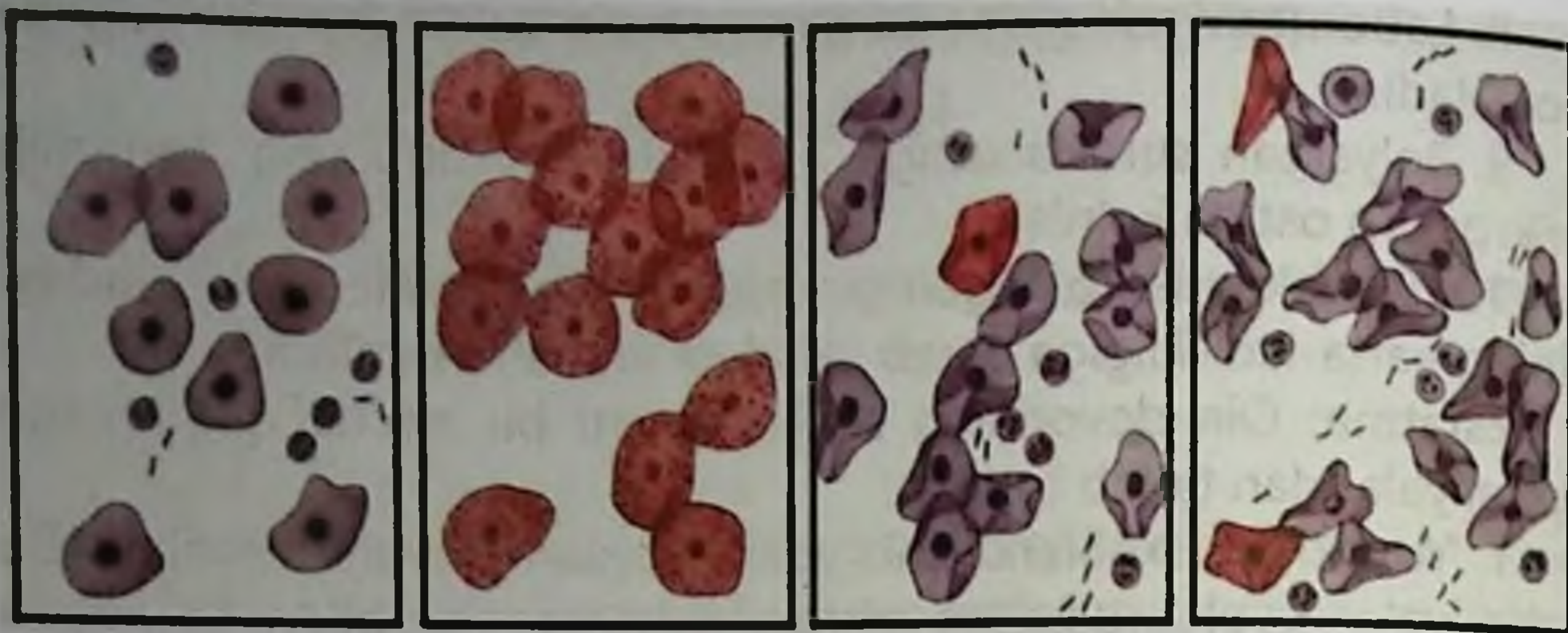
1. **Yuzaki** – sxohlanuvchi yoki sxohlangan epiteliyalar. Bu epiteliyalar ayol organizmi estrogen gormonlar bilan to'yingan paytda, ya'ni hayz siklining follikula rivojlanish fazasining oxirgi kunlari va ovulatsiya fazasiga xos.

2. **O'rtaliqda** – oraliq epiteliyalar, hajmi sxohlanuvchi epiteliyalarga nisbatan kichikroq, shakli urchuqsimon, uchburchaksimon, yadrosi kattaroq bo'ladi. Bu epiteliyalar hayz siklining sariq tanacha rivojlanishi fazasiga ya'ni organizm progesteron gormoni bilan to'yingan davrida rivojlanib yetiladi.

3. **Parabazal epiteliyalar qatlami**, shakli oval yoki yumaloq bo'lib, hajmi oraliq epiteliyalardan kichikroq, yadrosi esa kattaroq, to'rsimon. Bu epiteliyalar hali balog'atga yetmagan qizlarda kuzatiladi. Estrogen va progesteron gormonlari ta'sirida parabazal epiteliyalar yetilib, undan oraliq va sxohlanuvchi epiteliyalar hosil bo'ladi.

4. **Bazal epiteliyalar qatlami** eng chuqur, pastki qatlam hisoblanib, epiteliyalar shakli yumaloq, kichkina yadrosi esa nisbatan katta va to'rsimon bo'ladi. Bu epiteliyalar qiz bolalarda va ayol organizmida steroid (estrogen, progesteron) gormonlarning keskin yetishmasligida kuzatiladi.

Mikroskopda ko'rilgan yuzaki, oraliq, parabazal va bazal epiteliyalar miqdoriga qarab, ayol organizmining steroid gormonlar bilan to'yinganlik darajasi aniqlanadi.



17.13-rasm. Qin epiteliyasi sitologiyasi.

QIN EPITELIYASI SITOLOGIASINI BAHOLASH (KOLPOSITOGRAMMA)

Estrogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavatli silliq epiteliyasida sxohlanish jarayoni kechadi. Qanchalik estrogenlar miqdori ko'p bo'lsa, shunchalik kuchli rivojlangan sxohlanish jarayoni bo'ladi.

Organizmda estrogen gormonlar kamroq bo'lganda qinda oraliq epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Estrogenlar kam miqdorda bo'lsa (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoestrogenemiya), bazal parabazal epiteliyalar ko'p miqdorda bo'ladi. Sitologiyada qaysi epiteliy qay miqdorda bo'lishiga qarab, 4 xil tip – reaksiya tafovut etiladi.

I tip – surtmada asosan atrofiyalangan bazal epiteliyalar, leykotsitlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmda estrogen gormonlarining keskin yetishmasligida kuzatiladi (balog'atga yetmagan qiz bolalarda, menopauzada, tuxumdon gipofunksiyasida, amenoreya holatida uchraydi).

II tip – surtmada bazal, parabazal, ba'zan oraliq epiteliyalar va leykotsitlar uchraydi. Bu holat estrogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, minopauza davriga xos.

III tip – surtmada asosan oraliq epiteliyalari, onda-sonda sxohlangan epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda

estrogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

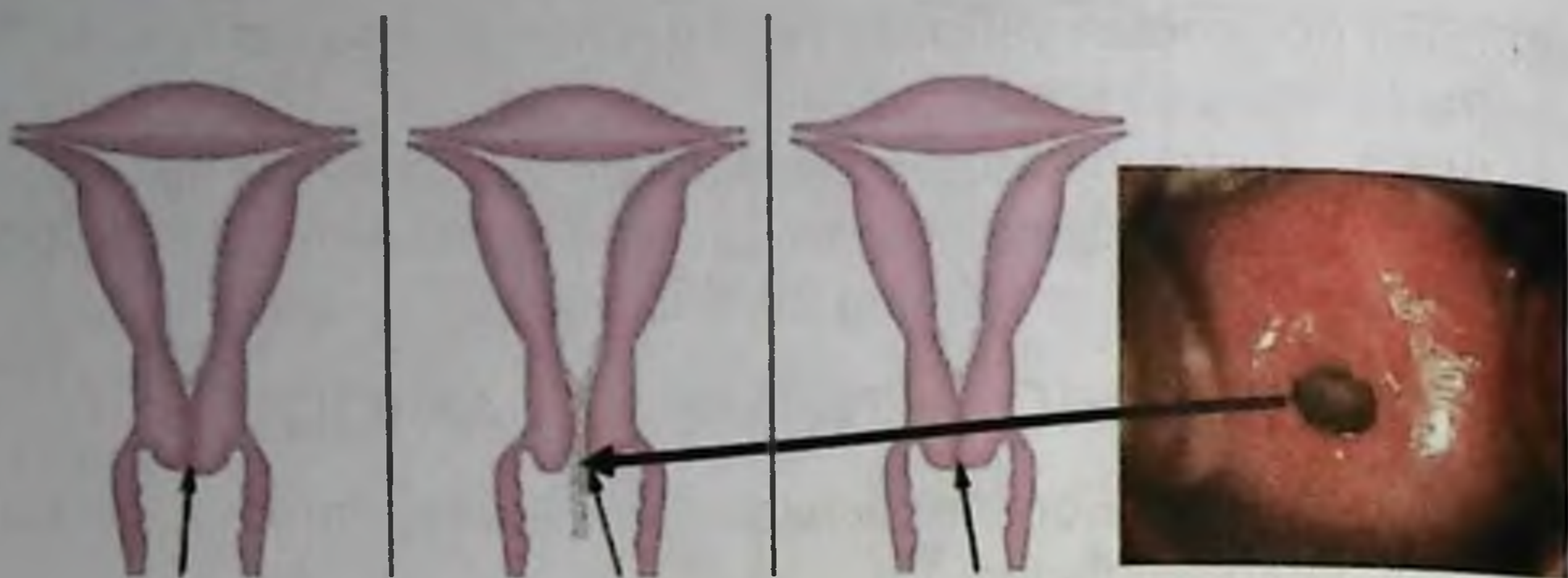
IV tip – surtmada asosan sxohlangan yuza qatlam epiteliyalari uchraydi. Bu holat estrogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikular fazasiga xosdir.

“QORACHIQ” FENOMENINI ANIQLASH

- “Qorachiq” fenomeni bachadon bo’yni kanalidan chiqayotgan shilliqqa qarab aniqlanadi.
- Menstrual sikl davomida kanalning tashqi teshigi kengayib, undagi shilliq miqdori ko’payib boradi.
- Ovulatsiya bo’ladigan vaqtlarda shilliq to’plami ko’z qorachig’ini eslatadi.
- Lyutein fazasining oxirida shilliq miqdori kamayib, kanalning tashqi teshigi kichrayadi va quruq bo’ladi.
- Ovulatsiya bo’lmagan vaqtda qorachiq simptomi yaxshi bilinmaydi yoki lunuman bo’lmaydi.

“Qorachiq” fenomenini aniqlash uchun bemor ma’lum kunlarda qabulga keladi va ana shu kunlarda bemor ginekologik kresloga yotqiziladi, qinga qoshiqsimon ko’zgu kiritilib, ko’zdan kechiriladi. Olingan natija “+” bilan ifodalanadi.

Agar bachadon bo’yni kanali odatdagidan 0,1-0,2 cmdan kamroq kengaygan, shilimshiq modda miqdori ko’payib, tiniqlashgan bo’lsa “+”, kanal tashqi teshigi 0,1-0,2 cm kengaygan bo’lsa “++” 0,3-0,4 cm kengaygan, shilimshiq modda bachadon bo’yni kanali tashqi teshigida ko’z qorachig’ini eslatib tursa “+++” deb belgilanadi, bu holat organizmning estrogen gormonlar bilan to’yinganligidan dalolat beradi va asosan ovulatsiya fazasida, ya’ni hayz siklining 13-14 kunlarida yorqin rivojlangan bo’ladi.



17.14-rasm Qorachiq simptomi.

“Qirg bo’g’in” simptomini aniqlash

- Hayz sikli davomida pinset yordamida yoki Braun shpritsi bilan servikal kanaldan shilliq olinadi va buyum oynasiga ehtiyotlik bilan surtiladi.

- Olingan surtma xona haroratida quritiladi.

- Mikroskop ostida kichik okularda ko’riladi. “Qirg bo’g’in” bargining ko’rinishini oladi.

- Bu ko’rinish ovulatsiya vaqtida aniq bilinib turadi.

- Ovulatsiya bo’lmagan vaqtda bunday o’zgarish aniqlanmaydi.

Olingan natija “+” belgisi bilan ifodalanadi. Ovulatsiya bo’lgan kunlarda “+++” bo’lishi kerak.

Hayz siklining dastlabki kunlarida bu simptom “Manfiy” bo’ladi, chunki ayol organizmida estrogen gormonlari hali yetarli bo’lmaganligi sababli, bachadon bo’yni shilimshig’i kam ishlab chiqiladi va kristallanmaydi.

Ovulatsiya kunlari yaqinlashganda (follikular faza oxirida) ayol organizmi yetarli miqdorda estrogen gormonlari bilan ta’minlanganda shilimshiq modda miqdori ko’payib, cho’ziluvchan, qovushqoq bo’lib, quritilganda kristallar ham bo’ladi va “Qirg bo’g’in” bargining shakliga kiradi yoki qattiq qish paytida deraza oynasidagi muzli shakllarni eslatadi. Shuning uchun bu simptom yoki fenomenni “Qirg bo’g’in” “Arborizatsiya” yoki “Kristallizatsiya” simptomi deb ataydilar.

Bundan tashqari bachadon bo'yni kanalidagi shilimshiq modda anatomik pinset yordamida olinib, uning uchlari sekinlik bilan kerilganda undagi shilimshiq necha cm gacha cho'zilishiga qarab, organizmning estrogen gormonlar bilan to'yinganligiga baho berish mumkin.

- Masalan: 6 cm gacha cho'zilib keyin uzilsa, "+" estrogen gormonlari kam miqdorda; 8-10 cm gacha cho'zilsa, "++" yetarli miqdorda, 15-20 cm gacha cho'zilsa, "+++" maksimal darajada estrogen gormonlar bilan to'yinganlik haqida xulosa qilinadi.

QO'LNI YUVISH USULLARI

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) qo'lni yuvishning ahamiyatini;
- 2) yuvuvchi eritmalarni tayyorlashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) tirnoqlarni kalta olish;
- 2) kerakli vositalarni tayyorlab olish;
- 3) qo'l yuvish usullarini.

Kerakli vositalar: Yuvuvchi eritmalar, steril rezina qo'lqop, yod nastoykasi, 0,5%li nashatir spirti, steril doka salfetka, spirt eritmasi.

Spasokukoskiy-Kochergin usuli

1. Emallangan tog'ora spirt bilan tozalanib kuydiriladi.
2. Tog'orachaga yangi tayyorlangan 0,5% 1 nashatir spirtini quyib, unda qo'l 3 daqiqa mobaynida salfetka bilan yuviladi.
3. Qo'l steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
4. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Fyurbringer usuli:

1. Qo'l tirsakka qadar iliq suv oqimi ostida 10 daqiqa sovunlab va cho'tkalab (ikki shotkada) yuviladi.

2. Qo'l steril safretka bilan quritiladi.
3. Spirt shimdirilgan paxta sharik bilan 3-5 daqiqa ishlov beriladi.
4. Yod nastoykasi bilan tirnoqlar ostiga, ten burmalariga ishlov beriladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Alfeld usuli

1. Qo'l tirsakka qadar 10 daqiqa davomida sovunlab, iliq suv oqimida steril cho'tka bilan (ikkita shotkada, har biri 5 daqiqadan) yuviladi.
2. Steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
3. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
4. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Eslatma: Qo'lni tozalashdan oldin tirnoqlar kalta olingan bo'lishi va maxsus asbob yordamida tirnoq ostidagi kirlar tozalanishi shart. Qo'l tozalangach, steril rezina qo'lqop kiyish tavsiya etiladi. Qo'lni quyidagi muolajalardan oldin tozalash shart:

- ayollarda qin orqali tekshirishdan oldin;
- tug'ruqni qabul qilishdan oldin;
- akusherlik va ginekologik operatsiyalarni bajarishda;
- yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ishlov berishda.



1

Qo'lingizni ho'llang

2

Suyuq sovundan
bir ikki tomchi tomizing

3

Kaflarni ko'pik paydo bo'lguncha kamida
15-20 soniya bir-biriga ishqalanadi.

4

Barmoqlarni bir-biriga qovushtirgan
holatda kaflar bir-biriga ishqalanadi.

5

Kaflarni ichki yuzalarini barmoqlar
orasiqa olib ishqalanadi

6

Qo'l barmoqlarini "Qul" ga olib har
bir barmoq uchlari ishqalanadi.

7

Chap qo'l bosh barmog'ini o'ng qo'lning
kafl bilan aylana harakatlarda
bilan ishqalanadi va aksincha.

8

O'ng qo'l barmoqlarini yiqqan holda chap
qo'l kafliga qo'yib, aylana harakatlarda
qilindi va aksincha

9

Qo'llar oqar suvda
yaxshilab chayiladi

10

Qo'llar sochiq bilan
yaxshilab quritiladi

11

Shu sochiq yordamida
kran o'chiriladi

12

Sizning qo'llaringiz endi toza

17.15-rasm. Qo'lni yuvish usullari.

Qo'lga antiseptik ishlov berish texnikasi

1. Yetarli miqdorda antiseptik vosita kaftga to'kiladi (taxminan bir choy qoshiq miqdorida).

2. Suyuqlik qo'lga yaxshilab ishqalanadi, asosan barmoqlarning orasi va tirnoq ostiga, suyuqlik quriguncha davom ettiriladi.

Antiseptik ishlov samarali bo'lishi uchun antiseptik vositani yetarli miqdorda ishlatish kerak.

Antiseptik vositalar qo'ldagi kir-chirlarni va biologik suyuqliklar tekkan bo'lsa, ularni yo'qotmaganligi sababli, qo'lni avval toza suv va sovun bilan yuvish kerak. Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan effektiv antiseptik eritmani tayyorlash ancha oson va qimmat emas.

Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan, asosida spirt bo'lgan antiseptik eritmani tayyorlash

Qo'l terisini ta'sirleydigan antiseptik eritma quyidagi yumshatuvchi moddalardan birini qo'yish yo'li bilan tayyorlash mumkin: gletsirin, propilengikol yoki sorbit.

2 ml. yumshatuvchi moddaga 100 ml. 60-90% etil spirti yoki izopropil spirt qo'shiladi.

Antiseptik ishlov berish uchun 5 ml. (taxminan bir choy qoshiq) eritmadan foydalaniladi va toza quriguncha (10-15 sekund) ishqalanadi.

Qo'lni mukammal yuvishning bosqichlari

1. Qo'l yaxshilab ho'llanadi.

2. Sovun bilan sovunlanadi antiseptik vosita shart emas.

3. Qo'lning hamma qismlari ayniqsa barmoqlarining orasi tirnoqlarning tagi yaxshilab, 10-15 sekund davomida ishqalanadi.

4. Qo'l yaxshilab chayiladi.

5. Qo'lni qog'oz salfetka bilan quritiladi va kranni yopish uchun o'sha salfetkadan foydalaniladi.

Qo'llar antiseptikasini quyidagi hollarda o'tkazish kerak

- kasalliklarga beriluvchan mijozlarni tekshirish yoki parvarishlashdan avval, masalan, chala tug'ilgan chaqaloqlar, keksa bemorlar, OITS bilan kasallangan bemorlar;
- invaziv muolajalarni bajarishdan oldin;
- kontakt yo'li bilan yuqadigan kasalliklar masalan, gepatit A, C va boshqalar bilan kasallangan bemorlar yotgan palatadan chiqqandan so'ng.

Muskul orasiga ineksiya qilish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) muskul orasiga ineksiya qilishga ko'rsatmalar va moneliklarni;
- 2) muskul orasiga ineksiya qilish mumkin bo'lmagan joylarni;
- 3) nojo'ya ta'sirlarni va asoratlarni;
- 4) muskul orasiga ineksiya qilish maqsadi.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) qo'lni zararsizlantirishni;
- 2) shpitslar va ignalarni yig'ishni;
- 3) shpitslarga dorilarni olishni;
- 4) bemor terisini tayyorlashni;
- 5) muskul orasiga ineksiya qilishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Sterilizator, shpitslar, ignalar 8-10 cm, paxta, spirt, kesgich, iliq suv, sovun, pinset, yuvuvchi eritma, yod.

Muskul orasiga ineksiya qilish algoritmi:

1. Hamshira qo'lini iliq suv bilan sovunlab, shotka yordamida yuvadi.
2. Spirtli paxta bilan qo'lning barmoqlar orasini va tirnoqlarni e'tibor bilan artiladi.
3. Ampulaning ingichka boshi spirtli paxtada artiladi.
4. Ampulaning bu qismi kesgichda kesilib, og'zi ochiladi.
5. Shpits yig'ilib, ong qo'lga olinadi, ikkinchi barmoq bilan mufta bosh barmoq va uchinchi barmoqda silindr, beshinchi barmoqda porshen ushlanadi.

6. Ampula chap qo'lga olinib, o'ng qo'ldagi shprints ignasi orqali dori so'rib olinadi.

7. Shprints ichidagi havosi chiqariladi.

8. Endi shprintsni ikkinchi barmoq porshenni, beshinchi barmoq muftasi, qolgan barmoqlar silindrni ushlaydi, o'ng qo'l bilan.

9. Chap qo'lda spirtli paxta olinib, ineksiya qilinadigan joy terisi artiladi, masalan: dumba hayolan 4 qismga bo'linadi va uning yuqorigi chetki qismiga ineksiya qilinadi.

10. Shprints bemor tanasiga nisbatan perpendikular, chaqqonlik bilan ignasi 7-8 cm kiritiladi.

11. Chap qo'lining bosh barmog'i bilan porshen itarilib, dori muskullar orasiga yuboriladi.

12. Dori tamom bo'lishi bilan igna kirgan joyga spirtli paxta qo'yilib, igna sug'urib olinadi.

13. Shprints va ignalar alohida ajratilib, yuvuvchi eritmaga solinadi.

Eslatma:

1. Ineksiyani shprintsdan ignani ajratib qilish mumkin emas.

2. Ineksiyani zarb bilan urib qilmaslik kerak.



a) Ayol chanog'i, dumba sohasi anatomiyasi



b) Dumbaning yuqori tashqi kvadrati

17.16-rasm.



v) In'eyksuya sohasini belgilab olish



g) Belgilangan joyga ignani kiritish

17.17-rasm.

Vena ichiga dori moddalarini tomchilab yuborish uchun sistemani yig'ish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) havo emboliasining oqibatini;
- 2) nojo'ya tasirida yordam ko'rsatishni;
- 3) tomchilatib yuborish uchun dori turlarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) sistemaning sterilligini va butunligini tekshirishni;
- 2) hamshiraning qo'lini tayyorlashni;
- 3) sistemani yig'ishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Shtativ, sistema (qisqich naychasi, ignalari, havo chiqargich naychasi, filtr), spirt, paxta, iliq suv, leykoplastir.

Sistemani yig'ish algoritmi.

1. Hamshira qo'lini iliq suvda sovunlab, shotka bilan tozalab yuvadi.
2. Sistema solingan polietilen paketini tashqarisidagi yozuvdan muddati va paketning butunligi tekshiriladi.
3. Shularga amin bolganidan so'ng paket boshi qaychi bilan kesib ochiladi.
4. Paket ichidan sistemani uzun naychasidan ushlab oladi.

5. Flakondagi kerakli dorini saqlash muddati, nomi tekshiriladi.
6. Flakondagi metall qalpoqcha ochiladi va rezina qalpog'i spirtli paxta yordamida artiladi.
7. Sistemaning filtrdan yuqoridagi ignasi qalpog'idan ochiladi va rezina qalpog'i orqali flakonga kiritiladi.
8. Havо chiqargich kalta naycha (vozdushka ignasi) ham qalpog'i ochilib, rezina qalpoqdan flakonga kiritiladi.
9. Flakon tubi yuqoriga ko'tariladi, bunday havо chiqargichning uchi flakonga yuqori qaratiladi va shtativga o'rnatiladi.
10. Filtr ostida joylashgan qisqich sekin ochib, filtrga yarmigacha suyuqlik to'ldiriladi, bunda sistema uchi yuqoriga ko'tarilgan bo'ladi.
11. Filtr yarmigacha suyuqlik to'ldirilgandan keyin sistema uchi pastga tushirilib, naycha bo'ylab havosiz suyuqlik jo'natiladi.
12. Suyuqlik sistema naychasi uchidagi ignadan chiqqanidan qisqich berkitiladi.
13. Flakon pastidagi filtrdan boshlab butun naycha bo'ylab havо pufakchalarining yo'qligi diqqat bilan tekshiriladi.
14. Havо yo'qligiga amin bo'lgandan so'ng igna qalpog'i yopiladi.
15. Paxtani spirtga botirib oladi va sistemani suyuqlik bilan bemor oldiga olib boradi.

Eslatma:

1. Hozirgi paytda bir marta ishlatiladigan sistemalar qo'llaniladi.
2. Ba'zida sistema naychasidan dorilar jonatish mumkin.
3. Dorili flakon ichida yot jismlar, cho'kmalar bo'lmasligi kerak.



a) ineksiya uchun kerakli jihozlarni tayyorlash



b) ampuladan dori vositasini shpritsga tortib olish



d) jgutni bog 'lash



e) paxta sharchasini spirtga ho'llab olish



f) ineksiya maydonini zararsizlantirish



g) venaga shprits bilan tushish



h) jgutni yechish



i) dori vositasini vena ichiga yuborish



j) ineksiya o'miga paxta sharchasini qo'yish



k) bilakni tirsak bo'g'imidan bukib qo'yib shpritsni tortib olish

17.18-rasm



17.19-rasm. Eritmani tomchilatib yuborish.

Qinga malhamli tamponlar qo'yish

O'quvchi bajarishi kerak:

- qinga malhamli tampon qo'yish uchun kerakli jihozlarni yig'ishni;

- qinga malhamli tampon qo'yishni.

Kerakli jihozlar: Ginekologik kreslo, qin ko'zgulari, pinset, korsang, steril tamponlar, steril qo'lqoplar.

Bajarish algoritmi:

1. Ayolga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Ayol beligacha yalang'ochlanib.
3. Steril salfetka to'shalgan ginekologik kresloga yotqiziladi.
4. Ayolning oyoqlari tizzalardan bukilib, ikkala oyoqlari ginekologik kresloning oyoq tutgichlariga qo'yiladi.
5. Hamshira qo'llarini zararsizlantirib, steril qo'lqoplarni kiyadi.
6. Tashqi jinsiy a'zolari antiseptik eritma bilan tozalaydi.
7. Qinga qin ko'zgulari kiritiladi.
8. Dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan qin chayiladi.
9. Steril tampon bilan quritiladi.
10. Dori moddasiga ho'llangan tampon korsangga qistirib, qin orqa gumbaziga kiritiladi.
11. Qindan ko'zgular chiqariladi.

12. 10-12 soatdan keyin ayolning o'zi tasmaning erkin uchidan tortib, tamponni qindan chiqarib tashlaydi.



17.20-rasm. Qinga tampon qo'yish.

Ishlatilgan asboblarni sterillashga tayyorlash

Ishlatilgan asboblarni nisbatan xavfsizroq holga keltiradigan jarayon (ya'ni, gepatit %, C va OITS virusi va boshqa mikroorganizmlarni kamaytiradi, lekin butunlay yo'qotmaydi).

Yuvish. Ishlatilgan asboblardan ko'zga ko'rinadigan chang, kir-chirlar, qon yoki organizmning boshqa biologik suyuqliklarni yuvib tashlash jarayonidir. Yuvishda toza sovun yoki yuvuvchi vositadan foydalaniladi. Yuvilgandan so'ng yaxshilab chayqab, quritiladi.

Sterilizatsiya. Yuqori bosimli bug' (avtoklav), quruq issiqlik (termostat), kimyoviy sterilizatsiya yoki radiatsiya bilan ishlov berish yo'li orqali barcha mikroorganizmlarni (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, parazitlarni) jumladan, bakterial endosporalarni ham yo'qotish jarayonidir.

Chuqur dezinfeksiya. Qaynatish, bug' yoki kimyoviy dezinfektantlar bilan ishlov berish orqali ba'zi bakterial endosporalardan tashqari barcha mikroorganizmlarni yo'qotish jarayonidir.

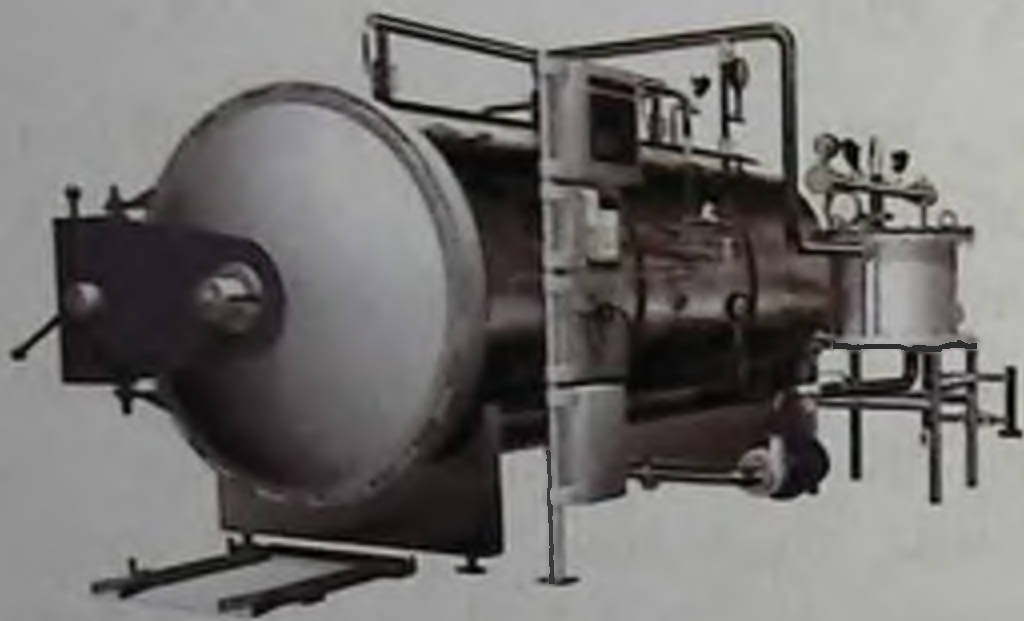


a) biks



b) avtoklavga qo'yish uchun tayyor biks

17.21-rasm.



a) avtoklav



b) avtoklavga joylashtirish

17.22-rasm.

Suzakni aniqlash uchun surtma olish

Suzakni chaqiruvchi mikroorganizm – gonokokklar jinsiy a'zolar va siydik chiqarish yo'llarining silindrik epiteliyalari hujayralari ichiga joylashgan bo'ladi. Bakterioskopiya va bakteriologik terish uchun siydik chiqarish kanali (uretra), bachadon bo'yni kanali, qin va to'g'ri ichakdan surtma olib, laboratoriyada tekshiriladi.

Uretradan surtma olish algoritmi:

1. Siydik yo'llaridagi gonokokklarni siydik yuvib ketmasligi uchun bemor surtma olishdan 1,5-2 soat oldin siygan bo'lishi kerak.

2. Tashqi jinsiy a'zolar va qinga kirish qismi fiziologik eritma yoki 2% borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharik bilan tozalanadi.

3. Chap qo'l barmoqlari bilan jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi atrofi spirt shimdirilgan paxta sharik bilan artiladi.

4. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i qinga kiritiladi va uret-raning orqa devori uqalanadi, agar sekret ajralmasa, ikki barmoq qinga kiritilib, siydik kanali uqalanadi.

5. Uretradan ajralib chiqqan suyuqlik (yiring) tarnovsimon zond yoki Folkman qoshiqchasi bilan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.

6. Surtma yonib to'rgan spirtovka ustidan tezlik bilan uch marotaba o'tkazib olib, fiksatsiya qilinadi.

7. Keyin uni laboratoriyada Gramm usulida bo'yaydi.

8. Mikroskop orqali tekshiriladi.

Bachadon bo'yni kanalidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalang'ochlanib yotqiziladi.

2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari (Sims ko'zgulari) qinga kiritilib, bachadon bo'ynining qin qismi ochiladi.

3. Paxtali tampon bilan (10% sodali eritma shimdirilgan) bachadon bo'yni artiladi.

4. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan bachadon bo'yni kanalidan tashqi teshikdan 0,5-1 cm ichkariga kiritilib, sekret olinadi va buyum oynasiga surtiladi.

5. Tezlik bilan spirtokada yonib to'rgan olov ustidan uch marta o'tkazib, fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Qinning orqa gumbazidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalang'ochlanib yotqiziladi.

2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari qinga kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi.

3. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan qinning orqa gumbazidan surtma olib, buyum oynachasiga surtiladi.

4. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

To'g'ri ichakdan surtma olish algoritmi:

1. Esmarx voronkasi 38-39°C li iliq fiziologik eritma bilan to'ldiriladi.
2. Bemor tapchanga beligacha yalang'ochlab, yonbosh qilib yotqiziladi.
3. Voronkaga ulangan rezina shlangdagi uchlikka (наконечник) vazelin surtiladi.
4. Uchlik to'g'ri ichakka 4 cm kiritilib, voronkaning krani ochiladi.
5. To'g'ri ichakka 60-80 ml. fiziologik eritma yuboriladi va krani, yopiladi.
6. Voronkaning uchligi to'g'ri ichakdan sug'irib olinadi.
7. Ichakdan qaytib chiqqan suyuqlik maxsus idishga buyrak-simon laganchaga, stakanga to'planadi.
8. Pinset bilan suyuqlik ichidagi shilimshiq modda yoki yiring ushlab olinadi va buyum oynachasiga surtiladi.
9. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Trixomoniazga surtma olish algoritmi:

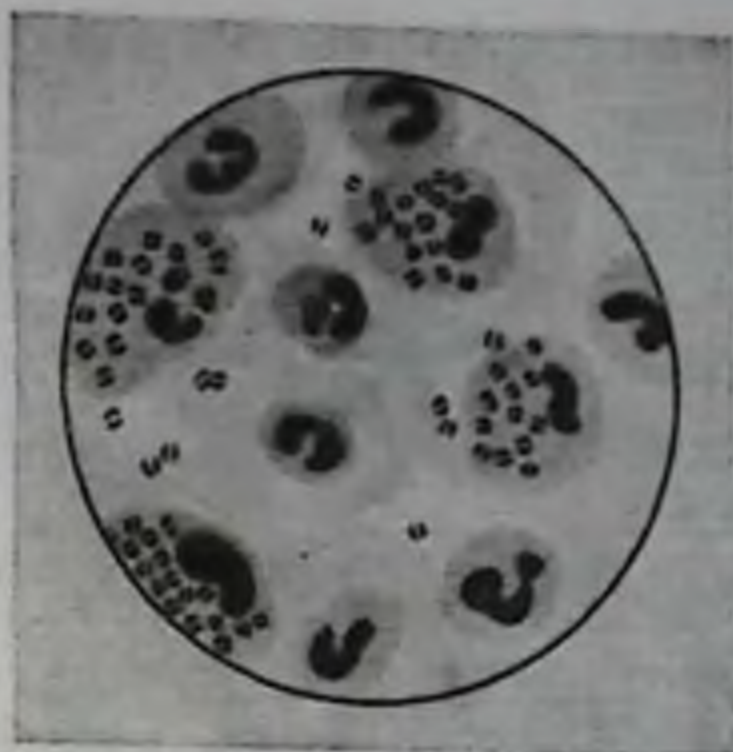
Trixomoniaz diagnostikasi uchun "Tirik tomchi" usulidan, bo'yalgan yoki maxsus ozuqa moddaga ekilib urchitilgan parazitni o'rganish mumkin.

Eng ko'p tarqalgan va oson usuli "Tirik tomchi" usulidir.

Tirik tomchi olish algoritmi:

Bemor beligacha yalang'och holda ginekologik kresloga yotqiziladi.

1. Qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
2. Uchiga paxta o'ralgan shisha tayoqcha yoki platina sterjinni fiziologik eritmaga botirib olinadi.
3. Qinning orqa gumbazidan surtma olib, buyum shishachasiga tomiziladi.
4. Qoplagich oynacha bilan yopilib, mikroskopda ko'zdan kechiriladi.
5. Agar mikroskop ostida harakatlanib yo'rgan parazit – trixomonos ko'rinsa, demak trixomonoz kasalligi tasdiqlanadi.



17.23-rasm. Gonokoklar.

Kolposkopiya o'tkazish algoritmi

Kolposkopiya bachadon bo'ynining tashqi teshigi atrofi va qin devorlari to'qimalarini 10-30 martagacha kattalashtirib ko'rish imkonini beradi. Ko'proq bachadon bo'yni eroziyasi, bachadon bo'yni raki va rak oldi kasalliklariga tashxis qo'yish maqsadida o'tkaziladi.



a) Kolposkop



b) kolposkop bilan tekshirishda ayolning holati



d) qin kuzgusi. Bachadon boyni bachadon tubi qin ko'zgusining mustahkamlagichi. Kolposkop nuri. Kolposkop apparati

17.24-rasm. Kolposkopiya.

Kerakli asbob-anjomlar: Ginekologik kreslo, qoshiqsimon ko'zgular, pinset, kleyonka yoki bir marta ishlatiladigan salfetka va kolposkop, kengaytirilgan kolposkopiya uchun lyugol eritmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Qinga qoshiqsimon ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi.

3. Kolposkop bilan bachadon bo'ynining tashqi teshigi atrofi va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

4. Kolposkopiya o'tkazilgandan so'ng ishlatilgan asboblarning xloramin eritmasiga 10 daqiqaga qoldiriladi.

5. Bemorning turishiga yordamlashiladi.

Hamshira kolposkopiya yordamchi sifatida ishtirok etadi.

Bachadon bo'shlig'ini zondlash

Bu muolaja bachadon bo'shlig'i uzunligini o'lchash, bachadon bo'shlig'i konfiguratsiyasi (bo'shliqning shakli, biror-bir o'sma o'sib chiqqanligi), devorlarining relefini, bachadon bo'yni kanalining o'tkazuvchanligi va uzunligini aniqlash maqsadida bajariladi.

Kerakli asbob-anjomlar: Ginekologik kreslo, qoshiqsimon qin ko'zgulari, tishli qisqich – Myuzo qisqichi, komsang va bachadon zondi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor belgacha yalang'och holda ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Tashqi jinsiy a'zolar yuvuvchi yoki dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.

3. Qoshiqsimon ko'zgular qinga kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi.

4. Bachadon bo'yni spirt shimdirilgan paxtali sharik bilan artiladi.

5. Pulevoy qisqich (Myuzo) bilan bachadon bo'ynining oldingi labidan qisib olinadi va bachadon oldinga tortilib, to'g'rilanadi.

6. Bachadon zondining tumtoq tugmachasi asta-sekinlik bilan bachadon bo'yni kanali orqali bachadon bo'shlig'iga kiritiladi va tubigacha itariladi.

7. Santimetrlarga ajratilgan zond bilan bachadon bo'shlig'ining uzunligi belgilab olinadi.

8. Asta-sekinlik bilan zond bachadondan sug'irib olinadi.

9. Pulevoy qisqich bachadon bo'ynidan yechiladi.

10. Bachadon bo'ynining qistirilgan joyiga 5% yod nastoykasi surtiladi.

11. Ko'zgular qindan chiqarib olinadi.

12. Ayol o'rnidan turg'azilib, joyiga o'tkaziladi.



17.25-rasm. Bachadon bo'shlig'ini zondlash.

Diagnostika maqsadida bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olish

Bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olib, gistologik tekshirish endometriy qatlamidagi siklik o'zgarishlar, undagi patologik jarayonlar (rak, xorion epitelioma, polipoz), homila tuxumi qoldiqlarini aniqlashda diagnostik ahamiyatga ega. Bu muolajani bachadondan asiklik qon ketishda, bachadon o'sma kasalliklarida (fibromiyomada) ham qilinadi.

Kerakli asbob-anjomlar: Qoshiqsimon qin ko'zgulari, 2-3 dona komsang, pulevoy qisqichlar, bachadon zondi, bachadon bo'yni kanalini kengaytirgichlar jamlanmasi (Gegar kengaytirgichlari), kyuretka, spirt, yod nastoykasi, steril sharik va salfetskalar, formalin solingan shisha flakonchalar. Flekoanlar markirovka qilingan bo'lishi kerak. Unda bemorning familiyasi, ismi-sharifi, muolaja bajarilgan kun, qirma qayerdan olinganligi yozib qo'yilishi shart.

Moneliklar: Qinning III-IV tozalik darajasi (o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalligi xuruji belgilari) tana harorati ko'tarilishi, yuqumli kasalliklar.

Bemorni muolajaga tayyorlash. Dastlab jinsiy a'zolar sovunli suvda yuvilib, qov sohasi junlardan tozalanadi, kresloga yotishdan oldin bemor siydik pufagi bo'shatiladi.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Qoshiqsimon ko'zgular yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
2. Spirt shimdirilgan paxtali sharik bilan bachadon bo'yni artiladi, quritiladi.
3. Pulevoy qisqich bilan bachadon bo'yni oldingi labi qisib olinadi va bachadon oldinga tortilib, holati biroz to'g'rilanadi.
4. Bachadon zondi bilan bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.
5. Gegar kengaytirgichlari bilan bachadon bo'yni kanali kengaytiriladi.
6. Kichik kyuretka bachadon bo'shlig'iga kiritiladi.
7. Bachadon devorlari (oldingi, orqa, yon devorlar) kuretk bilan alohida-alohida qirib olinib, alohida formalin solingan shisha flakonchaga solinadi, har bir flakonda tegishli markirovka bo'ladi, ya'ni bemorning familiyasi, ismi, sharifi, muolaja bajarilgan kun, bachadonning oldingi, orqa yoki o'ng-chap devorlari degan yozuv bo'ladi.
8. Kyuretk bachadon bo'shlig'idan chiqarib olinadi.
9. Bachadon bo'shlig'i 5%yod nastoykasi bilan surtiladi.
10. Pulevoy qisqich yechib olinadi.
11. Qisqich qo'yilgan joy 5%li yod nastoykasi bilan artiladi.
12. Ko'zgular chiqarib olinadi.
13. Bemor palataga o'tkaziladi.
14. Qirma olingan flakonlar laboratoriyaga yuboriladi.



17.26-rasm Bachadon bo'shlig'ini qirish

Sitologik tekshirish uchun bachadon boynidan bosma surtma (мазки отпечатки) olish

Maqsad: Xotin-qizlar jinsiy a'zolari, xususan bachadon bo'yni raki kasalligini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: Bachadon bo'yni eroziyasi, yallig'lanish kasalliklari va bachadon bo'yni shaklining o'zgarishi.

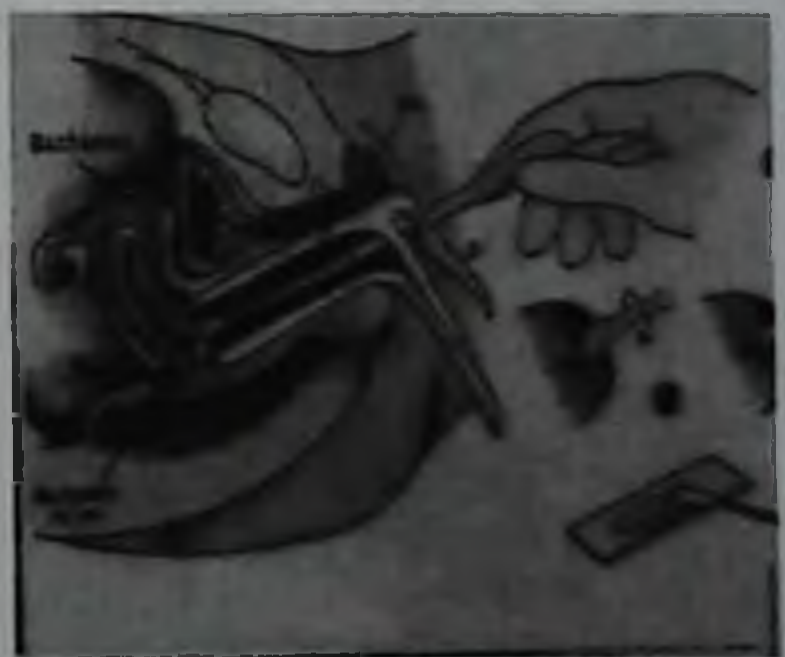
Kerakli asbob-anjomlar: Qin ko'zgulari, kornsang, mayda bo'lakchalarga bo'lingan (bir buyum oynachasi uchga bo'lingan) buyum oynachalari.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
3. Kornsang bilan qistirib olingan buyum oynachasi bachadon bo'yniga bosib olinadi.
4. Qin ko'zgulari chiqarib olinadi.
5. Surtmalar yonib to'rgan spirtovka olovi ustidan tez-tez o'tkazib olib, fiksatsiyalanadi.
6. Laboratoriyaga jo'natiladi.



a) ayolni ginekologik kresloga yotqizib kuzgularni qinga kiritish



b) bachadon bo'ynidan pipetka yordamida surtma olish

17.27-rasm.

Bachadon bo'ynidan biopsiya olish

Maqsad: Bachadon bo'yni xavfli o'smalarini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: Bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion.

Kerakli asbob-anjomlar: qoshiqsimon qin ko'zgulari, komsang, skalpel, pulevoy qisqich, spirt, paxtali sharik, igna ushlagich, tikish ignasi, ketgut, 5%li yod nastoykasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalang'ochlab yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar sovunlab yuviladi.
3. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'ynining qin qismi spirt bilan artiladi va steril paxtali sharik bilan tozalanadi.
5. Bachadon bo'ynining oldingi labi Myuzo pulevoy qisqichi bilan ushlab olinadi.
6. Steril skalpel bilan bachadon bo'ynining kasallangan va sog'lom qismidan kesib olinadi.
7. Kesilgan joyga ketgutli chok qo'yiladi va 5%yod nastoykasi surtiladi.
8. Pulevoy qisqich yechiladi, tishlangan joyiga 5%li yod nastoykasi surtiladi.
9. Qin ko'zgulari chiqarib olinadi.
10. Kesib olingan preparat formalinli shisha flakonchaga joylashtiriladi va laboratoriyaga yuboriladi.



17.28-rasm. Bachadon bo'ynidan biopsiya olish sog'lom bachadon bo'yni. Bachadon bo'yni eroziyasi.

Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish

Ko'rsatmalar: Bachadondan tashqaridagi homiladorlik, tuxumdonlar apopleksiyasi, bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishi, pelveoperitonit, Duglas bo'shlig'i abssessi.

Kerakli asbob-anjomlar: Qin ko'zgulari, pulevoy qisqich (Myuzo) kornsang, 20 ml. shprits. Bir ignasi (diametri 1 mm, uzunasi 12-15 cm li igna), steril shariklar, 5%li yod nastoykasi, spirt.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar sovunli suv bilan yuviladi.
3. Qin ko'zgulari qinga kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'yni spirt bilan artib, tozalanadi.
5. Pulevoy qisqich bilan bachadon bo'ynining orqa labi ushlab olinadi va yuqoriga ko'tariladi.
6. Qinning orqa gumbazi spirt bilan artib, tozalanadi.
7. 20 ml. shpritsga bir ignasi kiygiziladi.
8. Shpritsga kiygizilgan ignani qinning orqa gumbaziga sanchiladi.
9. Shprits porsheni orqaga tortib ko'riladi va qorin bo'shlig'idagi (Duglas bo'shlig'i) suyuqlik (qon, yiring, serroz suyuqlik) tortib olinadi.
10. Igna qinning orqa gumbazidan chiqarib olinadi.
11. Igna sanchilgan joyga 5%li yod nastoykasi surtiladi.
12. Pulevoy qisqich yechiladi, sanchilgan joyga 5%li yod nastoykasi surtiladi.
13. Ko'zgular qindan chiqarib olinadi.
14. Punktat (qorin bo'shlig'idan olingan suyuqlik) laboratoriyaga jo'natiladi.



17.29-rasm. Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.

Gisterosalpingografiya va uning o'tkazilishi

Ko'rsatma: Bachadondan tashqaridagi homiladorlikka gumon tug'ilganda, jinsiy a'zolar sili, bachadonning rivojlanish nuqsonlari, bachadon fibramiomasini, bepushtlik, istmiko-servikal yetishmovchiligi, bachadondagi kesar kesish operatsiyasidan keyingi chandiqlarning holatini aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

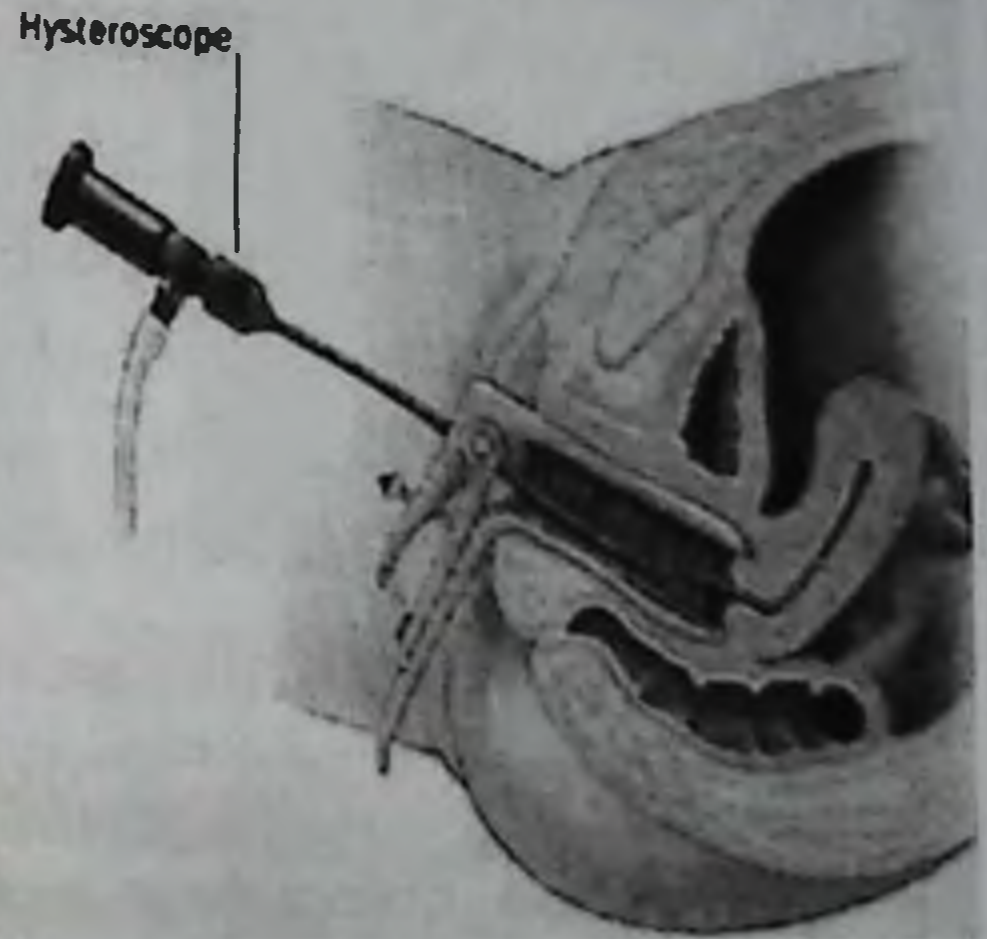
Moneliklar: Umumiy yoki mahalliy yallig'lanish kasalliklari, (gripp, angina, tromboflebit yoki boshqalar), jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi, yod preparatlariga sezuvchanlikning oshganligi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Maxsus moslama (Mandelstam uchligi – наконечник) orqali moyli kontrast modda (yodolipol, lipiodol) yoki suvli kontrast modda (kardiotrast, diodon, urografin, verografin, gipak) bachadon bo'yni kanali orqali bachadon bo'shlig'iga yuboriladi.
3. 5 ml. yuborilgan keyin birinchi rentgenologik tasvirga tushuriladi, 20 daqiqa o'tgach, ikkinchi va 24 soat o'tgandan so'ng uchinchi tasvirlar olinadi.
4. Rentgenolik tasvir bemorning tibbiy hujjatlariga tikib qo'yiladi.

Eslatma:

1. Gisterosalpingografiya hayz ko'rish siklining ikkinchi fazasida amalga oshiriladi.
2. Bemorni rentgenografiyaga tayyorlash uchun kechqurun tozalovchi huqna qilib, ichaklar tozalanadi.



a) tekshiruv paytida
bemor ayol holati va
shifokorning joylashuvi

b) gistrosalpingografiya

17.30-rasm.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash

Qin orqali qilinadigan operatsiyalarga bemorlarni tayyorlash:

Kerakli asbob-anjomlar: Ginekologik kreslo yoki operatsion stol, steril oqliklar, bog'lov materiallari, 5%li yod eritmasi yoki 1%li yodanat eritmasi, kornsang, sirli tog'ora, kateter, sovun, iliq suv, dez. eritma, narkoz apparati, asboblar jamlanmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemorga operatsiyaning mohiyati tushuntiriladi.
2. Tozalovchi klizma qilinadi.
3. Ayolga steril ko'ylak va baxillalar kiydiriladi.
4. Ayol operatsiya stoliga yotqiziladi.

5. Qorinning pastki qismi, sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy a'zolar, oraliq sovun bilan iliq suvda kornsanglar va paxtali tampon yordamida yuviladi.

6. Antiseptik eritma bilan zararsizlantiriladi.

7. Quruq tampon bilan artiladi.

8. Yumshoq kateter yordamida siydik chiqariladi.

9. Anal teshik steril taglik bilan yopiladi.

10. Dumba ostiga steril taglik qo'yiladi.

11. Bemorning oyoq tomoniga tog'ora qo'yiladi.

12. Operatsion hamshira tayyorgarlikni ko'zdan kechirib, operatsiya qiluvchiga bemorning tayyor ekanligini ma'lum qiladi.

Qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan operatsiyaga bemorlarni tayyorlash

Kerakli-asbob anjomlar: Steril oqliklar, bog'lov materiallari, asboblarni jamlanmasi, kornsang, 5%li yod eritmasi, kateter, spirt, operatsiya stoli, narkoz apparati.

Muolajaning bajarilishi:

1. Operatsiya mohiyati bemorga tushuntiriladi.

2. Operatsiyadan bir kun avval yengil ovqatlar iste'mol qilish buyuriladi. Uxlashdan avval va operatsiya kuni ertalab tozalovchi klizma qilinadi.

3. Ertalab premedikatsiya qilinadi.

4. Bemorga steril ko'ylak kiydiriladi.

5. Bemor operatsiya stoliga yotqiziladi.

6. Umumiy og'riqsizlantirilgandan so'ng, qorinning oldingi devoriga 5%li yod eritmasi bilan Filonchikov-Grossix usulida ishlov beriladi.

7. Operatsion hamshira bemorning tayyorligini ko'zdan kechirib operatsiya qiluvchiga ma'lum qiladi.



17.31-rasm. Bemorni operatsiyaga tayyorlash.

Operatsiyadan keyingi bemorlarni parvarishlash

Operatsiyadan keyin bemor intensiv palataga o'tkaziladi.

Intensiv xona maxsus funksional karavot bilan jihozlangan bo'lib, quyidagi anjomlar bo'lishi kerak: E.K.G. apparati, tonometr, termometr, oshqozon zondi, suv ichiriladigan maxsus idish, markazlashtirilgan kislorod, grelka, til tutqich, og'iz kergich, sistema, kerakli dori-darmonlar to'plami, steril oqliklar, tuvak, muzli xalta.

- Bemor o'rni grelka bilan isitiladi.
- Operatsiya chokiga muzli xaltacha qo'yiladi 15-20 daqiqa turgach, 30 daqiqa dam beriladi va yana muolaja takrorlanadi.
- Qusuq massalari yoki nafas yo'liga til tiqilib qolmasligi uchun boshi bir tomonga qayrilgan bo'lishi kerak.
- Bemorning pulsi, qon bosimi, tana harorati, operatsiya chokining holati, oqliklarning quruqligi nazorat qilib turiladi.
- Shifokor ko'rsatmalari muntazam bajarib turiladi.
- Bemor mustaqil ravishda siydik ajratmasa, siydik pufegi kateterlanadi.

- Operatsiyadan so'ng 3 sutka davomida najas kelmasa, 5%li natriy xlorid eritmasi bilan (150-200 ml) tozalovchi klizma qilinadi.
- Birinchi sutkada bemorga mineral suv va limonli choy beriladi.
- Ikkinchi sutkada shirin choy, sho'rva, qatiq, shuningdek, uchinchi sutkada sho'rva, kisel, keyinchalik parhezli taomlar buyuriladi.
- Operatsion jarohatning bitishiga ko'ra har kuni ishlov beriladi.
- 5-6 sutkada choklar olinadi.
- Birinchi sutkada bemor yonboshlab yotqiziladi, operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechayotgan bo'lsa, 2-3 sutkalarda turishga ruxsat beriladi.

Qon quyish algoritmi

Maqsadi: Ketgan qon o'rnini qoplash, davo-stimul berish.

Ko'rsatmalar:

- akusherlik qon ketishlari oqibatida kelib chiqadigan kamqonlik;
- homiladorlik paytidagi surunkali kamqonlikning og'ir darajasi;

Kerakli anjomlar va qon quyish vositalari:

- shtativ va sistema;
- donor qoni;
- suv hammomi;
- qon guruhini aniqlash uchun maxsus likobcha;
- qon guruhi standart zardoblari;
- Petri kosachasi, shisha tayoqchalar;
- probirkalar;
- steril qo'lqop;
- rezus mosligini aniqlash uchun maxsus antirezus zardobi;
- fiziologik eritma;
- suyultirilgan jelatin.

Qon quyishdan oldin:

1. Kerakli jihozlarni tayyorlash.
2. Ayolga (yoki uni kuzatib kelgan odamga) qanday muolaja o'tkazishni tushuntirish lozim. Ayolni barcha savollariga javob berib, uni roziligini olish kerak.
3. Qon quyish yaroqli ekanligiga ishonch hosil qilish kerak.

4. Qonning tayyorlangan muddati 3 kundan oshmasligi kerak.
5. Plazma tillarang, tiniq bo'lishi lozim, agarda uning rangi pushti rangga aylanib, laxta donalar borligi, xira tortishi, flakonda yoriq paydo bo'lganligi aniqlansa, qon quyishga yaroqsizligidan darak beradi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Qo'lni sovun bilan yuvib tozalanadi va quritiladi.
2. Qo'lga steril qo'lqop kiyiladi.
3. Donor va retsipyent qon guruhi aniqlanadi:
 - uning uchun maxsus likobchaga 10 tomchidan standartlangan zardob tomiziladi;
 - har bir chuqurchaga 1 tomchidan qon tomiziladi;
 - shisha tayoqcha bilan aralashtiriladi (har bir chuqurchani alohida tayoqchasi bo'lishi shart);
 - likobchani 5 daqiqa davomida chayqab turish lozim;
 - agglutinatsiya natijalariga qarab baholanadi (qon guruhini aniqlash sahifasiga qaralsin).
4. Rh faktorni aniqlash, buning uchun toza probirkaga 2 tomchi anti rezus zardob quyiladi:
 - uning ustiga 1 tomchi qon quyiladi;
 - 5 daqiqa davomida qo'lga ushlab turiladi;
 - 5-7 ml. fiziologik eritma quyiladi;
 - yorug' xonada ko'zdan kechiriladi.

Natijasi:

Agar dona-dona agglutinatlar paydo bo'lsa, qon Rh+. Agar agglutinatsiya ro'y bermasa, probirkada yengil tuman paydo bo'lsa, Rh-.

5. Qon guruhlari mosligi sinamasi. Petri kosachasiga 10 tomchi retsipyent zardobi, 1 tomchi donor qoni tomiziladi.

• yaxshilab aralashtirilib, 5 daqiqadan keyin ko'zdan kechiriladi. Agglutinatsiya ro'y bermasa, donor va retsipyent qoni mos hisoblanadi.

6. Rh moslikni aniqlash:

Petri kosachasiga 2 tomchi retsipyent zardobi, 1 tomchi donor qoni, 2 tomchi jelatin qo'shib aralashtiriladi so'ngra quyidagi amallar bajariladi:

- 5 daqiqaga harorati 46-48°C suv hammomiga qo'yiladi;
- undan keyin olib ko'zdan kechiriladi, gumonli bo'lsa, ustiga 5-7 ml. fizologik eritma qo'shib aralashtiriladi;
- yaxshilab ko'zdan kechirilib, agarda agglutinatsiya bo'lmasa qon Rh mos hisoblanadi.

7. Biologik sinamani o'tkazish:

- 15-20 ml. qonni 3 marotaba 3 daqiqa interval bilan qon tomiriga tez oqiziladi.

Interval vaqtida quyidagilarga jiddiy ahamiyat beriladi:

- terining rangiga;
- bemorning subyektiv shikoyatlariga;
- bel sohasida og'riqqa;
- ko'krak qafasida og'riq bo'lishiga;
- ko'ngil aynishiga;
- nafas olishning qiyinlashuviga;
- qaltirash, titrash paydo bo'lishiga.

Yuqoridagi shikoyatlar paydo bo'lishi bilan qon quyish to'xtatiladi. Shikoyat bo'lmasa, 1 daqiqada 50-60 tomchi qon tomchilab, flakondagi qon quyiladi. Oxirida 5-10 ml. flakonda qon qoldiriladi. Lozim bo'lganda tahlil qilish uchun.

Tozalovchi klizma qilish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) klizma qilish mumkin bo'lgan va bo'lmagan holatlarni;
- 2) klizma uchun ishlatiladigan narsalarni yuqumsizlantirishni.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) kerakli narsalarni tayyorlashni;
- 2) uchlikni to'g'ri ichakka to'g'ri kiritishni;
- 3) bemorni to'g'ri yotqizishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Esmarx krujkasi, rezina naycha bilan jo'mrak, vazelin, uchlik, tog'ora, iliq suv, kleyonka, kushetka, termometr.

Muolajaning bajarilishi:

1. Kerakli narsalarni tayyorlab, kushetka yoniga qo'yiladi.

2. Esmarx krujkasiga iliq suv to'ldiriladi, suv 1-2 gacha, 370 darajada.

3. Naycha ichida havo qolmasligi uchun uchi pastga qaratilib, Esmarx krujkasi yuqoriga ko'tariladi.

4. Havo chiqarilgandan so'ng jo'mrak bekitiladi.

5. Kushetka ustiga kleyonka to'shaladi.

6. Bemor kushetka ustiga, chetiga yaqin, chap yonboshi bilan, tizzalarini bukib, qorniga tortib yotqiziladi.

7. Naychaga steril vazelin yupqa qilib surtiladi.

8. Bemorning dumbalari chap qo'l yordamida keriladi, orqa chiqaruv teshigiga vazelin surtiladi.

9. Uchlik orqa chiqaruv teshigiga 8-10 cm yuqoriga oldinga qaratib, keyin sal orqaga qaratib, aylanma harakat bilan kiritiladi.

10. Jo'mrak ochiladi.

11. Esmarx krujkasi ko'tarib turiladi.

12. Krujkada ozgina suv qolganida jo'mrak yopiladi.

13. Uchlik orqa chiqaruv teshigidan chiqarib olinadi.

14. Bemor bir necha daqiqadan so'ng xojatxonaga borib, ichaklarni bo'shatadi.

15. Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yuqumsizlantiriladi.

Eslatma: Ichaklar toza bo'lmagan bo'lsa, muolaja bir necha soatdan so'ng qaytariladi.



Kerakli anjomlarni tayyorlash.



Rezina naychani kiritish.

17.32-rasm. Klizma (huqna) qilish.

Siydik pufagini kateterlash va yuvish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) kateter turlarini;
- 2) kateterlash mumkin bo'lgan va mumkin bo'lmagan holatlarni;
- 3) siydik chiqmagach, yordam ko'rsatishni;
- 4) kateterni sterillashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) ayolni qulay vaziyatga yotqizishni;
- 2) tashqi jinsiy a'zolari yuvishni;
- 3) kateterni to'g'ri ushlashni;
- 4) ayolni kateterlashni;
- 5) qovuqni yuvishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina yoki metall kateter, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi eritma, Jane shpritsi, paxta, tog'ora, iliq suv, vazelin, banka, sterilizator, kornsang.

Muolajaning bajarilishi:

1. Akusherka qo'lini sovunlab, iliq suvda cho'tka yordamida yuvadi.
2. Qo'lini spirt yoki yod eritmasida artadi.
3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari iliq suvda sovunlab yuviladi
4. Tashqi jinsiy a'zo biron-bir dezinfeksion eritmada (furatsilin, kaliy permanganat, borat kislota eritmasi) artiladi.
5. Ayol tizzalarini bukib, sonlarini kerib, chalqalqancha holda yotadi.
6. Akusherka kateterni olib, uchiga vazelin surtadi.
7. Kateterning uchi pinset bilan, tashqi uchi esa o'ng qo'lning 4-5-barmoqlari bilan ushlab turiladi.
8. Chap qo'lning 2-3-barmoqlari bilan ayolning tashqi jinsiy lablari kerilib, siydik chiqarish teshigi ochiladi.
9. Kateter ehtiyotlik bilan pinset yordamida siydik chiqarish teshigiga kiritiladi.
10. Kateterning tashqi uchidan siydik chiqishi kateterning qovuqda ekanligidan darak beradi.

11. Siydik to'liq chiqib bo'lgandan so'ng, Jane shpritsiga dezinfeksiyalovchi eritma olinadi.

12. Jane shpritsi kateterning tashqi uchiga ulanadi.

13. Jane shpritsidan suyuqlik kateter orqali qovuqqa yuboriladi.

14. Keyin shprits kateterdan olinib, kateter uchi pastga – tog'oraga tushiriladi.

15. Bu holat bir necha marta takrorlanadi, to qovuqdan toza suyuqlik oqib chiqquncha.

16. Kateter asta-sekin tortib olinadi.

17. Bemor 30-60 daqiqa yotishi lozim.

18. Kateter sovunli suvda tozalab yuviladi, qaynatish usulida sterilizatsiyalanadi.



Ayollar kateteri.



Siydik qopini katetrlash.

17.33-rasm.

Qusganda birinchi yordam ko'rsatish

O'quvchi bilishi kerak:

- 1) qusish sabablarini;
- 2) qusuq massalarini tahlil uchun olishni;
- 3) qusish paytidagi asoratlarni.

O'quvchi bajarishi kerak:

- 1) bemorning umumiy holatini aniqlash;
- 2) vrachni chaqirish;
- 3) bemorni yotqizish yoki o'tqizish.

Kerakli asbob-anjomlar: Tog'ora, sochiq, termometr, tonometr, fonendoskop, kerakli dori-darmonlar (serukal).

Bemor qusganda yordam korsatish algoritmi

1. Bemor o'tqiziladi (ahvoli og'ir bo'lsa, karavotga yotgan holda boshidan yostig'i olib tashlanadi va boshi chap yonga buriladi).
2. Polga tog'ora qoyib, oldiga sochiq tutiladi.
3. O'quvchi bemorning peshonasidan qoli bilan ushlab, uning yiqilib ketmasligini ta'minlaydi.
4. Bemor qusib bo'lgandan so'ng og'zi chayqaladi.
5. Bemor yuzi sochiqqa artilib, to'shakka yotqiziladi.
6. Bemorning pulsi, qon bosimi o'lchab turiladi.
7. Qusuq massasi tog'orada ko'riladi, (agar qon bo'lsa, bemorga suv beriladi).
8. Bemorga qusishni qoldiruvchi dorilar – serukal ineksiya qilinadi.

Esiatma: Qusuq massasi vrach ko'rsatmasi bilan tahlilga olinadi. Qusuq massasi vrachga ko'rsatmasdan tashlab yuborilmaydi

Qin vannasini o'tkazish

Kerakli asbob-anjomlar: Ginekologik kreslo, tabaqali qin ko'zgusi (Kusko ko'zgusi), rezina qo'lqoplar, sterillangan material, dori-darmon vositalari, kornsanglar, 3%li xloramin eritmasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

- bemorga davolash mohiyati tushuntiriladi;
- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi;
- tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiya vositalari bilan yuviladi;
- qo'lqop almashtiriladi;
- Kusko ko'zgusi qin ichiga kiritiladi, dokali tampon bilan kornsangda qin ajralmalari tozalanadi;
 - qinga 37°Cgacha ilitilgan dori (20-25 ml) 15-20 daqiqaga qo'yiladi;
 - 15-20 daqiqadan so'ng qin quruq tampon bilan artilib, qurutiladi;

- ko'zgu chiqarib olinadi;
- 20 daqiqagacha kichik jinsiy lablar orasiga quruq salfetka qo'yiladi;
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi;
- ko'zgu 3%li xloramin eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi.

Bachadon ichi vositalari (BIV)ni bachadon bo'shlig'iga kiritish

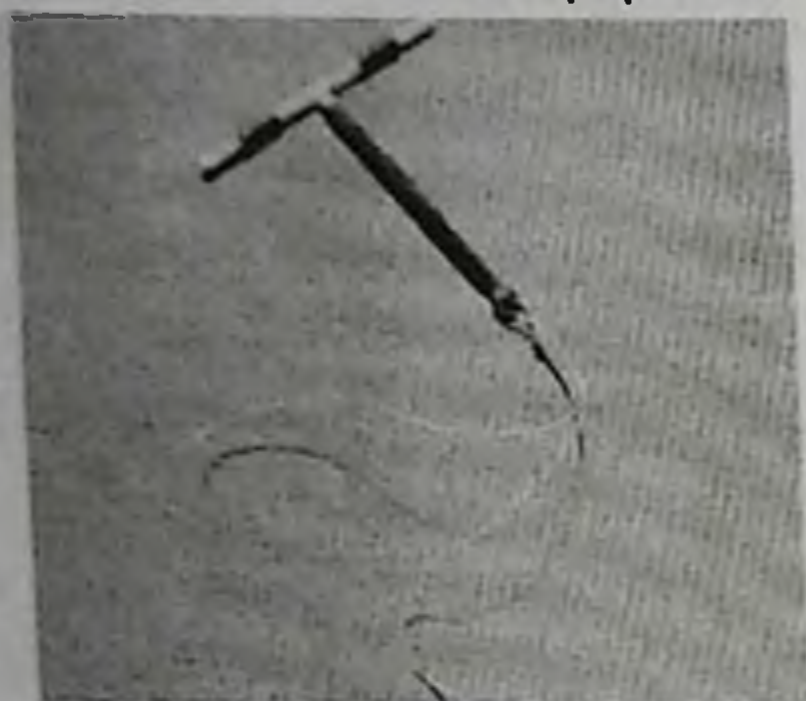
Ko'rsatma: Istalmagan homiladorlikning oldini olish.

Moneliklar: homiladorlik, ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va o'sma kasalliklari.

Bajarish texnikasi

1. O'quvchi qo'llarini yuvib, quritib artadi.
2. "Copper- T" BIVning ishlatilishi muddati tekshirib ko'riladi.
3. BIVning germetik yopiqligiga ishonch hosil qilingach, paketning 1/3 qismi ochiladi.
4. O'quvchi qo'llariga rezina qo'lqop kiyadi.
5. BIVning ikki qanoti paketni ustidan sterillikni buzmaganda holda sterjinni ichiga kiritiladi.
6. Paketni ichidan porshenni olib, sterjenni ichiga kiritiladi (orqa tomonidan).
7. Qinga ko'zgu kiritilib, bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.
8. Antiseptik eritma bilan bachadon bo'yni va qin devorlariga ishlov beriladi.
9. Bachadon bo'ynining yuqori labi tishli qisqich bilan qistiriladi.
10. Bachadon bo'shlig'i zondlanadi (bachadon holati va bachadon bo'shlig'ining uzunligi aniqlanadi).
11. BIV bachadon bo'shlig'ining uzunligiga qarab moslashtirib olinadi, paket butunlay ochilib, BIV o'ng qo'lga olinadi.
12. Bachadon bo'shlig'iga kiritishga tayyorlangan BIVni maxsus shprits orqali bachadon bo'shlig'iga kiritiladi, toki identifikatsion o'lchagich bachadon bo'yniga tekkunicha.
13. Oq steijenni ozgina oldinga itarib, keyin BIVning qanotlari bo'shagach, sterjen chiqariladi.

14. Moslamaning naychasi 3-4 cm chiqarilib, BIVning ipi kesiladi.
15. Moslamaning naychasi qindan butunlay chiqariladi.
16. Bachadon bo'ynidan qisqich yechiladi.
17. Quruq paxtali sharikni 30-60 sekund bachadon bo'ynining qisqich olingan joyiga bosib turiladi.
18. Qindan ko'zgu chiqariladi.
19. Ishlatilgan asboblarni xloramin eritmasiga dekontamina-tsiya uchun 10 daqiqaga qoldiriladi.
20. Qo'ldan qo'lqop yechilib, qo'l yuviladi.
21. Ayol 15-20 daqiqadan so'ng o'rnidan turishi mumkin.



a) bachadon ichi vositasi



b) bachadon ichi vositasining bachadonda joylashuvi

17.34-rasm.



17.35-rasm. Gormonal kontraseptiv tabletkalar.



17.36-rasm. Ineksion kontraseptiv vositalar.



17.37-rasm. Erkaklar uchun kontraseptiv vositalar.
Prezervativlar.

Ayollarda bazal haroratni o'lchash

O'quvchi bajarishi kerak:

- bazal haroratni o'lchashni.

Kerakli jihozlar: termometr, vazilin, harorat varaqasi.

Bajarish algoritmi:

1. Mazkur testni o'tkazish to'g'risida ayolga tushuntiriladi.
2. Ikkita termometr va yozuv daftarchasi bo'lishi kerak.
3. Ayol yozuv daftarchasiga kalendar kuni, hayz kuni, to'g'ri ichakdagi harorat, tana harorati va eslatmani yozadi.
4. Ayolga tushuntiriladi, harorat erta tongda, uyqudan uyg'on-gach, 1 ta termometrga vazelin surtib to'g'ri ichakka 2-3 cm chuqurlikda, ikkinchisi qo'litiq ostiga qo'yib o'lchanadi.
5. Haroratni 7-10 daqiqa davomida o'lchaydi, har bir termometr ko'rsatkichi alohida qatorga yoziladi.
6. Odatda, bazal harorat ikki fazali, ya'ni hayz siklini 1-yamida 37 gradusgacha, 2-yarmida esa 37 gradusdan baland bo'ladi, orasidagi farq 0,4 gradusdan kam bo'lmasligi lozim.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Allayorov Ya.N. Reproktiv salomatlik va kontraseptiv texnologiya. Istiqlol nashriyoti. – Toshkent, 2005.
2. Allayorov Ya.N. Akusherlik va ginekologiya. "O'zbekiston milliy ensiklopediyasi" Davlat ilmiy nashriyoti. –Toshkent, 2017.
3. Allayorov Ya.N., Yusupova D.O', Asqarova F.Q. Akusherlikda amaliy ko'nikma va muolajalar. Samarqand, 2007.
4. Allayorov Ya.N., Tosheva D.G., Yusupova D.O'. Onalikda hamshiralik parvarishi. "Voris" nashriyoti, –Toshkent, 2012.
5. Бурбенко А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П. "Современные лекарственные средства". Санкт-Петербург-Москва. "Нева", 2006.
6. Гуркин Ю.А., Грицюк В.И. "Гинекология" справочник семейного врача. Москва-Санкт-Петербург 2005.
7. Ziyayeva M.F., Mavlonova G.X. Ginekologiya. "O'qituvchi" nashriyotmatbaa ijodiy uyi, –Toshkent ,2012.
8. Kretova N.Ye., Smirnova L.M. Akusherlik va ginekologiya. –Toshkent, "Ibn Sino" nomidagi nashriyot, 1991.
9. Ремизов И.В. "Основы реаниматологии для медицинских сестер". Ростов-на-Дону. "Фенекс" – 2006.
10. Славянова И. К. "Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум". Ростов на-Дону: "Феникс", 2004 г.
11. Суслепарова А.А. "Гинекология" "Диля" новейший справочник. Москва-Санкт-Петербург. "Сова" – 2006.
12. Савелева Г.М Гинекология учебник. Москва, Издательство: GEOTAR- Media, 2018 год.
13. Pavel Blyumental и др. "Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции". США JHPIEGO, 1998
14. Новое пособие по консультирование. Отчет факультета охраны здоровья, Университета Джона Хопкинса. Балтимор. Программа информирования населения, 1998.
15. Стрижаков А.Н, Гинекология. Курс лекций. Москва, Издательство: GEOTAR- Media, 2009 год.
16. Стрижаков А.Н., Давидов А.И. Гинекология, учебное пособие – Москва: GEOTAR-Media, 2009.
17. Яркулов А.Б. тахрири остида. "Контрацепция воситаларини рационал қўллаш" Тошкент, 2000

MUNDARIJA

So'zboshi.....	3
I QISM. GINEKOLOGIYA.....	5
I BOB. Ginekologiya faniga kirish va uning rivojlanish tarixi. Reproduktiv yoshdagi ayollar salomatligini muhofaza qilish. Ginekologiyada etika va deontologiya asoslari.....	5
O'zbekistonda akusherlik va ginekologiya xizmatining rivojlanishi	8
Ginekologiyada talab etiladigan etika va deontologiya	13
II BOB. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari	15
Ginekologik bemorlarni subyektiv tekshirish usullari	15
Akusherlik-ginekologik anamnez	16
Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullari	17
Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish.....	18
Ko'zguna yordamida tekshirish	19
Qin orqali tekshirish (ichki).....	19
Laboratoriya tekshirish usullari.....	24
Qin epteliyasi sitologiyasini aniqlash (kolpotsitogramma).....	25
III BOB. Hayz faoliyatining buzilishi va predmenstrual sindrom.....	31
Hayz sikli buzilishining tasnifi.....	31
Amenoreya	32
Anovulator, yuvenil qon ketishlar.....	33
Anovulator qon ketish.....	34
Algoditsmenoreya	36
Hayz vaqtidagi gigiyena va feldsher-akusherning vazifalari.....	37
IV BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari	39
Tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi	39
Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanishi	40
Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini davolash.....	42
Qiz bolalarda ko'proq uchraydigan ginekologik kasalliklar	43
V BOB. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar.....	45
Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS).....	52
Kasallikning o'tish yo'llari.....	54
VI BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining o'sma kasalliklari	59
Xavfli va xavfsiz o'smalar haqida tushuncha	59
Bachadonning xavfsiz o'smalari	60
Ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari	65
VII BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining taraqqiyot nuqsonlari (Anomaliyalari)..	69
Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar.....	69

Bachadon va qinda hosil bo'ladigan nuqsonlar.....	70
VIII BOB. Bepushtlik. Bepusht ayollarni tekshirish va davolashda feldsher-akusherning vazifalari	73
Bepushtlikning oldini olish choralari	74
Bepushtlikning ruhiy jihatlari (aspektlari)	75
IX BOB. Klimakterik davr. Klimakterik sindromida feldsherning vazifalari	78
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy ruhiy muammolarning rivojlanishi ...	78
Erkaklar klimaksi	81
Erkaklar klimaksini davolash	82
X BOB. Klimakterik sindromida feldsher-akusherning vazifalari.....	83
Klimakterik sindromning klinik belgilari.....	83
XI BOB. Qarilik davrida feldsher-akusherning vazifalari	87
Gerontologiya va geriatriya fani haqida tushuncha	87
Gerontologiyada hamshiralik parvarishining o'ziga xos xususiyatlari.....	90
Geriatrik yordamni tashkil qilish.....	95
XII BOB. Jinsiy a'zolarida o'tkaziladigan operatsiyalardan oldin va keyingi davrda feldsher-akusherning vazifalari	97
Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi	99
XIII BOB. Ginekologiyada o'tkir qorin sindromi	103
Bachadondan tashqaridagi homiladorlik.....	103
Tuxumdon apopleksiyasi.....	106
XIV BOB. Ginekologiyada bemorlarni umumiy davolash usullari va parvarish qilish.....	109
Ginekologik bemorlarning rejimi.....	110
Qon to'xtatuvchi dori vositalari	114
Parazitlarga qarshi vositalar	116
Gormonoterapiya.....	116
Elektroterapiya	121
Diatermiya.....	123
Sun'iy yorug'lik manbalari bilan davolash.....	125
Balchiq bilan davolash (balneoterapiya)	128
Parafinoterapiya.....	130
Ozokeritoterapiya	131
Nur bilan davolash. Rentgenoterapiya	134
Radiy bilan davolash.....	136
Ginekologik bemorlarni operativ davolash.....	139
Bemorni operatsiyaga tayyorlash	140

II QISM. REPRODUKTIV SALOMATLIK	155
XV BOB. Reproduktiv salomatlik tushunchasi.....	155
Islom dini tug'ish yoshidagi ayollar salomatligi haqida.....	159
O'zbekiston Respublikasida fuqarolar sog'lig'ini muhofaza qilish haqida.....	160
Reproduktiv salomatlikga oid O'zbekiston Respublikasi Qonuni, Prezident Farmoni va Qarorlari	160
Homiladorlikni dori vositalari orqali sun'iy ravishda to'xtatish usullari.....	169
XVI BOB. Kontrasepsiyaning zamonaviy usullari	171
Kontraseptiv vositalar haqida umumiy tushuncha.....	171
Homiladorlikdan saqlanishning tabiiy usullari.....	176
Hayz sikli fiziologiyasi.....	177
Laktatsion amenoreya usuli (lau)	187
Gormonal kontrasepsiya	200
Sof progestinli kontraseptivlar.....	210
To'siqli kontraseptiv vositalar va spermitsidlar	220
Spermitsidlar.....	227
Homiladorlikdan saqlanishning jinsiy aloqani uzish, abstinensiya, sterilizatsiya va ko'ngilli jarrohlik usullari.....	230
Kontrasepsiyaning ko'ngilli jarrohlik usuli (KJU)	233
Jinsiy aloqadan keyingi (postkoital) kontrasepsiya.....	241
Bachadon ichi vositalari (BIV)	243
O'smirlarda qo'llaniladigan kontrasepsiya usullari	256
O'z-o'zidan va sun'iy abortlar bilan bog'liq bo'lgan asoratlarning oldini olish va davolash	261
Ekstragenital kasalliklarda kontrasepsiyaning qo'llanilishi	262
Gormonal preparatlarni jinsiy a'zolar patologiyasini davolashdagi o'rni.....	265
Gormonal kontraseptivlarning reproduktiv a'zolarida o'smalar kelib chiqishiga ta'siri.....	268
Reproduktiv salomatlik bo'yicha xizmat ko'rsatuvchi muassasalarda infeksiyaning oldini olish.....	270
Ilovalar.....	273
III QISM. XVII BOB. Ginekologiyada amaliy ko'nikma va muolajalar	284
Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari.....	285
Ko'zguna yordamida tekshirish	292
Qinning tozalik darajasini aniqlash uchun qindan surtma olish.....	294
Qin epiteliyasi sitologiyasini baholash (kolpositogramma).....	306
"Qorachiq" fenomenini aniqlash.....	309
"Qirq bo'g'in" simptomini aniqlash.....	310

Suzakni aniqlash uchun surtma olish.....	322
Bachadon bo'shlig'ini zondlash.....	326
Diagnostika maqsadida bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olish	327
Sitologik tekshirish uchun bachadon bo'ynidan bosma surtma (мазки отпечатки) olish	329
Bachadon bo'ynidan biopsiya olish	330
Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.....	331
Qin vannasini o'tkazish	342
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	346

**ALLAYOROV YAXSHINOR NORBOBAYEVICH,
ASQAROVA FOTIMA QUDRATOVNA**

GINEKOLOGIYA VA REPRODUKTIV SALOMATLIK

**Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi
texnikumlari 5.71.01.01 – feldsher-akusherlik ishi
mutaxassisligi o'quvchilari uchun darslik**

Toshkent – «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi» – 2023

Muharrir:	S. Alimbayeva
Texnik muharrir:	M. Tursunov
Musavvir:	Sh. Zoxidova
Musahhih:	S. Muratova
Kompyuterda sahifalovchi:	Sh. Nurullayev

**Nashriyot
litsenziyasi
№ 1400**



**E-mail: nashr2019@inbox.ru Tel: +99899.920-90-35
№ 3226-275f-3128-7d30-5c28-4094-7907, 10.08.2020.**

Bosishga ruxsat etildi 10.10.2023.

Bichimi 70x100 1/16. «Segoe Ul» garniturası.

Ofset bosma usulida bosildi.

Shartli bosma tabog'i: 22,5. Nashriyot bosma tabog'i 22,0.

Tiraji: 1000. Buyurtma № 136

Ushbu kitobning muhbirlik va
tasvirlashni o'z ichiga olgan

GENEKOLOGIYA VA REPRODUKTIV SALOMATLIK

Ushbu kitobning muhbirlik va
tasvirlashni o'z ichiga olgan
mualliflari: ...

**«Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi»
bosmaxonasida chop etildi.
100174, Toshkent sh, Olmazor tumani,
Ziyo MFY, Talabalar ko'chasi, 96-1-uy**

