

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

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

Ya.N. ALLAYOROV, B.A.JUMANOV, F.Q.ASQAROVA

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

*Tibbiyot kollejarining 3510701 – Tibbiyot hamshirasi yo‘nalishi
o‘quvchilari uchun darslik
Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 4-nashr*

TOSHKENT – 2017

YŷK:618(075)

KBK 51.1(2)4

Ya.N. Allayorov, B.A.Jumanov, F.Q.Asqarova. Onalikda hamshiralik parvarishi. –T.: «VORIS–NASHRIYOTI», 2017, 348 bet.

ISBN 978–9943–375–81–9

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

Darslik tibbiyot kollejlari “Hamshiralik ishi” yo‘nalishi o‘quvchilari hamda “Onalikda hamshiralik parvarishi” fanidan dars beruvchi o‘qituvchilar uchun mo‘ljallangan.

Taqrizchilar:

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

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

ISBN 978–9943–375–81–9

© «VORIS–NASHRIYOTI», 2017.

KIRISH

O‘zbekiston Respublikasi “Ta’lim to‘g‘risida”gi va “Kadrlar tayyorlash milliy dasturi to‘g‘risida”gi Qonunlarining, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi “Onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish, sog‘lom avlodni shakllantirishga doir qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PQ-1096 sonli hamda 2009 yil 1 iyuldagi “2009-2013 yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va ma’naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to‘g‘risida”gi PQ-1144 sonli Qarorlarining e‘lon qilinishi Sog‘liqni saqlash tizimining birlamchi bo‘g‘inida faoliyat ko‘rsatayotgan mutaxassislarni yuqori darajadagi kasb malakalariga ega bo‘lishi, sog‘lom avlodni dunyoga keltirish, ma’naviy va jismonan barkamol avlodni tarbiyalash borasidagi ishlarni amalga oshirishda ularning avangard bo‘lishlariga chorlaydi. Yuqoridagilarni inobatga olib, hamshiralik ishi yo‘nalishi o‘quvchilari uchun mo‘ljallangan, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti talablari asosida dunyoning rivojlangan mamlakatlari tajribalaridan foydalanib (Yaponiyaning JICA taraqqiyot agentligi), bo‘lajak umumiy amaliyot hamshiralari onalikda hamshiralik parvarishi fanidan o‘zlashtirishi lozim bo‘lgan mavzularni o‘z ichiga olgan o‘quv adabiyoti yaratildi. Amaldagi o‘quv adabiyoti Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi tomonidan 2011-yilda tasdiqlangan o‘quv dasturi asosida yaratilgan bo‘lib, tibbiyot kollejarining hamshiralik ishi yo‘nalishi o‘quvchilari foydalanib kelmoqda.

Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2016-yil 6-apreldagi 137-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan “Onalikda hamshiralik parvarishi” o‘quv dasturiga bir qancha yangi mavzular kiritilishi va ba’zi mavzular qisqartirilishi munosabati bilan mazkur o‘quv adabiyoti tegishli dastur asosida qayta ko‘rib chiqilib, ayrim mavzular yangilandi, qisqartirildi va qo‘shimqalar kiritildi, ya’ni 1-,2-,3-boblar qisqartirilib 1 bobga jamlandi, 4-, 6-, 7-, 8-, 9-, 10-, 11-, 12-boblarga yangi namunaviy o‘quv dasturidagi mavzular kiritildi. Akusherlik va ginekologiyaga oid mavzular xronologik tartibda joylashtirildi.

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

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

I QISM. AKUSHERLIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

I BOB. ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI FANI. ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI ASOSLARI. ONALIK HAQIDA TUSHUNCHA

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

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

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

Onalik bu:

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

2. Kelajakda bolaning tug'ilishi va tarbiyasi.

3. Shu vazifalarni o'tmishda bajarilganligi.

Onalikni 2 xil nuqtai nazardan tushuntirish mumkin:

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

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

Onalik obyektlarini tushunish



Onalikda hamshiralik parvarishini o'qitish jarayoni nimaga qaratiladi?

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

Onalikdagi hamshiralik parvarishining obyektlari

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

Onalikni his etish bu onaning bolaga nisbatan g'amxo'rliqi. Farzandning ruhiyatini tushunish. Onalikni his etishning mohiyati - bolani chuqur tushunish hissiyoti mavjudligidir. Onalikni his etishning eng ko'p tarqalgan va ko'ringan omili – ko'krak suti bilan bolani boqishdir. Onalikni his etishni rivojlanishi go'daklik davridanoq boshlanadi. Asosiy ishonchli munosabatlar, ota-onaning o'zlarini tutishlari, tarbiyasi, bolani emizish – buning barchasi onalikni his etishga katta ta'sir ko'rsatadi. Onalik avloddan avlodga o'tadi, deyishadi. Agar ona go'daklik davrida yetarlik muxabbat va g'amxo'rlikda voyaga yetgan bo'lsa, kelajakda u ham g'amho'r bo'lishi va farzandlaridan ham buni kutishi mumkin.

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

Insoniyat paydo bo'lganidan boshlab, naslni saqlab qolish reproduksiyaga yo'naltirilgan.

Tabiiy sharoitda homila ona qornida rivojlanadi, tug'iladi va ona bolani suti bilan boqadi. Biologik nuqtai nazaridan ota-ona bo'lish, bu – naslni saqlab qolish, chunki erkak va ayol genlari kelajak avlodga reproduksiya orqali, homiladorlik, tug'ilish va emizish orqali o'tadi.

Naslni saqlab qolish jarayonida erkak va ayol ishtirok etadi, ammo bunda, onaning ahamiyati beqiyos, chunki u farzandini homiladorlik davrida ko'tarib yuradi, tug'adi, ona suti bilan boqadi, bundan tashqari, o'z zimmasiga jismoniy zo'riqish xavfini oladi. Shu tariqa, erkak va ayolning ota-ona bo'lishning biologik faoliyati farqlanadi. Ayolda onalik hissi paydo bo'lishi osonroq kechadi, chunki u homiladorlik davridanoq buni his etadi. Otada esa otalik hissi, farzandini ko'zi bilan ko'rganda, ovozini eshitganda va ushlab ko'rganda paydo bo'ladi. Biologik tomondan jinslar orasidagi farq boshidanoq yaqqol ko'zga tashlanadi, bu psixik va ijtimoiy tarafdin ota-ona bo'lishga ta'sir ko'rsatadi.

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

Inson yuqorida aytib o'tilgan bosqichlardan o'tib o'zini rivojlanishiga (o'zini anglab yetishga) erishadi. Ota-ona bo'lishda har xil muammoli vaziyatlar uchraydi, ayniqsa, ayollar bu holatlarga (krizis vaziyatlarga) erkaklarga nisbatan ko'proq uchraydi, agar ayol rivojlanish bosqichlaridan qoniqarli o'tsa, insonlar bilan tez topishadi, sevadi, homilador bo'lib, bolaga mehri ortadi va butun jamiyat uchun shaxs sifatida ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Rivojlangan psixologiya nuqtai nazarida ota-ona bo'lish: bola rivojlanishi bilan birgalikda ota-onaning shaxs sifatida rivojlanishidir.

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

Onalikning jismoniy xususiyatlari

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

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

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

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

Onalikni ruhiy-ijtimoiy xususiyatlari. Onalikning ruhiy – ijtimoiy xususiyatlari – bu bir ayolning hayoti bo‘lib, uning rivojlanish bosqichlarida fe‘l-atvorining rivojlanishi, tarbiyaning xususiyatlari va keyingi avlodni shakllanishida namoyon bo‘ladi.

Ona muhabbati – bu onaning himoyasiz go‘dakka bo‘lgan muhabbati, u bolaga g‘amxo‘rlik qilishida, qayg‘urishida, biologik va ruhiy ehtiyojlarini qondirishda namoyon bo‘ladi. Yaponiyada umumiy onalik bilan ona muhabbati tushunchalari chalkashtiriladi. Dalillarga asoslangan holda, ayolga onalik tabiatdan berilgan bo‘lib, bola tug‘ilgandan so‘ng, shu zahoti uni sevib, tarbiyalay oladi. Lekin doim yig‘laydigan bolani sevimli deb bo‘lmaydi, bolani parvarishlash qobiliyatiga yetarli bo‘lmagani uchun, bunday holatda nima qilishni bilmay ba‘zilar bolani uradilar, ba‘zilar bolalar taqdiri bilan umuman qiziqmaydilar, ba‘zilar

esa, hattoki bolalarini tashlab ketadilar. Bundan kelib chiqadiki, onalik muhabbati tabiatdan berilgan bo‘lmay, balki hayot davomida tarbiyalanib paydo bo‘ladi.

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

Onalikda hamshiralik parvarishining o‘rni va ahamiyati

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

Onalikda hamshiralik parvarishini boshqa bloklardan farqi quyidagilarda aks etadi: Obyekti ayol bo‘lib, u insoniyatning kuchsiz yarmini tashkil qilib, uning insoniy huquqlari ijtimoiy-madaniy tomondan qiyinchilik bilan tan olinadi. Keyingi obyekt – uning bolasi bo‘lib, unga ham hamshiralik parvarishini to‘liq ko‘rsatish lozim. Ayolning butun hayoti davomida reproduktiv salomatligini saqlash va yaxshilash, ota-

ona bo‘lish rolini egallashda unga yordam ko‘rsatish va salomatlik bilan bog‘liq buzilishlarni oldini olish hamda sog‘lom turmush tarzini kechirish va o‘z-o‘zini parvarishlashga yo‘naltirilgan yordamni ko‘rsatish. Hamshiralik parvarishi oilaning barcha a‘zolariga qaratilgan bo‘lib, bunda ona va bola orasidagi, ota-ona va farzandlar orasidagi hamda oilaviy munosabatlarning ahamiyati katta.

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

Ayniqsa, onalikdagi hamshiralik parvarishida yetuklik davriga, ya’ni homiladorlik, tug‘ruq va bolalarni tarbiyalash davriga katta e’tibor qaratiladi. Onalikdagi hamshiralik parvarishi faqatgina homiladorlik davrini, kechayotgan tug‘ruq paytidagi yoki chilla davridagi ayollar va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga o‘z e’tiborini qaratish bilan chegaralanmaydi. Bunday parvarishning obyektlari deb onaning butun hayoti davomida barcha hayot davrlaridan o‘tadigan vaqtdagi o‘zgarishlarni ularning o‘ziga xos xususiyatlarini qamrab oladi. Bundan kelib chiqqan holda aytish mumkinki, onalikdagi parvarish obyektlarining ma’lum bir qismiga e’tiborni qaratadi. Bu – onalikning keng ma’nosiga (ayollik hayoti) asoslanadigan bo‘lsa, butun e’tibor tor ma’nodagi onalikka qaratiladi, ya’ni homiladorlik, tug‘ruq, chilla davriga. Masalan: agar onalikdagi parvarishning tuzilishni onalikdagi parvarish nazariyasi, onalar salomatligini asrash nazariyasi, kasalxonadagi onalikning parvarishi nazariyasi sifatida baholaydigan bo‘lsak ham e’tibor asosan homiladorlik, tug‘ruq va chilla davriga qaratiladi. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, agar o‘qitish jarayonida ayollarning o‘ziga xos xususiyatlari to‘g‘risida keng ma’noda gapirsak ham, ayolning homiladorlik, tug‘ruq

va chilla davri bilan bog‘liq butun hayot jarayoni (barcha hayot davrlari) asosida parvarishni olib borish kerak bo‘ladi.

Onalikdagi parvarishning ayolning o‘sishi va rivojlanishi (jinsiy garmonlar ta‘sirida) nuqtai nazaridan hamshiralik ishining boshqa sohalari bilan bo‘lgan aloqasi quyidagicha yoritiladi: a) onalikdagi parvarish doirasida inson funksiyalaridan faqat onalik funksiyasi keng yoritiladi; b) shuning bilan birga bolalar parvarishi, kattalar parvarishi, jamoatdagi parvarish va ruhiy parvarish bilan bo‘lgan o‘zaro aloqasi ham nazarda tutiladi.

Onalikda hamshiralik parvarishining vazifalari va tendensiyalari

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

Onalik va bolalikni himoya qilish tuzilmasida (strukturasi) parvarish faoliyati

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

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

O‘zbekiston Respublikasining “Oila kodeksi”, “Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida” gi 1993 yil 3 sentabrdagi 938-XII-son Qonuni, 1995 yil 21 dekabrdagi 161-1-son Qonuni bilan tasdiqlangan “Mehnat kodeksi”, “Xotin-qizlarga qo‘shimcha imtiyozlar to‘g‘risida” gi 1999 yil 14 apreldagi 700-1 son Qonuni, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 1996 yil 10 dekabrdagi “Bolali oilalarni davlat tomonidan qo‘llab-quvvatlashni yanada kuchaytirish to‘g‘risida” gi PF-1657 son Farmoni, “Xotin-qizlarning ijtimoiy muhofazasini kuchaytirishga oid qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida” gi 1999 yil 17 martdagi PF-2246-son Farmoni, O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining “Yosh avlodni sog‘lomlashtirish muammolarini kompleks hal etish

to'g'risida"gi 1993 yil 3 dekabrda 589-son Qarori, "Bolali onalarni ijtimoiy qo'llab-quvvatlashni kuchaytirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 1996 yil 10 dekabrda 437-son Qarori, "Bolalikdan nogiron tug'ilishning oldini olish uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarni hamda homilador ayollarda tug'ma va boshqa patologiyani barvaqt aniqlash bo'yicha "Ona va bola skriningi" davlat tizimini tashkil etish to'g'risida"gi 1998 yil 1 aprelda 140 son Qarori, "Sog'lom avlod" davlat dasturi to'g'risida"gi 2000 yil 15 fevralda 46-son Qarori, "Ona va bola" davlat dasturi to'g'risida"gi 2001 yil 5 fevralda 68-son Qarori, "Ayollar va o'sib kelayotgan avlod sog'lig'ini mustahkamlashga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi 2002 yil 25 yanvarda 32-son Qarori, "Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollarning sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalashning ustuvor yo'nalishlarini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 2002 yil 242-son Qarori va boshqa me'yoriy hujjatlarda Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish, onalar sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi uchun shart-sharoitlar yaratish borasida salmoqli ishlar amalga oshirilishi belgilab qo'yilgan.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2014 yil 1 avgustda 2221-sonli «O'zbekistonda 2014-2018 yillar davomida aholining reproduktiv salomatligini yanada mustahkamlash, onalar, bolalar va o'smirlar salomatligini muhofaza qilish bo'yicha Davlat dasturi» to'g'risidagi qarorida»

1. Sog'liqni saqlash tizimining barcha bo'g'inlarida aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, onalar, bolalar va o'smirlar salomatligini muhofaza qilish bo'yicha sifatli meditsina xizmatiga keng va ravon shart-sharoit yaratish, rivojlanishdan orqada qolgan bolalarni ijtimoiy reabilitatsiya qilish, nogiron bolalar va o'smirlarni sog'lomlashtirish, ularning jamiyatda to'laqonli o'rnini topishlari uchun kerakli shart-sharoitlar yaratish;

2. Tibbiy yordam ko'rsatish tizimi barcha bo'g'inlarida, xususan sog'liqni saqlash birlamchi zvenolarda.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasini malakali meditsina kadrlari bilan mustahkamlash.

3. Onalar, bolalar va o'smirlarga malakali, ixtisoslashgan va yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha zamonaviy infrastrukturani yanada rivojlantirish;

4. Onalar, chaqaloqlar, bolalar va o'smirlar parvarishini yaxshilash, ular orasida sog'lom turmush tarzini, sog'lom va oqibatli oila qurishni

targ'ib qilish bo'yicha tadbir va dasturlarda aholini faol jalb qilish va ishtirokini ta'minlash.

5. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash onalar, bolalar va o'smirlar sog'ligini muhofaza qilish borasida sog'liqni saqlashda axborot tizimini takomillashtirish, idoralararo hamkorlik faoliyati kordinatsiyasi, monitoringi va baholash tadbirlarini ta'minlash masalalari bo'yicha 2014-2018 yillarda mo'ljallangan Davlat dasturi tasdiqlandi va 2014-2018 yillar davomida uning bosqichma-bosqich amalga oshirish tadbirlari belgilandi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining ona va bola salomatligini muhofaza qilish ishlarini ya'nada takomillashtirish maqsadida 2009 yil 1 iyuldagi PQ-1144 sonli "2009-2013 yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni ya'nada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida"gi Qarori qubul qilinib, unda quyidagi vazifalar belgilandi:

1. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog'lom bola tug'ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

2. Tug'riqqa yordam ko'rsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'ini muassasalarining moddiy-texnik bazasini yanada mustahkamlash.

3. Aholi o'rtasida sog'lom bolalar tug'ilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sog'lom va ahil oila qurish, sog'lom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish bo'yicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

4. Bolalar va o'smirlarni jismoniy jihatdan beka mu-ko'st hamda uyg'un kamol toptirish, jismonan baquvvat va ma'nan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

5. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat ko'rsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash.

Dasturda belgilangan vazifalarni bajarishda quyidagi masalalarga jiddiy e'tibor qaratilishi ko'zda tutilgan.

1. Aholi o'rtasida targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borish bo'yicha:

a) aholining turli soha guruhlari o'rtasida reproduktiv salomatlik, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish masalalari bo'yicha mahallalar, maktablar, kollej-litseylar,

oliy o‘quv yurtlarida tematik suhbatlar, konferensiyalar, savol-javob kechalari, davra suhbatlari o‘tkazish;

b) homiladorlik, tug‘ruq va chilla davri va chaqaloqlik davrlarining xavfli belgilari, homiladorlar va go‘daklar oziqasi va parvarishi masalalari, unda oilaning mas’uliyati (qaynona va erining rolini alohida ta’kidlash) haqida maslahatlar berish.

2. Poliklinika va QVPlarida davolash - muhofaza ishlarini olib borish:

a) tuman tibbiyot birlashmalarida tor mutaxassislarni jalb qilib, rejali va tizimli ravishda o‘smir qizlarni profilaktik ko‘rikdan o‘tkazish;

b) QVP, tuman tibbiyot birlashmalari, viloyat markazlari sharoitida tug‘ish yoshidagi ayollarni profilaktik ko‘rikdan o‘tkazish, ular orasidan homiladorlikka mutloq va nisbiy moneliklari bo‘lgan ayollarni aniqlash;

v) tug‘ish yoshidagi ayollarga homiladorlikdan saqlanish usullari haqida maslahatlar berish;

g) homiladorlikka mutloq va nisbiy moneligi bo‘lgan ayollarni kontraseptiv (BIV, OK, IK, IJK va boshqalar) vositalar bilan qamrab olish;

d) bolalar bog‘chalari, maktablarda kasalliklarni aniqlash va dastlabki davrlarida diagnostika qilish va profilaktikasi uchun rejali va tizimli ravishda profilaktik ko‘rikdan o‘tkazish.

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

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

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

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

225 – moddasida ayollar mehnatini qo‘llanish taqiqlanadigan ishlar ta‘riflab o‘tilgan.

Unga ko‘ra, mehnat sharoiti noqulay ishlarda, shuningdek yer osti ishlarida ayollar mehnatini qo‘llash taqiqlanadi, yer ostidagi ba‘zi ishlar bundan mustasnodir. Ayollarning salomatligi uchun normadan ortiq mumkin bo‘lmagan yuk ko‘tarish va tashishlar ma‘n etiladi.

226 – moddasida homilador ayollarni yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarning ta‘siridan xoli bo‘lgan ishga o‘tkazish masalasiga e‘tibor qaratilgan.

Tibbiy xulosaga muvofiq homilador ayollarning ishlab chiqarish normalari, xizmat ko‘rsatish normalari kamaytiriladi yoki ular avvalgi ishdagi o‘rtacha oyliqi saqlangan holda yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarining ta‘siridan xoli bo‘lgan ishga o‘tkaziladi.

233 – moddasida homiladorlik va tug‘ish ta‘tiliga oid aniqlik kiritilgan. Ayollarga tuqqunga qadar 70 kalendar kuni va tuqqanidan keyin 56 kalendar kun (tug‘ish qiyin kechgan yoki 2 va undan ortiq bola tug‘ilgan hollarda 70 kalendar kuni) muddati bilan homiladorlik va tug‘ish ta‘tillari berilib, davlat ijtimoiy sug‘urtasi bo‘yicha nafaqa to‘lanadi.

234 – moddasida esa bola 2 va 3 yoshga to‘lgunga qadar parvarishlash uchun beriladigan ta‘tillar haqida so‘z ketadi. Homiladorlik va tug‘ish ta‘tili tugagandan keyin ayolning xohishiga ko‘ra unga bolasi 2 yoshga to‘lgunga qadar bolani parvarishlash uchun ish haqi saqlanmaydigan qo‘shimcha ta‘til ham beriladi.

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

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

Onalik va bolalikni muhofaza qilish. Onalar va bolalar salomatligini himoya qilish – butun mamlakat aholisining salomatligini saqlash

va mustahkamlash garovidir. Salomatlikni tiklash va muhofaza qilish bolalikdan boshlanadi. Bolalar sogʻligʻini saqlash va mustahkamlash uchun sogʻliqni saqlash tizimida maxsus tashkil etilgan onalik va bolalikni himoya qilish tizimi katta rol oʻynaydi. Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimining asosiy vazifalaridan biri – ona va bolalarga koʻrsatiladigan tibbiy yordam masalasi. Tibbiy yordam maxsus ambulatoriya – poliklinika va kasalxonalar sharoitida ayollar salomatligini muhofaza qilish, turli kasalliklarning oldini olish, ayniqsa, homiladorlik va tugʻruq davri asoratlari sonining kamayishiga, bolaning sogʻlom rivojlanishi va tugʻilishiga yoʻnaltirilgan boʻlishi kerak. Bu xizmatlar poliklinika, QVP, akusher-ginekologik majmualarda, ayollar maslahatxonalarida amalga oshiriladi.

Tibbiy yordamni rejalashtirish. Uni muvaffaqiyatli oʻtkazish uchun maqsadni ifodalash, tibbiy aralashuv sferasini tanlash, aralashuv meʼzonlarini aniqlash, guruh aʼzolari orasida vazifalarini aniqlab olish, xususiy kuzatish va axborotni yozib borish sistemasini ishlab chiqish muhim hisoblanadi. Oʻzbekistonning sogʻliqni saqlash tizimida birlamchi boʻgʻin shahar va tumanlarda oilaviy poliklinikalar, koʻp tarmoqli tuman markaziy poliklinikalari, ayniqsa, aholining asosiy qismini tashkil etadigan qishloq joylarda esa qishloq vrachlik punktlarida (QVP) xotin-qizlar va 0-14 yoshgacha boʻlgan bolalarga tibbiy xizmat koʻrsatish ishlari amalga oshiriladi.

Oʻzbekistonda QVP lar zamonaviy loyihalar asosida qurilgan, Jahon banki, Salomatlik-I, Salomatlik-II dasturlariga binoan tegishli diagnostik, davolash va profilaktika maqsadlari uchun foydalaniladigan asbob-uskunalar bilan jihozlangan. Aholi salomatligini muhofaza qilish uchun tegishli shart-sharoitlarga ega. Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2009 yil 13 apreldagi PQ-1096 sonli Qaroriga koʻra, namunali QVPlar modelini yaratish boʻyicha samarali ishlar olib borilmoqda. Yaʼni, QVPlarning moddiy texnik bazalarini yanada yaxshilash, ularni suv va elektr taʼminoti, asbob-uskunalarining uzluksiz ishlashi, xodimlar malakasini oshirishga katta eʼtibor qaratilmoqda.

Birlamchi boʻgʻinning profilaktik va davolash ishi: ona va bolaning salomatligini himoya qilish, homiladorlikdan oldin, homiladorlik va tugʻruqdan keyingi davrda malakali ambulator akusher-ginekologik yordam koʻrsatishga yoʻnaltirilgan.

Ayol hayotining turli davrlarida akusherlik yordami ko'rsatish

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

Homilador ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish

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

II BOB. O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIK YORDAM KO‘RSATISH MUASSASALARINING ISHINI TASHKIL QILISH.

TUG‘RUQ KOMPLEKSINING (BO‘LIMINING) TUZILISHI

Tug‘ruq kompleksida (bo‘limida) quyidagi tarkibiy bo‘linmalar bo‘ladi: stasionar, davolash-diaagnostik bo‘linmalar va ma‘muriy-xo‘jalik qismi.

Tug‘ruq kompleksining (bo‘limining) yoki ko‘p tarmoqli shifoxonalarning tug‘ruq bo‘limlari tuzilmasi davolash-profilaktika muassasalari qurilishi me‘yorlari va qoidalari talablariga, jihozlanishi, sanitariya va epidemiyaga qarshi kurashish tartibi - amaldagi me‘yoriy hujjatlarga mos bo‘lishi kerak.

Tug‘ruq majmuasi (bo‘limi) quyidagi qulayliklarga ega bo‘lishi lozim:

1. Kislorod ta‘minoti.
2. Issiq va sovuq suv ta‘minoti.
3. Kanalizatiya.

4. Ko‘chiriladigan va ko‘chmas bakterisid nurlatgichlar va ventil-yatsiya qurilmasi. Tug‘ruq kompleksi tuzilmasida quyidagi bo‘linmalar bo‘lishi lozim:

– qabul qilish va tekshirib ko‘rish bo‘linmasi (sanitariya ishlovidan o‘tkazish xonasi);

– homiladorlik patologiyasi bo‘limi (palatasi) (umumiy akusherlik o‘rinlarining 30-35% ni tashkil etadi);

– I akusherlik bo‘limi (umumiy akusherlik o‘rinlarining 25-30% ni tashkil etashi lozim);

– chaqaloqlar bo‘limi;

– II akusherlik bo‘limi (umumiy akusherlik o‘rinlarining 25-30% ni tashkil etashi lozim);

– homilador, tug‘ayotgan va tuqqan ayollar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo‘limi (palatasi);

– yangi tug‘ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo‘limi;

– ginekologiya bo‘limi (akusherlik majmuasi umumiy o‘rinlarining 15-20% ni tashkil etishi kerak);

– sterilizatsiya va laboratoriya bo‘limi.

Barcha bo‘limlar tegishli tibbiy asbob-uskunalar, jihozlar, parvarish vositalari bilan ta‘minlangan bo‘lishi kerak. Tug‘ruq komplekslarida (bo‘limlarida) ortiqcha jihozlar, foydalanilmaydigan apparatlarni saqlash taqiqlanadi.

Barcha bo‘limlardagi choyshab, kiyim-kechaklar va boshqalar tug‘ruq majmuasi (bo‘limi) uchun ajratilgan kirxonada yuvilishi kerak. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar va tuqqan ayollarning kiyim-kechaklarini yuvishda ketma-ketlikka qat‘iy rioya qilinishi lozim.

Tug‘ruq kompleksining (bo‘limining) har bir tarkibiy bo‘limlari xodimlari grafik asosida ishlaydilar.

Tug‘ruq komplekslarida (yoki ko‘p tarmoqli kasalxonalarining tug‘ruq bo‘limlarida) akusherlik va ginekologiya bo‘limlari alohida binolarda yoki qavatlarda joylashadi. Bunda tug‘ruq bo‘limi infeksiyon stasionar, kirxona va oshxonadan uzoqroqda bo‘lishi kerak.

Akusherlik bo‘limlariga qabul qilib o‘tkazish bloki orqali faqat homiladorlar, tug‘ayotganlar va tuqqan ayollargina yotqiziladi.

Ginekologik bemorlar uchun alohida qabul bo‘limi bo‘lishi lozim.

TUG‘RUQ KOMPLEKSI (BO‘LIMI) TARKIBIY BO‘LINMALARINING JHOZLANISHI VA ISHINI TASHKIL QILISH

Qabul va tekshirib ko‘rish bo‘limi

Qabulxonada bo‘lishi lozim: tibbiy xodim uchun stol, 2-3 ta stol, tarozi, bo‘y o‘lchagich, birlamchi tibbiy yordam ko‘rsatish uchun lozim bo‘lgan dorilar saqlanadigan shkaf (masalan: karaxtlik yoki eklampsiya).

Qabul bo‘limiga kelib tushgan ayolning umumiy ahvoriga baho beriladi, tana harorati o‘lchanadi, tomog‘i va terisi ko‘riladi, tomir urishi sanaladi, ikkala qo‘lida ham arterial qon bosimi o‘lchanadi. Doya ayolning almashuv xaritasi bilan tanishib chiqadi, homiladorlikkacha va homiladorlik davrida, ayniqsa, akusherlik kompleksiga (bo‘limiga) kelib tushishdan oldin boshidan kechirgan surunkali yallig‘lanish-yuqumli kasalliklarini aniqlaydi. Homilador va tug‘ayotgan ayolda atrofida gilar uchun xavf tug‘diruvchi kasallik mavjud bo‘lsa, uni shu zahotiy oq bu to‘g‘risida xabardor qilish va kuzatish yoki tug‘ish uchun maxsus ajratib qo‘yilgan (bokslangan) xonaga yotqizish zarur.

Ayolning almashuv xaritasi bo‘lmasa yoki almashuv xaritasida HvsAg, RW, VICH/OITSGa oid tekshiruv ma‘lumotlari yo‘q bo‘lsa,

ushbu infeksiyalarga tekshirish zarurati to'g'risida ayolni xabardor qilish va kerakli tekshiruvlar bilan ta'minlash zarur.

Qabul bo'limida barcha qon guruhlariga mansub, shu jumladan, rezus-manfiy omillikka, tekshirilgan zaxira donorlarining ro'yxati bo'lishi kerak.

Qonning umumiy tahlilini o'tkazish uchun kapillyar, predmet oynasi, skarifikator va ikkita paxta shariklaridan iborat individual yig'malar zaxirasi bo'lishi kerak. Undan tashqari bu yerda qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun zarur bo'lgan zardoblar yig'masi (shu jumladan, albatta AB(IV) guruh zardobi), likopcha va boshqa kerakli vositalar bo'lishi zarur.

Tekshirib ko'rish xonasi

Qabul bo'limining tekshirib ko'rish xonasida rezina choyshab (kleyonka) bilan to'liq yopilgan kushetka, ginekologik kreslo, 2 ta javon, sochiq, homiladorlar patologiyasi bo'limiga qabul qilinayotgan ayollar uchun xalatlar bo'lishi kerak.

Tekshirib ko'rish xonasida tarozi, bo'y o'lchagich, arterial qon bosimini o'lchash uchun tonometr (simobli yoki membranali), stetofonendoskop, akusherlik stetoskopi, qavatlangan, steril dokali va paxtali shariklar, har ehtimolga qarshi (ayol o'zi bilan olib kelmasa) tug'ayotganlar uchun steril, individual kiyim-kechak jamlanmasi, steril qo'lqop va rezina kateterlar, shuningdek, shoshilinch tug'ruq qabul qilish uchun zarur bo'lgan vositalar to'plami bo'lishi lozim.

Tug'ruq tarixini rasmiylashtirishda anamnez yig'ilishi zarur. Anamnez yig'ilib, tana a'zolari va tizimlari obyektiv tekshirilib, tana vazni hamda bo'yi o'lchangach, homilador yoki tug'ayotgan ayolni shifoxonaning yoki uni o'zi olib kelgan toza choyshabi bilan yopilgan kushetkaga yotqiziladi. Unda homilani joylanish holati, pozitsiyasi, homila boshining chanoq kirish tekisligiga bo'lgan munosabati turi va holati aniqlanadi, bir daqiqa davomida homilaning yurak urishi sanaladi, qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun qon tahlili va oqsilni aniqlash uchun siydik olinadi.

Barcha obyektiv tekshirish ma'lumotlarini ayol tegishli bo'limga o'tkazilgandan keyin tug'ruq tarixiga yozish kerak. Ayolni qabulxona bo'limida bo'lish vaqtini mumkin qadar qisqartirish lozim.

Iloji bo'lsa, ayolni o'zining toza ko'ylagi, xalati, oyoq kiyimiga kiyintirish lozim. O'ziniki bo'lmasa, shifoxonaning steril kiyimi beri-

ladi. Ayolning shaxsiy narsalarini uni kuzatib kelganlar olib ketadilar yoki ularni 2 ta xaltachaga solib (ikkinchi xalta oyoq kiyimi uchun) omborga topshiradilar. Akusherlik majmuasining barcha bo'limlariga qabul qilingan ayollar, yaxshisi, kir bo'lganda almashtirish sharti bilan o'z kiyimlaridan foydalanganlari ma'qul.

Homilador yoki tug'adigan ayollar:

- qon ketish (normal joylashgan yo'ldoshni muddatidan oldin ko'chi-shi, platsentaning oldinda yotishi, bachadon yirtilish xavfi yoki yirtilishi);
- gemorragik shok;
- homilani tug'ish jarayonida ko'ndalang kelishi kabi asoratlar bilan kelib tushganda, ularni zambilda ko'tarib, vrach yoki doya kuzatuvida zudlik bilan operatsiya xonasiga o'tkazish zarur.

Qabul bo'limida bo'lishi kerak:

- homiladorlar, tug'adigan va tuqqan ayollarni qabul qilish jurnali;
- bitga qarshi preparatlar bilan ishlov berishni qayd qilish jurnali;
- umumiy tozalash jadvali va qayd qilish jurnali.

Bularning barchasi ayolning ko'ziga tashlanmaydigan joyda turishi kerak.

Sanitariya ishlovi berib o'tkazish xonasi

Homilador va tug'adigan ayollar o'z xohishlari bo'yicha sanitariya ishlovidan o'tadilar. Dush qabul qiladilar, dushxona polida esa rezina gilamcha bo'lishi kerak. Tekshirib ko'rish xonasidan ayollar tibbiyot xodimi kuzatuvida tug'ruq blokiga yoki homiladorlik patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi.

Homiladorlik patologiyasi bo'limi (HPB)

Homiladorlik patologiyasi bo'limi ham akusherlik, ham ekstragenital patologiyasi bo'lgan homiladorlarga yuqori malakali tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Har bir homilador ayol uchun tug'ruqqa tayyorlash va uni olib borishning individual taktikasi ishlab chiqiladi. Somatik patologiyasi bo'lgan barcha homilador ayollar albatta terapevt, zarurat tug'ilganda tor ixtisosli mutaxassislar ko'rigi bilan ta'minlanishlari lozim.

Homiladorlik patologiyasi bo'limi:

- 1) homiladorlar uchun xonalar;
- 2) intensiv davolash xonasi;
- 3) muolaja xonasi (manipulyatsionnaya);

4) prosedura xonasidan iborat.

Homiladorlik patologiyasi bo'limini rejalashtirishda homiladorlarni tug'ruq majmuasining boshqa bo'limlarini chetlab o'tib, akusherlik bo'limiga to'g'ridan-to'g'ri o'tkazish ehtimolini e'tiborga olishi kerak.

HPBning ish tartibi somatik stasionar ish tartibiga moslashtiriladi.

Intensiv davolash xonasi (palatasi)

Intensiv davolash xonasi odatda HPBda, tug'ruq bo'limida esa zarurat tug'ilganda tashkil qilinadi.

Xonada funksional karavot, karavot yoniga qo'yiladigan tumbochka, tuvak, tuvak qo'ygich, tomchilab quyish uchun shtativ, zarur miqdordagi dorilar uchun shkaf, shprislar, ninalar, til ushlab turgich, og'iz kengaytirgich, laringoskop, asboblar uchun stol bo'lishi kerak. Agar xonada bemor ayol bo'lsa, unda karavot yonida narkoz apparati turishi lozim. Eklampsiya bo'lgan ayol uchun individual tibbiy post o'rnatiladi.

Muolajalar xonasi

Muolaja xonasi homilador ayollarni tashqi va ichki (qin orqali) akusherlik tekshiruvlari va kichik jarrohlik amallarini o'tkazish uchun mo'ljallangan.

Bu xonada quyidagilar joylashtiriladi: qinni tekshirish uchun ginekologik kreslo, 1 shkaf, 2 ta stol, 1 stul, kushetka, tumbochka, arterial qon bosimni o'lchaydigan asboblar, chanoq o'lchagich, santimetrli tasma, stetoskoplar, harorat o'lchagich termometrlar.

Shkafda bachadon bo'yni yetishmovchiligini operatsiya yo'li bilan bartaraf etish uchun tibbiy asboblar (qin ko'zgulari, ko'targich), 2 ta qisqich, 2 ta stol, mayda tishli qisqichlar, 2 ta anatomik va xirurgik pinsetlari, to'g'ri va egri uzun qaychilar, ignaushlagich, skalpel, har xil tikish ignalari), iplarni olish to'plami (anatomik va xirurgik pinsetlar, qaychi, skobkani olish pinseti). Bachadon bo'yni va qin sanasiyasi uchun zarur doka piliklar sterillash sanasi ko'rsatilgan va o'zi ham sterillangan biksda saqlanadi.

Homilador ayol kelib tushgan kunida qin tekshiruvlari zaruratga qarab o'tkaziladi. Platsenta oldinda joylashganligiga gumon qilinsa, qin tekshirishlari operatsiya xonasida o'tkaziladi.

Shuningdek, yetarli miqdorda kleyonka xaltada saqlanadi, dezinfeksiyalangan, to'shaladigan kleyonkalar ham bo'lishi zarur. Har bir ayol

tekshirib ko‘rilgandan keyin foydalanilgan kleyonkalik to‘shak maxsus ajratilgan idishda dezinfektant bilan zararsizlantiriladi.

Prosedura xonasi

Prosedura xonasida tahlil uchun tomirdan qon olinadi, ineksiyalar, homiladorlarga tomir orqali dori yuborish, qon quyish va boshqa amallar bajariladi.

Ushbu xonada: 2 ta javon, 2 ta stol, 1 ta stul, kushetka, suyuq va surtma dorilar, qon guruhlarini aniqlash uchuk zardoblar saqlanadigan muzlatgich, qon quyish uchun shtativ, dorilar uchun seyf bo‘lishi lozim.

Javonlarning birida dorilar, dori tarqatish uchun emal idishda menzurkalar, ikkinchisida qon guruhlarini aniqlash uchun likopchalar, Petri kosachalari, suv termometri, 3-4 ta Koxer qisqichlari, suv hammomi, qon quyish uchun steril sistema saqlanadi. Stolning birida mato va dokadan tayyorlangan shariklar hamda niqoblar saqlanadigan biks, steril shpris va ignalar joylashtiriladi. Ikkinchi stol qon quyishda va boshqalarda foydalaniladi.

Akusherlik bo‘limi

Akusherlik bo‘limlari o‘rinlar soniga qarab I akusherlik bo‘limi va II akusherlik bo‘limi tashki etiladi. Bo‘limlarning ikkalasi ham bir-biriga o‘xshash bo‘lib, tug‘ruqlar qabul qilish va tug‘ruqdan keyingi davrni olib borish uchun mo‘ljallangan. Atrofdagilar uchun xavf tug‘diruvchi infeksiyaning klinik belgilari bo‘lsa, ayollar maxsus ajratib qo‘yilgan (boks) xonalarga joylashtiriladi. Akusherlik bo‘limi tug‘ruq zallari (xonalar), tug‘ruqdan keyingi xonalar (palatalar), infeksiyasi bor ayollar uchun maxsus ajratilgan xona, operatsiya bloki hamda sanitar xonalaridan tarkib topadi.

TUG‘RUQ BLOKI

Tug‘ruq xonalari (zallari)

Tug‘ruq zalida xodimlar aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda ishlaydilar. Tug‘ruq zallari yaxshi tabiiy va sun‘iy yorug‘likka ega bo‘lishi, havo harorati 26 darajadan kam bo‘lmasligi (albatta termometr bo‘lishi kerak), eshiklari yopiq bo‘lishi kerak.

Tugʻruq blokida quyidagi xonalar boʻlishini nazarda tutish kerak:

a) tuvaklarni yuvish va dezinfeksiyalash, kleyonkalarni yuvish, dezinfeksiyalash va quritish xonasi;

b) yoʻldoshni vaqtinchalik saqlash uchun muzlatgich turadigan xona;

Individual tugʻruq zalida kushetka, tugʻadigan ayol va tugʻruq qabul qilish uchun karavotlar, sterillangan bikslar qoʻyiladigan oʻrindiqli, asboblardan stol, dori-darmonlar va tibbiy asboblardan javonlar, aylanadigan taburet, 1-2 ta stul, koʻchma reflektor, ehtiyot yoritgichlar, tomchilab quyish uchun shtativlar. Barcha inventar oson ishlov beriladigan narsa bilan qoplangan boʻlishi lozim. Elektr soʻrgʻich, narkoz apparati, chiqindi materiallarni yigʻish uchun 2 ta emallangan togʻora, qattiq inventar va jihozlarga ishlov berish uchun dezinfeksiyalovchi eritma solingan qopqoq bilan yopilgan emallangan raqamli idish, suv oʻtkazmaydigan materialdan qilingan fartuklar ham boʻlmogʻi lozim.

Dezinfeksiyalash uchun steril vetosh bir marta ishlatiladi, soʻngra u yuviladi, quritiladi va sterilizatsiya boʻlimiga topshiriladi.

Ogʻriqsizlantirish va reanimatsiya yordami koʻrsatish uchun zarur barcha vositalar, veneseksiya, oʻmrov osti vena qon tomiri punksiyasi, spinal, epidural va peridural ogʻriqsizlantirish uchun steril toʻplamlar alohida saqlanishi kerak. Bundan tashqari likopcha, suv termometri va qon guruhi hamda Solovev uslubi boʻyicha qon mosligini aniqlash uchun Petri kosachalari (zardoblar yigʻmasi muzlatgichda saqlanadi), qon quyish uchun sterillangan sistema, Li-Uayt boʻyicha qonning ivish vaqtini tekshirish uchun 2-3 probirka, qon olish uchun 5-6 ta flakonlar, shprislar, ninalar, iodning 5%li spirtli eritmasi, 1%li iodonat yoki 70⁰, 96⁰ li etil spirti bilan artilgan shisha flakonlar, qaychilar, yopishqoq malham (leykoplastir) va chiqindilarni tashlash uchun idish ham zarur boʻladi.

Dori-darmonlar uchun javonning bir qavatiga qon ketishda shoshilinch yordam koʻrsatish uchun barcha zarur dorilar joylashtiriladi, ikkinchisiga gestozlarda va uchinchisiga yurak - qon tomir sistemasi kasalliklari boʻlgan ayollarda qon aylanishining buzilishida ishlatiladigan dorilar qoʻyiladi. Stollarning biriga maxsus oʻrindiqlarga sterillangan toʻshagichlar, tagliklar, doka shariklar, xalatlar, rezina kateterlar solingan bikslar qoʻyib qoʻyiladi. Boshqa stolda 3 ta kornsang, 3-4 ta toʻgʻri qisqichlar, uzun egilgan qaychilar, qin koʻzgusi va koʻtargich, katta kyuretka (tugʻruqdan keyin bachadonni asboblardan yordamida tekshirish uchun), 1-2 ta Koxer qisqichi, 2-3 ta metall kateterlar, steril

shprislar, ninalar, iodning 5% li spirt eritmasi yoki 1% li iodonat saqlanadigan yaxshi yopilgan keng bo'yinli qora shisha banka, 70⁰ li spirt, sterillangan vazelin yog'i bo'lgan flakon, steril matoga o'ralgan kornsang solingan sterilizatorlar joylashtiriladi. Stol va maxsus o'ringdiqlarga steril materiallar va tug'ruq qabul qilish uchun steril jamlanmalar solingan bikslar ko'yib qo'yiladi.

Tug'ruq qabul qilish uchun kerak bo'lgan jamlanma ichiga quyidagilar kiradi:

a) tug'adigan ayol uchun: ko'ylak, to'shaladigan kleyonka, choyshab, kateter, mato shariklar;

b) doya uchun: xalat, qo'lqop, qalpoqcha. Vrach va doya uchun alohida toza respiratorlar;

v) yangi tug'ilgan chaqaloq uchun kiyim va tagliklar.

Yangi tug'ilgan chaqaloq uchun uydan olib kelingan kiyim-kechak (paxtalik, toza, dazmollangan) yoki chaqaloqlar uchun maxsus jamlanma: ishlatilsa yanada yaxshi bo'ladi.

Kindikka birlamchi ishlov berish uchun jamlanma 2 ta qisqich, qaychi, steril shariklardan tashkil topadi.

Kindikka ikkilamchi ishlov berish uchun jamlanma qaychi, qisqichlar, Rogovin qisqichi, 2 dona diametri 1 mm va uzunligi 1,5 sm bo'lgan ipak ligatura yoki steril rezina halkalar, steril shariklardan iboratdir.

Tuqqan ayol uchun jamlanma quyidagilardan iborat:

– bachadon bo'ynini tekshirib ko'rish uchun jamlanma (keng uzun plastinkasimon akusherlik ko'zgulari, katta ko'targich, 3 ta abortsang, 1 ta kornsang, 1 ta Koxer qisqichi);

– bachadon bo'yni, qin, oraliq yirtilishini tikish uchun to'plam (igna ushlagich, qaychilar, pinsetlar, bachadon bo'ynini ushlash uchun qisqich, oynalar); rezinali vakuum ekstraktori.

Yig'malar miqdori tug'ruq blokida bir sutka davomida o'rta hisobda nechta tug'ruqlar qabul qilinishiga bog'liq bo'ladi.

Tug'ruq zalida kislorod ta'minoti bo'lishi zarur

Markazlashgan kislorod ta'minoti bo'lmasa, palatadan tashqarida mahkamlangan kislorod ballonlaridan foydalaniladi. Barcha idishlar yog'li bo'yoqlar bilan raqamlangan bo'lishi, bikslarga yorliqlar bog'langan bo'lishi kerak.

Tug'ruq zallarida tozalikni saqlashda quyidagi tamoyillariga qat'iy rioya qilish zarur:

- qo‘llarni tozalash, steril qo‘lqop kiyish;
 - oraliqni toza tutish (toza suv bilan yuvish mumkin, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuvish tavsiya etilmaydi);
 - tug‘ruq karavotini sovunli suyuqlik bilan yaxshilab yuvish, kleyonkalarga ishlov berish;
 - kindikni steril sharoitda kesish;
 - yangi tug‘ilgan chaqaloqni parvarishlashda tozalikni saqlash (tibbiyot xodimi steril qo‘lqoplar kiyishi lozim);
 - kindik kesilgan joy qurishi va bitishi uchun ochiq qolishi kerak.
- Kindik kesilgan joyga biron-bir maxsus ishlov berish talab qilinmaydi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa onaning ko‘kragi tutilsa bachadon qisqarishini tezlashtiradi.

Bachadon qisqarishi uchun muz qo‘yish tavsiya qilinmaydi.

Tibbiyot xodimi yangi tug‘ilgan chaqaloqqa qilinayotgan har bir muolajadan oldin va undan keyin qo‘llarini sovunlab yuvishi lozim.

Ona va bolani tug‘ruq zalidan tug‘ruqdan keyingi palataga o‘tkazishda gipotermiyani o‘ziga xos zararini esda tutish va yangi tug‘ilgan chaqaloqni sovqotishdan saqlash choralari ko‘rish zarur. Bu xususda eng samaralisi yangi tug‘ilgan chaqaloqni ona ko‘kragida issiq adyol tagida olib o‘tishdir.

Yuqumli kasallik belgilari bo‘lgan qarindoshlar tug‘ruq zaliga kiritilmaydi.

Tug‘ruqdan keyingi bo‘lim

Akusherlik bo‘limining tug‘ruqdan keyingi palatalar soni bo‘limdagi o‘rinlar miqdoriga bog‘liq bo‘ladi. Bo‘limda quyidagilar ko‘zda tutilishi kerak:

- tekshirib ko‘rish xonasi (bu yerda tuqqan ayollarni ginekologik kresloda tekshirib ko‘riladi va tashqi jinsiy a‘zolari tozalanadi);
- prosedura xonasi;
- vaksinalarni saqlash xonasi (muzlatgich bilan);
- oshxonadan olib kelingan ovqatni tarqatish xonasi;
- dushxona;
- tuvaklarni yuvish va zararsizlantirish uchun qo‘shimcha yuvgich joyiga ega bo‘lgan sanitariya shaxobchasi.

Akusherlik bo‘limlarining barcha tug‘ruqdan keyingi palatalarida ish tuqqan ayol va uning chaqalog‘ini birgalikda bo‘lishi tamoyili bo‘yicha tashkil qilinishi kerak. Kasal bo‘lib qolgan yangi tug‘ilgan

chaqaloqlar ixtisoslashgan yordamning 11-bosqichiga, ya'ni ko'p tarmoqli bolalar kasalxonasining yangi tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi. Ruhiy kasallik aniqlangan tuqqan ayol oldida uni yaqin qarindoshlaridan biri yoki tibbiyot xodimi doimo bo'lishi lozim.

Ona tug'ruqdan keyingi palataga o'tkazilgandan so'ng uning umumiy holati tekshiriladi, tana harorati va qon bosimi o'lchanadi, bachadoni paypaslab ko'riladi, uni qisqarish darajasi tekshirib ko'riladi, shuningdek, tug'ruqdan keyingi ajralmalar hajmi nazorat qilinadi.

Tuqqan ayolning siydik pufagi tug'ruqdan keyingi 8 soat davomida bo'sh bo'lishi lozim. Agar siydik pufagi to'la bo'lsa, bachadon bo'shshishi mumkin va bu esa gipotonik qon ketishga olib keladi. Ayrim hollarda kateter ishlatishga to'g'ri kelishi mumkin, lekin infeksiya xavfini e'tiborga olib iloji boricha buni qilmaslikka harakat qilish kerak.

Tuqqan ayolni tug'ruqdan bir necha soat o'tgandan keyin oyoqqa turib yurishga sharoit yaratish zarur. Erta harakat qilish chaqalog'ini parvarish qilishida yordam beradi.

Alohida maxsus (boks) palatalar

Bu palatalar havo-tomchi yo'li bilan yuqish xavfi bo'lgan infeksiyon kasalliklar (silning ochiq shakli, O'RVI) belgilari bo'lgan tug'adigan va tuqqan ayollarni yotqizishga mo'ljallangan.

Alohida maxsus palatalar bitta ayolni joylashtirilishiga hisoblangan bo'lishi kerak. Bolasi alohida palataga yotqiziladi.

Alohida maxsus palataga o'tkazish, uning yotqizilishi yoki o'tkazilishi sababi ko'rsatilgan holda maxsus jurnalda qayd qilib qo'yilishi lozim.

Infeksiyalar asorati profilaktikasi

Infeksiya xavfini pasaytirish uchun tuqqan ayol shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilishi lozim. Bolaga qarashdan oldin qo'llarini muntazam ravishda yuvish, ayniqsa, muhimdir. Ona tashqi jinsiy a'zolari sohasini doimo, ayniqsa siydik va axlat chiqarishdan keyin toza tutishi kerak. Engashib yoki tog'ora ustida o'tirib oraliqni yuvib turish uni ozoda saqlashga imkon beradi. Yuvib bo'lgandan keyin oraliqni quritish kerak, lekin buning uchun talk yoki dezodorant ishlatmaslik lozim.

Infeksiyani oldini olish uchun gigiyenik taglikni tez-tez almashtirib turishi kerak.

Tuqqan ayol tugʻruqdan keyin paydo boʻlishi mumkin boʻlgan infeksiya alomatlarini kuzatib borishi lozim. Agar koʻkrak soʻrgʻichi quruq, toza boʻlsa va bolaga koʻkrak tutish toʻgʻri bajarilsa, soʻrgʻichlar shikastlanmaydi hamda bu orqali sut bezlarining infeksiyaga chalinishining oldini olish mumkin.

Uydan olib kelingan ichki kiyimlar unchalik toza boʻlmasa, u holda stasionar toza kiyimlaridan foydalanish zarur.

Operatsiya bloki

Operatsiya bloki stasionarning tarkibiy boʻlinmalaridan boʻlib, akusherlik boʻlimlari va bokslangan palatalardan alohida operatsiya amallarini bajarishga moʻljallangan xonalar majmuasidan iboratdir.

Operatsiya blokiga quyidagilar kiradi:

- operatsiya oldi xonasi;
- operatsiya xonasi;
- materiallar xonasi;
- maxsus kiyimlar va xodimlarning ishchi kiyimlari xonasi;
- apparatlar va asbob-uskunalarni joylashtirish xonasi;
- katta hamshira uchun xona.

Operatsiya bloki stasionar bakterisid nurlatgichlar va havoni tashqaridan tortib oladigan shamollatgich qurilmalariga ega boʻlishi lozim.

Namlik tartibida ishlaydigan hamda joriy namlab tozalanadigan xonalar (operatsiya, operatsiya oldi, boylov, narkoz, reanimatsiya xonolari, shuningdek, dushxona, hojatxona, huqna, ifloslangan kiyim-kechaklar saralanadigan xonalar) devorlari toʻliq glazurlangan plitkalar yoki namlikka chidamli boshqa materiallar bilan qoplanishi kerak. Bu xonalarning shiftlari yogʻli boʻyoqlar bilan boʻyalishi lozim.

Pollar suv oʻtkazmaydigan materiallar, operatsiya, operatsiya oldi va boshqa xonalarning poli esa antistatik marmar, plitka va hokazolar bilan qoplangan boʻladi.

Operatsiya xonalari bir-birini ustiga joylashtirilganda (koʻp qavatli binolarda), sogʻlom ayollar uchun operatsiya xonasi yuqorida, infeksiya alomati boʻlgan ayollar uchun esa pastki qavatda boʻlishi kerak.

Operatsiya blokida xodimlarni oʻz oyoq kiyimida yurishiga ruxsat berilmaydi.

Jarrohlar, hamshiralalar va operatsiya jarayonida ishtirok qiladigan boshqa shaxslar operatsiyaga kirishidan oldin maxsus kiyimlarini kiyadilar (ko‘ylak-ishton, oyoq kiyimi, bosh kiyimi), operatsiya oldi xonasida baxil, niqob kiyadilar, qo‘llarini yuvadilar, operatsiya xonasida sterillangan xalat va qo‘lqop kiyiladi (ularni operatsiya hamshirasi sterillangan biksdan olib berib turadi). Zarur bo‘lsa, operatsiyada qatnashayotganlar saqlanish vositalarini kiyadilar (ko‘zoynak).

Steril asboblarning stoli operatsiya amaliyotidan oldin steril choyshab bilan yopiladi va unga steril asboblarning yoyib qo‘yiladi hamda ustidan steril choyshab tashlanadi.

Boylash materiali, ichki kiyimlar va operatsiyada foydalanilgan boshqa narsalar ichida kleyonkalik xaltachasi bo‘lgan, ustida yopiladigan va raqamlangan maxsus ajratilgan idishga yig‘iladi.

Ayol operatsiya xonasidan intensiv davolash xonasi yoki operatsiyadan keyingi xonaga (palataga) o‘tkazilishidan oldin va u yerdagi karavot, karavot oldi tumbochkasi dezinfeksiyalovchi suyuqlik bilan artiladi. Karavotga toza ko‘rpa-to‘shak to‘shaladi.

Operatsiya bloki, boylash xonalari, reanimatsiya bo‘limi va intensiv davolash xonasi kuniga kamida 2 marta ho‘l latta bilan tozalanadi. Haftada bir marta operatsiya blokida va boylash xonalari umumiy tozalash o‘tkaziladi.

Operatsiya oldi xonasi

Operatsiya oldi xonasining jihozlanishi: 2 ta tumbochka, 2 ta stol, jarrohlar qo‘lini yuvishi uchun emallangan tog‘ora va uni qo‘yadigan taglik, qon va uni o‘rnini bosadigan suyuqliklarni saqlash uchun muzlatgich (operatsiya blokida buning uchun maxsus xona bo‘lmasa).

Muzlatgichlarda qon zaxirasiga ega bo‘lish kerak: rezus-musbat – O(I) guruh 2 flakon va qolgan guruhlariniki 1 flakondan, rezus-manfiy – O(I) guruh 2 flakon, A(II) va V(III) guruhlariniki 1 flakondan. Muzlatgichda qondan tashqari qonning barcha guruhlarining yangi muzlatilgan zardoblari 1 flakondan, albumin (2-3 flakon). Shuningdek, 6% li poliglyukin, reopoliglyukin, 5% li gemodez, 8% li jelatinol, kristalloid eritmalar (disol, trisol, xlosol va boshqalar) bo‘lishi kerak.

Operatsiya blokida og‘riqsizlantirish xizmati uchun xona bo‘lishi shart. Xonada nafas oldirish va narkoz apparatlarini yuvish, ivitish, ho‘llash va distillangan suv bilan chayish uchun ishlatiladigan idishlar to‘plami bo‘lishi lozim.

Operatsiya oldi xonasidagi suv jo'mragi oldiga qo'llarni yuvish uchun sterillangan cho'tkasi bo'lgan og'zi qopqoq bilan yopiladigan emal idish joylashtiriladi, shuningdek, steril matoga o'ralgan qaychi va kornsang qo'yiladi.

Qo'llar sovun va so'ngra dezinfektant bilan yuviladi.

Qorin bo'shlig'ida akusherlik operatsiyalari amaliyoti uchun kamida 2-3 ta, yangi tutilgan chaqalloqqa qon almashtirib quyish uchun 1-2 ta asboblardan va materiallar jamlanmasiga ega bo'lishi kerak. Bikslar amaldagi me'yoriy hujjatlarga asoslangan holda to'ldirilishi lozim.

Operatsiya xonasi

Jihozlanishi: operatsiya stoli, asboblardan uchun 2 ta stol (birida operatsiya ishi bajarilayotganda zarur bo'lgan hamma narsalar, jarrohga yaqin turadigan ikkinchi ko'chma stolda operatsiya ishining hozirgi bosqichida kerak bo'ladigan narsalar turadi), narkoz berish va nafas oldirish apparatlari, monitor, elektrokardiograf, elektr so'rg'ich (elektroos), vakuum - ekstraktor, koagulyator, defibrilyator va boshqalar, qon quyish tizimlari (sistemalari) uchun shtativlar, bir necha taburetkalar, qo'shimcha yoritish uchun ko'chma reflektor, foydalanilgan material uchun tog'oralar, yangi tug'ilgan chaqaloqni yo'rgaklash uchun kleyonka, g'ilofli matras to'shalgan yo'rgaklash stoli va yangi tug'ilgan chaqaloq o'pkasini sun'iy nafas oldirish uchun apparat bo'lishi kerak. Maxsus javonda steril shprislar, ninalar, bo'yni keng va tiqin bilan yopilgan, ipak va ketgut solingan shisha idishlar, ketgutlik ampulalar, bachadonni qisqartiruvchi vositalar, steril eritmalar (natriy xloridning izotonik eritmasi, 5% li glyukoza, yodning 3% va 5% li spirtli eritmasi solingan flakonlar) va 70% li etil spirti saqlanadi.

Operatsiya xonasida anesteziolog-reanimatolog vrach uchun tortib ochiladigan yashiklari bo'lgan ko'chma stol bo'lishi lozim. Stol yashiklarida umumiy og'riqsizlantirish va reanimatsiya choralarini o'tkazish uchun zarur bo'lgan dori-darmonlar, ingalyatsion narkoz uchun anestetiklar (geksenal, teopentali natriy anesteziolog-reanimatolog stolidan turishi mumkin). Ingalyatsion anestetiklar-ftorotan yorug'lik tushmaydigan joyda saqlanishi kerak.

Operatsiya xonasi kislorod va azot oksidi bilan ta'minlanishi kerak, markazlashgan kislorod berish mumkin bo'lmaganda, maxsus ajratilgan joyda uni ushlab turadigan qurilmalari bo'lgan va kavlab qo'yilgan joyga o'rnatilgan kislorod ballonga ega bo'lishi lozim. Katta operatsiya

xonasida stol va yangi tugʻilgan chaqaloqqa qon almashtirib quyish uchun zarur boʻlgan maxsus jamlanmalarga ega boʻlish kerak.

Operatsiya maydonini dezinfeksiyalash uchun 70° li spirt, 5% li iod, 1% li iodonat, iodopirin va xlorgeksidin biglyukonat (sterillangan salftka bilan 2 marta surtish uchun) qoʻllaniladi.

Qorinni tikishdan oldin hamshira barcha asboblari va doka salftkalar borligini sanab chiqadi hamda bu toʻgʻrisida jarrohga hisobot beradi.

Tikish materialini saqlash

Ketgut yodning 2%li spirtli eritmasida ogʻzi mahkam yopilgan shisha idishda saqlanadi; ipak va kapron iplar 70°li etil spirtida ogʻzi yopilgan bankalarda alohida saqlanadi.

Tikish materialini har bir yangi olingan partiyasini bakteriologik sterillikka tekshirish lozim, tikish materialini laborator tekshirish maʼlumotlari maxsus daftarda qayd qilib qoʻyilishi kerak. Musbat natija olingan holatlarda yozma ravishda darhol hududiy davlat sanitariya epidemiologiya nazorati tashkilotiga xabar berish zarur.

Har bir operatsiya xonasida oʻzining tikish materiali boʻlishi kerak. Ketgut 2 marta, ipak, kapron iplar 1 marta maxsus muhitga ekilgandan soʻng bakteriya topilmay steril holatda boʻlsa, ishlataverish mumkin.

Operatsiya xonasida havo harorati 22-26°S darajada, namligi 50 % da saqlanishi kerak, operatsiya va tozalash tugagandan keyin operatsiya bloki qulflab qoʻyiladi. Kalit navbatchi operatsiya hamshirasida saqlanadi.

Tibbiy asboblarga dastlabki sterilizatsiya ishlovi berish markazlashgan sterillash boʻlimida bajariladi.

Operatsiya blokining sanitariya xonasi quyidagi xonalardan iborat:

- a) ifloslangan kiyim-kechakni vaqtinchalik saqlash xonasi (kamida 6 kv. m);
- b) toza kiyim-kechaklarni saqlash uchun omborcha (kamida 6 kv. m);
- v) xonalarni tozalashda ishlatiladigan narsalarni qoʻyish uchun omborcha (kamida 4 kv. m.).

Anesteziologiya – reanimatsiya boʻlimi

Anesteziologiya – reanimatsiya boʻlimi tugʻruq majmuasi (boʻlimi) tarkibida tashkil qilinadi va uning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

– operatsiyada, tugʻruqlarda, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy ogʻriqsizlantirish, narkoz va regionar ogʻriqsizlantirishga tayyorlash va bajarish boʻyicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish;

– kasallik, operatsiya aralashuvi va boshqa sabablar tufayli yuzaga kelgan hayotiy muhim aʼzolar faoliyatini qoʻllab-quvvatlash hamda tiklash boʻyicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish;

Asosiy vazifalariga mos ravishda xodimlar:

– koʻrsatmalar boʻyicha homiladorligi asoratli kechgan, ekstragenital kasalliklari boʻlgan homilador va tuqqan ayollarga hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga intensiv davolash choralarini oʻtkazadi;

– umumiy va regionar ogʻriqsizlantirishning optimal uslubini aniqlaydi;

– operatsiya, tugʻruqlar, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy va regionar ogʻriqsizlantirish hamda operatsiyaga tayyorlash ishlarini amalga oshiradi.

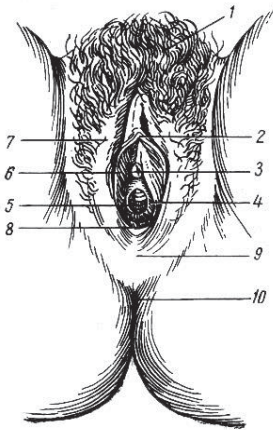
Tayanch soʻz va iboralar:

Tibbiy hamshira, oilaviy poliklinika, patronaj, gigiyena, akusherlik ginekologiya majmuyi, qabul boʻlim, fiziologik akusherlik boʻlimi, observatsiya boʻlimi, homiladorlik patologiyasi boʻlimi, chaqaloqlar boʻlimi, ginekologiya boʻlimi, sanitar-gigiyenik tadbirlar, epidemiyaga qarshi kurash

III BOB. AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

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

Tashqi jinsiy a'zolar (Genitalia externa)



1-rasm. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari

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

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

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

Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora) – uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat.

Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o'tadi. Katta jinsiy lablar orasi **jinsiy yoriq** (rima pudyendi) deb ataladi. Katta jinsiy lablar bag'rida **qin dahlizining katta bezlari** – **Bartolin bezlari** (glandulae Bartholinii) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar-

naysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yoʻli orqali tashqariga chiqadi, bu yoʻlining uzunligi 1,5-2 sm. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa boʻlimlari bagʻrida yotadi, ularning chiqarish yoʻllari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan hosil boʻlgan egatga ochiladi.

Kichik jinsiy lablar (labia pudendae minora) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti boʻlib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi boʻylab yotadi.

Klitor (clitoris) – kichkina konussimon tuzilma (erkaklar jinsiy aʼzosi (penis) ga analog aʼzo) boʻlib, qoʻshilib ketgan ikkita (gʻorsimon) tanadan iborat. Gʻorsimon tanalarda tutash boʻshliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu boʻshliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarning qoʻshilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina doʻmboqchaga oʻxshab turtib chiqib turadi.

Qizlik pardasi (hymen) -qoʻshuvchi toʻqimadan tuzilgan boʻlib, iffatli qizlarda qin kirish qismini toʻsib turadi. Qizlik pardasining teshigi boʻladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, kungirador va naysimon shaklda boʻladi. Baʼzan qizlik pardasining ikkita yoki bir nechta mayda teshigi kuzatiladi, goho yaxlit (teshiksiz) boʻladi. Qizlik pardasi tugʻma teshiksiz boʻlishi yoki bolalik davrida vulva yalligʻlanishi natijasida teshigi berkilib qolishi mumkin.

Birinci jinsiy aloqada qizlik pardasi yiriladi, ayni vaqtda yorilgan tomirlardan qon oqadi. Qizlik pardasidan gimenal soʻrgʻichlar (carunculae hymenales) qoladi.

Ichki jinsiy aʼzolar

(Genitalia interna)

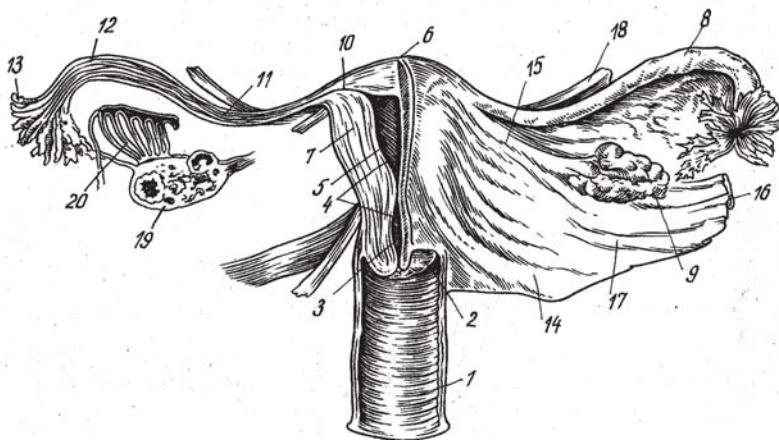
Ichki jinsiy aʼzolarga qin, bachadon, bachadon naylari (tuxum yoʻllari) va tuxumdonlar kiradi (2-rasm).

Qin (vagina s. colpos) – kichik chanoqning oʻrtasida yotgan naysimon, muskulli elastik aʼzodir. Qin oldindan va pastdan orqaga ham yuqoriga qarab boradi, qizlik pardasidan boshlanib, bachadon boʻyniga yopishadigan joyda tugaydi. Qinning boʻyi va eni ancha oʻzgaruvchan boʻladi.

Qinning oldingi devori oʻrta hisobda 7-8 sm, orqa devori esa 1,5-2 sm dan uzunroq. Qin choʻziluvchanligiga yarasha eni oʻzgaradi, u oʻrta

hisobda 2-3 sm bo‘ladi, shu bilan birga qinning pastki bo‘limi torroq, yuqori bo‘limi kengroq.

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



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

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

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

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

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

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

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

Tozalikning uchinchi va to'rtinchi darajalari odatda patologik jaryonlarda uchraydi, ya'ni uchinchi darajasi qin va bachadonning surunkali yallig'lanish, to'rtinchi darajasi o'tkir yallig'lanish kasalliklariga xos alomatlaridir.

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

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

Bachadonning yuqori qismini *tanasi* deb atashadi. Bachadon tanasining gumbaz shaklida ko'tariladigan, bachadon naylarining yopishish chizig'idan yuqoriroqdagi qismi bachadon *tubi* (fundus) deb ataladi.

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

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

Bachadonning bo‘yi tug‘magan ayollarda 7-8 sm, tuqqan ayollarda 9 sm, bachadon tanasi uzunligining $\frac{2}{3}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{3}$ qismi bo‘yniga to‘g‘ri keladi.

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

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

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

Muskul qavati (myometrium) – bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo‘lib, bu tolalar orasida qo‘shuvchi to‘qima qatlamlari bor. Muskul qavati qon tomirlar bilan mo‘l-ko‘l ta‘minlangan. Bu qavat uchta muskul qatlamiga bo‘linadi: 1) tashqi (qorin parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan; 2) o‘rta qatlami gir aylana va qiyshiq yotgan tolalardan ibora; 3) ichki (shilliq parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan.

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

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

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

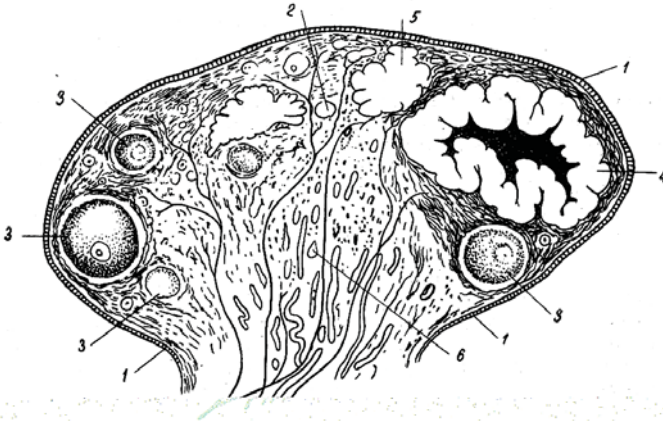
Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradi-da, voronka (ampulla tubae) shaklida tugaydi. Bachadon naylarining bo'yi 10-12 sm, eni har xil bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon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

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

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

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

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



3-rasm. Tuxumdonning kesilgan holatdagi ko‘rinishi (sxema).
 1-embriional epiteliy; 2-po‘stloq qavati; 3-rivojlanishning turli bosqichlaridagi
 follikulalar; 4-sariq tana; 5-sariq tana qoldig‘i; 6-mag‘iz (miya) qavati.

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

Sut bezlari

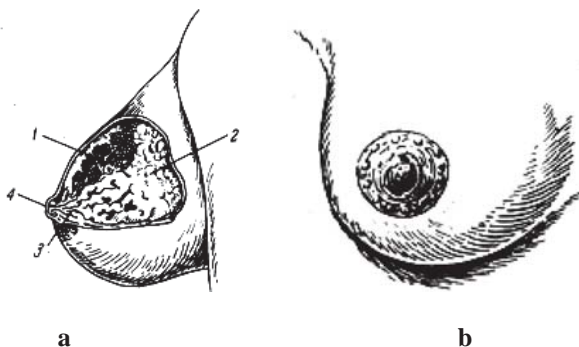
Sut bezlari (mammae) shingilga o‘xshash tuzilgan (4-rasm, *a*). Sut bezining parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo‘li (ductus lactiferus) ning atrofiga joylashadi va shu yo‘lning kanaliga tutashadi. Bez to‘qimasining bunday o‘choqlari birga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

Sut bezidagi pallalar soni 15 – 20 taga yetadi, har bir pallaning sut chiqarish yo‘li bor, alveolalar bilan bog‘langan hamma mayda yo‘llarning sekretu sut chiqarish yo‘liga quyiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo‘li emchak uchiga alohida-alohida (boshqa yo‘llarga qo‘shilmasdan) ochiladi; emchak uchida palla yo‘llarining soniga yarasha 15 – 20 teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo‘li emchak uchiga chiqishdan oldin emchak uchi tagida kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qabariq yuzasida emchak uchi (papilla mammae) bor (4-rasm, *b*), u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan.

Emchak uchi silindr yoki konus shaklida bo'lib, kattaligi har xil. Emchak uchi ba'zan yassi hatto ichiga tortilgan bo'ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi.

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

Sut gipofizning oldingi bo'lagidan ajraladigan laktogen gormonining ta'sirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa markaziy nerv tizimi idora etadi. Bola emizilganda sut bezining nerv elementlari ta'sirlanib, markaziy nerv tizimiga tegishli impulslar boradi. Nerv tizimida ro'y beruvchi o'zgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormon ko'proq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funksiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.



4-rasm. Sut bezi.

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

Nazorat uchun savollar

1. Tashqi jinsiy a'zolarning anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ichki jinsiy a'zolar qaysi a'zolar kiradi, ularning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. Qinning tuzilishi va fiziologiyasi, qinning tozalik darajasi ahamiyati.
4. Bachadon va bachadon naylari anatomiyasi, o'lchamlari, bachadon funksiyasi.
5. Bachadonning boylam apparati.

6. Tashqi va ichki jinsiy a'zolari qon bilan ta'minlaydigan asosiy qon tomirlar.

Tayanch so'z va iboralar

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

Test savollari:

1. Tuxumdonlar qanday gormon ishlab chiqaradi?

- a) adrenokortikotron gormonlar
- b) somatotron gormonlar
- c) teriotron gormonlar
- d) oksitosin, vazopressin gormonlar
- e) follikulin, progesteron gormonlar

2. Tashqi jinsiy a'zolarga nimalar kiradi?

- a) qin, qin dahlizi
- b) bachadon, qizlik parda
- c) bachadon naylari
- d) qov, katta va kichik uyatli lablar, bartolin bezlari
- e) tuxumdonlar

IV BOB. BALOG‘AT (JINSIY YETILISH) DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI. HAYZ KO‘RISH SIKLI

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

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

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

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

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

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

Jinsiy yetilish davrida psixologik va ijtimoy vazifalari. Jinsiy yetilish davrida sog'liqni muhofaza qilishning muhimligi onalikda hamshiralik parvarishining maqsadi ruhan va jismonan sog'lom bo'lgan farzandni tug'ib tarbiyalashdir. Onalikni muhofaza qilish nuqtai nazaridan qaralganda, bu maqsadni amalga oshirish uchun ona sog'lom bo'lishi kerak, bu esa jinsiy yetilish davridagi salomatlikka bog'liq. Bu davrning salomatligi esa bolalik davridagi salomatlikka bog'liq.

HAYZ KO'RISH SIKLI

Balog'atga yetgan, ammo bo'yida bo'lmagan ayol organizmida to'g'ri, navbat bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Biologik nuqtai nazaridan muhim rol o'ynaydigan, ritmik ravishda takrorlanadigan bu o'zgarishlar *hayz ko'rish sikli* deb ataladi.

Hayz ko'rish siklining davom etish muddati har xil bo'ladi. Aksariyat ayollarda sikl 28 kun (4 hafta) davom etadi, ba'zi ayollarda 21 kun (3 haftacha), ba'zilarida aksincha 30-35 kungacha davom etishi

mumkin. Davomiyligi qanday bo'lishidan qat'iy nazar har safar ritmik ravishda bir vaqtda keladigan hayz sikli fiziologik hisoblanadi.

Hayz qonining kelishi (menstratsiya) ayol organizmida 3-4 hafta davom etgan fiziologik jarayonning boshlanishi emas, aksincha homiladorlikka organizmni tayyorlash jarayonining so'nishi, urug'lanmay qolgan tuxum hujayraning nobud bo'lishidan dalolat beradi. Shu bilan birga hayz qonining kelishi siklik jarayonlarning eng yorqin, sezilarli belgisidir, shuning uchun siklni so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisob qilish amaliy jihatdan qulayroq.

Ayol organizmida ro'y beruvchi siklik o'zgarishlar jinsiy apparatda, ochiqroq aytganda, tuxumdonlarda va bachadon shilliq pardasida hammadan yaqqol ko'rinadi. Ammo jinsiy a'zolaridagi o'zgarishlar ayol organizmida to'lqin shaklida kechadigan umumiy o'zgarishlarning juz'iy bir ko'rinishidir. Hayz ko'rish siklida ritm bilan takrorlanuvchi o'zgarishlar: a) butun organizmda, b) tuxumdon - tuxumdon sikli, v) bachadonda - bachadon sikli ro'y beradi. Siklik o'zgarishlar jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida ham kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdon bilan bachadondagiga nisbatan kamroq seziladi.

Umumiy organizmdagi davriy o'zgarishlar. Tuxumdonlar bilan bachadondagi siklik o'zgarishlar markaziy nerv tizimiga ta'sir ko'rsatadi. Bu ta'sir refleksi (nerv) yo'li bilangina kifoyalanmaydi. Nerv tizimining funksiyasiga tuxumdon gormonlari ham ta'sir etadi. Hayz ko'rish siklining turli fazalarida tuxumdon gormonlarining qondagi miqdori o'zgarib turadi.

Nerv tizimining faoliyatidagi davriy o'zgarishlarga yarasha ko'p ayollar hayz ko'rishdan oldin tez asabiylashadigan, tez charchaydigan va uyquchan bo'lib qoladilar, hayz tugagach, o'zlarini tetik his qilib, kuchlariga kuch qo'shilgandek sezadilar. Hayz ko'rishdan oldin pay reflekslari ham kuchayadi, terlash va boshqa hodisalar kuzatiladi, bu o'zgarishlar hayz ko'rishdan keyin yo'qolib ketadi.

Hayz ko'rish vaqtida bosh miya po'stlog'idagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari tez almashinadi, bu almashinish pirovardida tormozlanish jarayonining kengroq tarqalishi bilan tugaydi. Normal hayz ko'rish siklida nerv tizimidagi o'zgarishlar fiziologik doirada bo'lib, ayolning mehnat qobiliyatini pasaytirmaydi. Bosh miya po'stlog'ining zo'r berib ishlashini talab qiladigan murakkab mehnat jarayonlarini ayollar hayz ko'rish vaqtida muvaffaqiyatli ravishda ado etaveradilar.

Hayz ko'rish sikli mobaynida qon aylanishi, termoregulyatsiya va modda almashinuvi to'lqin shaklida o'zgaradi, bu o'zgarishlar nerv

tizimi funksiyalarining fiziologik o'zgarishlariga bog'liq ekanligini rus olimlaridan D. O. Ott, S. S. Jixarev va boshqalar birinchi bo'lib qayd etishgan. Hayz ko'rishdan oldingi davrda pulsning qisman tezlashuvi, qon bosimining ko'tarilishi, tana haroratining biroz ko'tirilishi qayd qilinadi. Hayz ko'rish vaqtida puls birmuncha sekinlashadi, qon bosimi va harorat picha pasayadi. Hayz ko'rishdan keyin bu o'zgarishlarning hammasi o'tib ketadi. Hayz ko'rish sikli munosabati bilan eritrositlar, trombositlar miqdori va qondagi oqsil fraksiyalarining nisbati o'zgarishi kuzatilgan. Sut bezlarida sezilarli siklik o'zgarishlar ro'y beradi. Hayz ko'rishdan oldingi davrda sut bezlari bir qadar kattalashadi, tarang tortadi, ba'zan sezuvchan bo'lib qoladi. Bu hodisalar hayz ko'rishdan keyin o'tib ketadi. Bu o'zgarishlarning sababi shuki, hayz ko'rishdan oldingi davrda jinsiy gormonlar ta'sirida bez to'qimasining yangi kichik o'choqlari paydo bo'ladi, hayz qoni kelishi bilan yangi o'choqlar kichrayib, yo'qolib ketadi.

Hayz ko'rish siklida gipofizning oldingi bo'lagi, ayniqsa, muhim rol o'ynaydi. Gipofizning oldingi bo'lagida bir qancha gormonlar, shu jumladan tuxumdonlar funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar hosil bo'ladi. Gipofiz oldingi bo'lagining gormonlari tuxumdon funksiyalarini kuchaytirgani uchun gonadotrop gormonlar (gonadotropinlar) deb ataladi.

Gipofizda tuxumdonga ta'sir etadigan uchta gormon ishlanib chiqadi: 1) follikulani qo'zg'atuvchi gormon, tuxumdondagi follikulaning o'sishi va yetilishini, shuningdek, follikulyar (estrogen) gormon hosil bo'lishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (FSG); 2) tuxumdonda sariq tananing rivojlanishi va yetilishini kuchaytiradigan lyuteinlovchi gormon (LG); 3) sariq tana gormoni — progesteron hosil bo'lishini kuchaytiradigan lyuteotrop gormon (LTG). Lyuteinlovchi gormon sariq tanadan gormon ishlanib chiqishini kuchaytiradi deb taxmin qilinadi. Gonadotrop gormonlar jinsiy sistema funksiyalarini idora etib turadigan miyaning gipotalamus qismida hosil bo'luvchi relizing-faktorlar ta'siri ostida ishlanib chiqadi.

Hayz siklining birinchi yarmida, asosan, follikulalarni stimullovchi gormon (FSG), ikkinchi yarmida esa lyuteinlovchi gormon (LG) va lyuteotrop gormonlar (LTG) ishlab chiqariladi.

Tuxumdon sikli. Gipofizda ishlab chiqiladigan gonadotrop gormonlar ta'sirida tuxumdonda davriy takrorlanuvchi o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar uch fazaga bo'linadi: a) follikulning yetilishi —

follikulyar faza; b) yetilgan follikulning yorilishi — ovulyatsiya fazasi; v) sariq tananing rivojlanishi — lyutein fazasi.

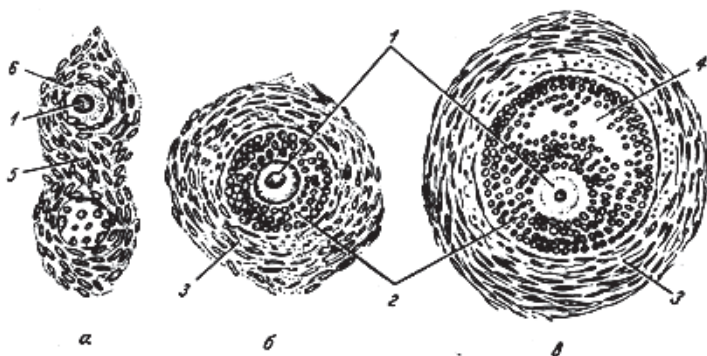
a) *Follikulning yetilishi davri*. Birlamchi (primordial) follikula yetilmagan tuxum hujayradan iborat, bu hujayra bir qavat epiteliy hujayralari (bo'lajak donador parda) bilan o'ralgan; follikula sirdan qo'shuvchi to'qima pardasi bilan qoplangan. Primordial follikulalar ona qornida yashash va ilk bolalik davrida hosil bo'ladi. 400000-500000 birlamchi follikuladan yetuklik davrigacha 35000-40000 tasi qoladi, qolganlari esa kichrayib, yo'qolib ketadi. Qolgan 35000-40000 birlamchi follikuladan 450-500 tasi to'la yetilib, qolganlari fiziologik atreziyaga duchor bo'ladi. Fiziologik atreziyaning birinchi marta K. F. Slavyanskiy tasvir etgan mohiyati shundan iboratki, follikula o'sa boshlaydi-yu, to'la rivojlanmasdan nobud bo'ladi, tuxum hujayra va uning donador pardasi parchalanib ketadi; nobud bo'lgan follikula qo'shuvchi to'qima bilan almashinadi.

Follikulaning yetilish jarayoni hayz ko'rish siklining birinchi yarmi, ya'ni 28 kunlik siklda 14 kunni, 21 kunlik siklda 10-11 kunni tashkil etadi.

Follikulaning yetilish jarayonida uning tarkibidagi hamma bo'laklar: tuxum hujayra, donador parda, qo'shuvchi to'qima pardasi katta o'zgarishlarga uchraydi (5-rasm).

Tuxum hujayra 5-6 baravar kattalashadi, uning yuzasida shisha-simon parda (zona pellucida) hosil bo'ladi, protoplazmasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxum hujayra ikki karra bo'lingandan keyin uzil-kesil yetiladi. Yetilish davridagi birinchi bo'linishda katta-kichik ikki hujayra vujudga keladi. Asosiy, katta hujayra o'z o'rnida qoladi (kichkinasi uloqtirib tashlanadi) va hademay ikkinchi marta bo'linadi, ayni vaqtda tuxum hujayradan xromosomalarning yarmi uloqtirib yuboriladi. Reduksion bo'linish deb ataladigan ikkinchi bo'linishdan keyin tuxum hujayra yetilib, urug'lanishga yaroqli bo'ladi.

Follikulyar epiteliy (donador parda) yetilish jarayonida proliferatsiyalanadi (hujayralar ko'payadi), bir qavatli epiteliydan ko'p qavatli epiteliyga aylanadi, follikulaning donador pardasi (membrana granulosa folliculi) hosil bo'ladi. Donador pardaning hujayralari dastlab tuxum hujayra bilan qo'shuvchi to'qima pardasi o'rtasidagi jami kamgakni to'ldiradi. So'ngra hujayralar to'plamining markazida suyuqlik bilan to'la bo'shliqlar hosil bo'ladi; bora-bora bo'shliqlar qo'shilib bitta bo'ladi, bu yagona bo'shliq follikulyar suyuqlik (liquor folliculi) degan tiniq suyuqlik bilan to'ladi.

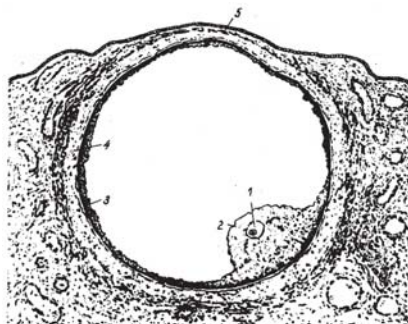


5-rasm. Follikula yetilishining boshlang'ich bosqichlari:

a-birlamchi (primordial) follikulalar; b-follikulaning yetila boshlashi; v-yetilayotgan follikulada bo'shliq vujudga kelishining boshlang'ich stadiyasi.

1-tuxum hujayra; 2-follikulaning donador pardasi; 3-follikulaning qo'shuvchi to'qima pardasi; 4-follikula bo'shlig'i; 5-tuxumdon stromasi; 6-birlamchi follikula epiteliysi.

Follikulyar suyuqlik to'plangan sayin donador parda hujayralari tuxum hujayraga va follikula devoriga surilaveradi. Donador pardaning tuxum hujayrani o'rab turgan hujayralari nurafshon toj (corona radiata) deb ataladi. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra donador pardaning devori yoqalab yotgan hujayralar to'plami ustida turadi. Bu hujayralar to'plami tuxumli do'mboqcha (cumulus ovigerus) deb ataladi (6-rasm). Yetilgan tuxum ho'jayra follikulaning yetilish paytigacha tuxumli do'mboqchadan uzoqlashib, follikulyar suyuqlik ichida turadi.



6-rasm. Yetilgan follikula.

1-tuxum hujayra; 2-tuxumli do'mboqcha; 3-follikulaning donador pardasi; 4-5-tuxumdonning follikula yoriladigan joydagi yupqa tortgan to'qimalari.

Follikulda estrogen (follikulyar) gormoni hosil bo‘ladi. Bu gormon organizmga har tomonlama murakkab ta‘sir ko‘rsatadi.

1. Balog‘atga yetish davrida estrogen gormon bachadon, qin, tashqi jinsiy a‘zolarini o‘stiradi va taraqqiy ettiradi, shuningdek ikkilamchi jinsiy belgilarni yuzaga chiqaradi.

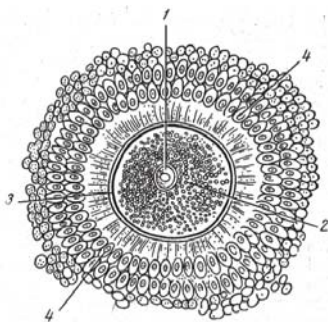
2. Vaqt-bevaqt yetiladigan follikulalardan ishlanib chiquvchi estrogen gormon yetuklik davrida bachadon shilliq pardasi hujayralarining proliferatsiyasiga (ko‘payishiga) sabab bo‘ladi.

3. Estrogen gormon bachadon muskullarining tonusini oshiradi, uning qo‘zg‘aluvchanligini va bachadonni qisqartiruvchi moddalarga sezuvchanligini kuchaytiradi.

4. Estrogen gormoni sut bezlarining rivojlanishiga, sekretsiyasiga yordam beradi, shuningdek jinsiy hissiyotni kuchaytiradi.

Follikula yetilgan sayin uning qo‘shuvchi to‘qima pardasi taraqqiy etadi. Bitta qo‘shuvchi to‘qima pardasi o‘rniga ikkita parda hosil bo‘ladi: ichki parda (theca interna) hujayra elementlariga va kapillyarlarga boy tashqi parda (theca externa) tolali bo‘lib, yirikroq tomirlari bor. Yetilayotgan follikula kattalashadi, qutbi tuxumdon yuzasi ustida do‘p-payib chiqa boshlaydi. Tuxumdon to‘qimasining shu joyi yupqa tortadi.

Ovulyatsiya fazasi. Yetilgan follikulaning yorilishi va uning bo‘shlig‘idan yetilgan, urug‘lanishga yaroqli tuxum hujayraning chiqishi ovulyatsiya deb ataladi (7-rasm). Nurafshon toj bilan o‘ralgan tuxum hujayra keyinchalik esa bachadon naylarining shokilalari harakati yordamida bachadon nayiga kiradi.



7-rasm. Nurafshon toj bilan o‘ralgan tuxum hujayra.

1-yadro; 2-protoplazma; 3-tiniq parda; 4-nurafshon toj.

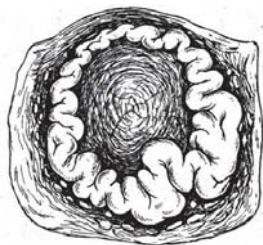
Ovulyatsiya 28 kunlik siklda hayz ko‘rish siklining birinchi kunidan hisob qilganda 14-15-kuni (21 kunlik siklda - 10-11 kuni) ro‘y beradi. Bu vaqt bo‘yida bo‘lish uchun eng qulay hisoblanadi.

Sariq tananing rivojlanish davri (lyutein fazasi). Yorilgan follikula o‘rnida yangi, juda muhim ichki sekretsiya bezi — sariq tana (corpus luteum) hosil bo‘ladi, undan progesteron¹ gormoni

¹ «Gestatio» — urug‘-avlodni davom ettirish so‘zidan kelib chiqqan; progesteron — organizmni homiladorlikka, urug‘-avlodni davom ettirishga tayyorlaydigan gormon.

ishlanib chiqadi. Sariq tana 28 kunlik siklda 14 kun (21 kunlik siklda kamroq) taraqqiy etadi, bu jarayon hayz ko'rish siklining ikkinchi yarmini - ovulyatsiyadan navbatdagi hayz ko'rishgacha o'tadigan vaqtni egallaydi.

Yorilgan follikula o'rmiida sariq tana quyidagicha taraqqiy etadi. Follikulyar suyuqlikdan va tuxum hujayradan xalos bo'lgan follikula puchayadi, devorlari burishib qoladi, yorilgan joyi bitib ketadi, bo'shlig'ida kichkina *qon laxtasi hosil* bo'ladi. Follikula bo'shlig'ini qoplagan donador parda hujayralari zo'r berib ko'payadi, kattalashadi, protoplazmasida lipoid modda (lyutein) to'planib, yangi hosil bo'lgan ichki skretsiya beziga sariq tus beradi («sariq tana» nomi shundan olingan). Donador parda hujayralari sariq tananing lyutein hujayralariga aylanadi. Donador parda hujayralari rivojlanishi bilan bir vaqtda qon tomir shahobchalari ham zo'r berib o'sadi. Qo'shuvchi to'qima pardasidan kirgan tomirlar lyutein hujayralarning o'sgan qavatida kapillyarlarning qalin to'rini hosil qiladi, bu to'r har bir hujayrani o'rab turadi. Tomirlarning rivojlanishi follikula bo'shlig'idan qon laxtasining rezorbsiyalanishiga yordam beradi.



8-rasm. Sariq tana (yashnayotgan stadiyasi).

Sariq tana eng ko'p rivojlangan fazasida (8-rasm) o'rmon yong'og'iday katta bo'lib, bir qutbi tuxumdon yuzasi ustidan do'ppayib turadi. Follikuladan chiqqan tuxum hujayra urug'lansa, homiladorlikning dastlabki oylari mobaynida sariq tana o'sib, yashnab boradi va ishlab turadi. Bu *homiladorlikning sariq tanasi* (corpus luteum graviditatis) deb ataladi. Ayolning bo'yida bo'lmasa, hayz ko'rish siklining 28-kunidan (uch haftalik siklda 21-kunidan) sariq tana so'na boshlaydi. Ayni vaqtda lyutein hujayralar nobud bo'ladi, tomirlar puchayib qoladi va qo'shuvchi to'qima o'sib qotadi; natijada sariq tana o'rni yamoq bo'lib qoladi, bu yamoq keyinchalik yo'qolib ketadi. Har bir hayz ko'rish siklida sariq tana hosil bo'ladi, bordi-yu ayolning bo'yida bo'lmasa, bu sariq tana *hayz ko'rishning sariq tanasi* (corpus luteum menstrationis) deb ataladi.

Sariq tana gormoni organizmga har tomonlama ta'sir ko'rsatadi:

1) progesteron ishlanib chiqishi tufayli bachadon shilliq pardasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar bachadonni homiladorlikka tayyorlaydi (sekretsiya fazasi);

2) progesteron bachadonning qoʻzgʻaluvchanligini va qisqarish funksiyasini susaytiradi, bu esa homiladorlikning taraqqiy etishiga imkon beradi;

3) progesteron follikula gormoni bilan birgalikda sut bezlarining sut ishlab chiqarishga tayyorlanishiga yordam beradi.

Sariq tana soʻna boshlagan paytdan boshlab progesteron ishlab chiqilmaydi. Tuxumdonda yangi follikula yetiladi, yana ovulyatsiya roʻy berib, sariq tana hosil boʻladi.

Bachadon sikli. Follikulada va sariq tanada hosil boʻladigan tuxumdon gormonlari taʼsirida bachadon tonusi, qoʻzgʻaluvchanligi va qon bilan taʼminlanishi siklik ravishda oʻzgaradi. Ammo endometriyning funksional qavati eng muhim siklik oʻzgarishlarga uchraydi. Bu siklik oʻzgarishlarning mohiyati shundan iboratki, proliferatsiya jarayoni navbat bilan takrorlanadi, endometriyning funksional qavati shundan keyin sifat jihatidan oʻzgarib, koʻchib tushadi va oʻrniga yangisi hosil boʻladi.

Tuxumdon sikli kabi, bachadon sikli ham 28 kun (baʼzan 21 yoki 30-35 kun) davom etadi. Bachadon sikli quyidagi fazalarga boʻlinadi: a) deskvamatsiya, b) regeneratsiya, v) proliferatsiya va g) sekretsia fazalari (9-rasm).

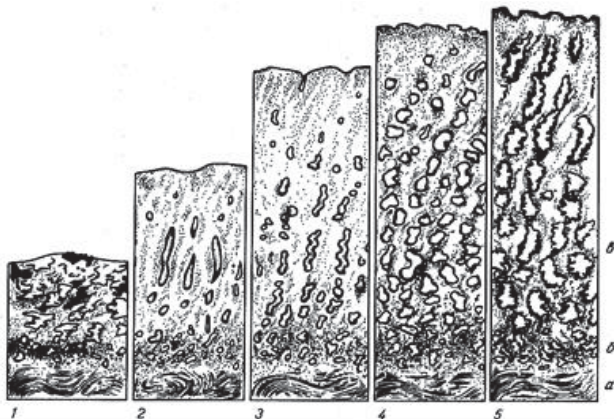
a) *deskvamatsiya fazasida* hayz qoni keladi, odatda 3-5 kun qon ketadi; hayz koʻrish aslida shuning oʻzidan iborat. Bu fazada bachadon shilliq pardasining funksional qavati parchalanib koʻchadi, bachadon bezlarining sekreti va yorilgan tomirlardan chiqqan qon bilan aralashib tashqariga chiqadi. Endometriyning deskvamatsiya fazasi tuxumdonda sariq tananing nobud boʻla boshlashi bilan bir vaqtga toʻgʻri keladi.

b) *shilliq pardaning regeneratsiya (tiklanish) fazasi* deskvamatsiya fazasidayoq boshlanib, hayz koʻrish boshlangach 5-6-kunga borib tugaydi. Bazal qavatdagi bez qoldiqlari epiteliysining oʻsishi va oʻsha qavatdagi boshqa elementlar (stroma, tomirlar, nervlar) proliferatsiyasi hisobiga shilliq pardaning funksional qavati tiklanadi (regeneratsiya).

v) *endometriyning proliferatsiya fazasi* tuxumdonda follikulaning yetilishi bilan bir vaqtga toʻgʻri keladi va siklning 14-kunigacha (21 kunlik siklda 10-11-kunigacha) davom etadi. Estrogen (follikulyar) gormonlar taʼsirida shilliq parda stromasi va bezlari oʻsadi (proliferatsiya). Bezlar boʻyiga choʻziladi, soʻngra pixga oʻxshash buralib-buralib qoladi, ammo sekret chiqarmaydi. Bu davrda bachadon shilliq pardasi 4-5 baravar qalin tortadi.

g) sekretiya fazasi tuxumdonda sariq tana taraqqiy etishi va yashashi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi, siklning 14-15-kunidan 28-kunigacha (ya'ni oxirigacha) davom etadi.

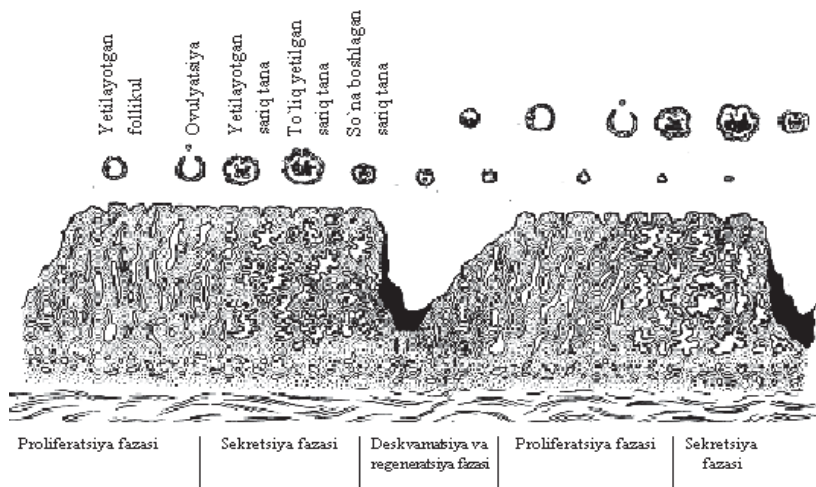
Sariq tana gormonining ta'sirida bachadon shilliq pardasi sifat jihatidan muhim o'zgarishlarga uchraydi. Bezlari sekret ishlab chiqara boshlaydi, bezlar bo'shlig'i kengayadi, bez devorlari xaltum-xaltum bo'lib do'ppayadi. Stroma hujayralari kattalashadi, picha yumaloqlanadi, homiladorlik davrida hosil bo'luvchi desidual hujayralarga o'xshaydi. Bachadon shilliq pardasida glikogen, fosfor, kalsiy va boshqa moddalar to'planadi. Hozirgina aytilgan o'zgarishlar natijasida bachadon shilliq pardasida murtakning taraqqiy etishi uchun (agar ayolning bo'yida bo'lgan bo'lsa) qulay sharoit vujudga keladi. Bordi-yu, ayolning bo'yida bo'lmasa, sariq tana nobud bo'ladi, endometriyning funksional qavati sekretiya fazasiga yetganda ko'chib tushadi, hayz qoni keladi.



9-rasm. Hayz ko'rish siklining turli fazalarida bachadon shilliq pardasi.

1-deskvamatsiya fazasi; 2 va 3 - proliferatsiya fazasi; 4 va 5 - sekretiya fazasi, a-bachadon shilliq pardasining muskul qavati; b-bazal qavati; v-funksional qavati.

Shundan keyin butun organizm, tuxumdon va bachadonda siklik o'zgarishlar yangidan boshlanadi (10-rasm). Yana tuxumdonda follikula yetiladi, ovulyatsiya ro'y beradi va sariq tana taraqqiy etadi, bachadon shilliq pardasida tegishli o'zgarishlar ro'y beradi. Bachadon bo'ynida, qinda va jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida siklik o'zgarishlar kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdonlar bilan endometriydagi o'zgarishlarga nisbatan kamroq seziladi.



10-rasm. Tuxumdonlar va epdometriydagi siklik o'zgarishlar sxemasi.

Yuqorida aytilgan siklik o'zgarishlar ayolning yetuklik (balog'at) davrida navbat bilan takrorlanib turadi. Homiladorlik va emizish kabi fiziologik jarayonlar munosabati bilan siklik o'zgarishlar to'xtaydi. Patologik sharoitda (og'ir kasalliklar, ruhiy kechinmalar, sifatsiz ovqatlanish va shunga o'xshashlar ta'sirida) ham hayz ko'rish sikllari buziladi.

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 organizmidagi siklik o'zgarishlar jarayonida hayz siklining birinchi yarmida follikulalarni stimullovchi FSG gormonlar ishlab chiqarilishini ta'minlovchi-RFFSG, ikkinchi yarmida esa sariq tanachani rivojlantiruvchi lyutiyeinlovchi (LG) va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqarilishini ta'minlovchi RFLG neyrosektorlar ajralib chiqadi va ular ichki sekretsia bezi-gipofizga ta'sir etib, gipofiz ham hayz siklining birinchi yarmida 14 kun davomida follikulalarni stimullovchi gormon (FSG) larni ishlab chiqaradi. Hayz siklining ikkinchi yarmida ovulyatsiyadan keyin esa sariq tanachaning rivojlanishini ta'minlaydigan lyuteiyeinlovchi 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, proliferatsiya jarayonlarini o'z boshidan kechirsa, progesteron ta'sirida sekretor faza faoliyati boshlanadi.

Shunday qilib neyrogumoral o'zgarishlar markaziy nerv tizimidan (bosh miya po'stlog'idan) gipotalamusga, gipotalamusdan gipofizga, gipofizdan tuxumdonga, tuxumdonan bachadonga berilib, siklik jarayonlar idora etiladi. Xuddi shuningdek bachadondan tuxumdonga, tuxumdonan gipofizga, gipofizdan gipotalamusga, gipotalamusdan markaziy nerv tizimiga teskari aloqa yo'li bilan impulslar - to'liqlar kelib turadi. Bu o'zgarishlar sxema tarzida 11-rasmda aks ettirilgan.

HAYZ KO'RISH DAVRINING GIGIYENASI

Normal hayz ko'rish 3-5 kun davom etadi, ammo 7 kundan oshmaydi. Har bir hayz ko'rishda 50-150 ml qon ketadi.

Hayz qoniga bachadon bezlarining sekretu va endometriy funksional qavatining parchalangan zarralari aralashadi.

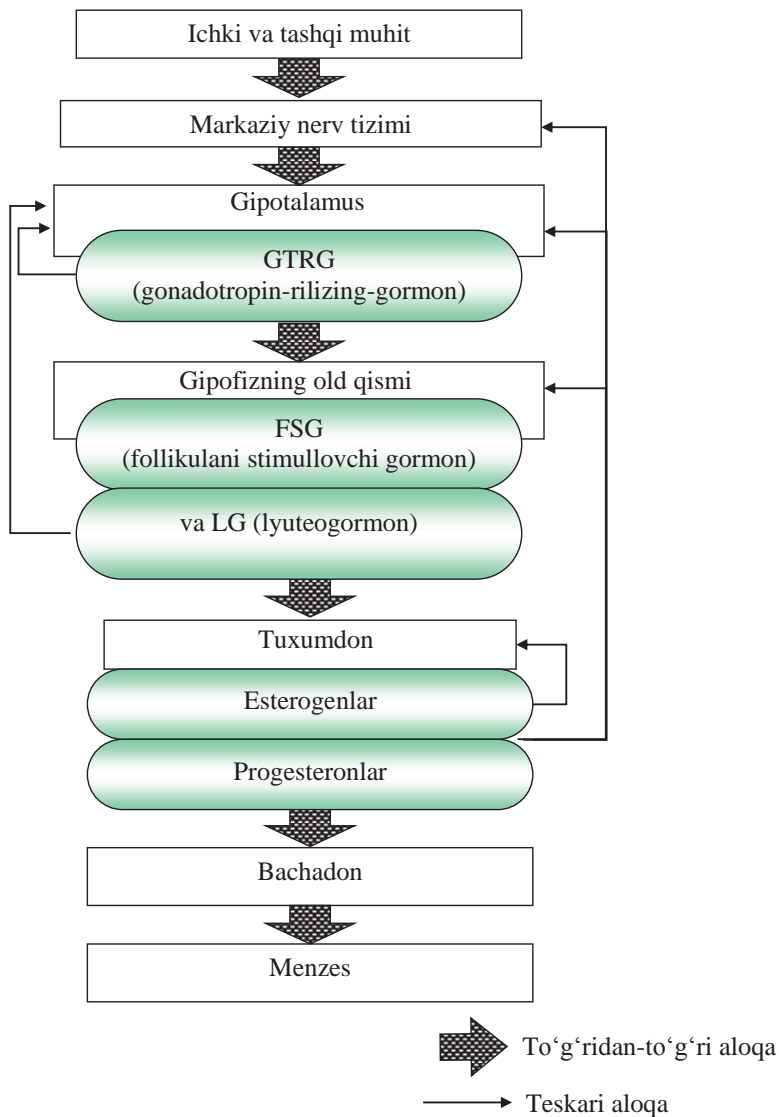
Hayz qoni odatda ivimaydi (buning sababi shuki, unda fermentlar bor), tomirlarda oqib turgan qonga nisbatan to'q rangli bo'ladi.

Hayz ko'rish normal hodisa hisoblanadi, ammo bu davrda organizmda kuzatiladigan o'zgarishlar gigiyena qoidalariga sinchiklab rioya qilishni talab etadi. Hayz ko'rish vaqtida ayol odatdagi ishini ado etaversa bo'ladi, ammo u ortiqcha charchamasligi, jismonan zo'riqmasligi, badanini sovutib yoki qizitib yubormasligi kerak.

Hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish kunlarida ichki a'zolarga, chanoq a'zolariga qon ko'p kelmasligi uchun o'tkir, dorivorli ovqat va spirtli ichimliklar iste'mol qilmaslik kerak. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy a'zolarga qon kelishi ko'p qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz ko'rish vaqtida endometriyning funksional qavati ko'chganligidan bachadonda "jarohat yuzasi" vujudga keladi. Patogen mikroorganizmlarning bu jarohatga kirib ko'payishi natijasida bachadon naylari, tuxumdonlar va chanoqning qorin pardasi yallig'lanishi mum-

kin. Modomiki shunday ekan, butun badanni va ayniqsa, tashqi jinsiy a'zolari pokiza tutish kerak.



11-rasm. Ayollar hayz sikli kechishining to'g'ridan-to'g'ri va teskari aloqa mexanizmlari.

Hayz qoni maxsus gigiyenik paxta-doka boylamga bermalol oqib tushib shimiladigan bo'lishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari qaynatilgan iliq suv bilan kuniga 2-3 marta yuvib turish zarur. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy aloqa qilish va qin chayish yaramaydi, chunki bunda bachadonning jarohat yuzasiga patogen mikroblar kirib yallig'lantirishi mumkin. Hayz ko'rish kunlarida dushga tushish tavsiya etiladi, ammo vannaga tushish maslahat berilmaydi, chunki ifloslangan suv vannadan qinga kirishi mumkin.

Korxonalarda gigiyenik muolajalarni ado etish uchun moslashtirilgan maxsus xonalar bo'lishi lozim, bu muolajalar hayz ko'rish davrida ayniqsa, muhimdir.

Hayz vaqtida o'z-o'zini parvarishlash

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

Hayz davriyligining mohiyati

Jinsiy yetilish davri boshlanishi bilan ayolda birinchi hayz kela boshlaydi, bu ayollarning erkaklardan farqli bo'lgan jismoniy xususiyatidir. Bu jismoniy xususiyatlar embrional davrdan boshlanadi. Embriional davrda tuxumdonlarda erkaklar gormonlari ishlab chiqariladi. Gipotalamusda erkaklar jinsiy gormonlarining davriyligi buzilib, faqat ayollarda gormonlar davriyligi saqlanib qoladi.

Buning oqibatida, ayolda erkaklar gormoni ishlab chiqarilmay, davriylik saqlanib qoladi. Lekin bu ayolning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy hayotiga ta'sir ko'rsatadi.

Masalan: o'rta hisobda, ayol 35-40 yil davomida hayz ko'radi. Agar ayol bir marotaba bo'lsa ham homilador bo'lmasa, 6 yildan ko'p vaqt hayz ko'rgan bo'ladi.

Ayolning hayzga qanday munosabatda bo'lishi hayot tarziga katta ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi ayollar hayzni fiziologik holat deb, salomatlik belgisi hisoblaydilar va unga ijobiy qaraydilar. Ba'zilari esa, hayzga kasallik yoki noxush vaziyatga qaragandek munosabatda bo'ladilar.

Shuning uchun ayol hayzni qanday anglashi, uning hayotida o‘z aksini topadi.

Jinsiy yetilish davrida hayzni anglash, ayollik va onalik

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

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

Hayz tahlili

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

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

Predmenstrual sindrom – bu bir necha xil simptomlar yig‘indisi bo‘lib, hayzdan avval paydo bo‘ladi va hayz vaqtida ham kuzatiladi. Ular quyidagilardir: asab tizimi va bosh miya simptomlari: bosh og‘rig‘i, boshning og‘irligi, bosh aylanishi, kayfiyatning tushkunligi, asabiylashish, uyquga to‘ymaslik, behalovatlik, tajanglik; ovqat hazm qilish tizimidagi simptomlari: qusish, ich qotishi, ich ketishi; harakat va qon aylanishi tizimi simptomlari: qo‘llarning uvishishi, qorin pastki qismida

ogʻriq, bel sohasida ogʻriq, charchoqlik hissi, koʻkrak va uning uchlarida ogʻriqlar. Yuqoridagi simptomlar fiziologik boʻlib, bezovta qilmasa xavotirlanishga oʻrin yoʻq, ammo chidab boʻlmasa, mutaxassisga murojaat etish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Jinsiy yetilish davri haqida tushuncha.
2. Jinsiy yetilish davrida qiz bola organizmidagi fiziologik oʻzgarishlar.
3. Hayz va uning boshqarilishi.
4. Hayz koʻrishda tuxumdondagi oʻzgarishlar.
5. Hayz koʻrishda bachadondagi oʻzgarishlar.
6. Balogʻat davri gigiyenasi.
7. Predmenstrual sindrom.

Tayanch soʻz va iboralar:

1. Jinsiy yetilish davri – 7-8 yoshdan boshlanib, 18 yoshgacha davom etadi.
2. Hayz koʻrish – bachadondagi siklik oʻzgarishlarning deskvamatsiya fazasi boʻlib, unda qon kelishi kuzatiladi.
3. Tuxumdon siklining follikulaning yetilish fazasi – normal hayz siklining tuxumdondagi 1-fazasi boʻlib, tuxumdonda tuxum hujayra, yaʼni follikula yetiladi.
4. Deskvamatsiya – hayz koʻrishda bachadon siklining 1-fazasi hayz qoni kelishiga toʻgʻri keladi, bachadon endometriyasining funksional qavati koʻchib tushadi.
5. Regeneratsiya – hayz siklining bachadon siklidagi 2-faza, bachadon endometriysi funksional qavatining tiklanishidir.
6. Prolifiratsiya – bachadon siklining 2-fazasining davomi hisoblanadi, endometriyning shilliq qavatining tez oʻsib tiklanishi.
7. Sekretsia- hayz siklining bachadon siklidagi 3-fazasi.

V BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLAR SALOMATLIGINI MUHOFAZA QILISH. REPRODUKTIV, FERTIL DAVRDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Akusher-ginekologik yordam ko'rsatuvchi muassalarning vazifalari:

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

Zamonaviy tug'ruq kompleksi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Ko'p tarmoqli yordam ko'rsatuvchi ambulator poliklinika bazasi, akusherlik stasionarni, xotin-qizlar maslahatxonasi, reanimatsiya va intensiv terapiya xizmati, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birinchi bosqichda parvarishlash bo'limi, ginekologik bo'lim va maxsus yordam ko'rsatish uchun tibbiy jamoa.

Akusherlik – stasionar quyidagilardan tashkil topgan:

Qabul bo'limi, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi bo'limlar, chaqaloqlar bo'limi, shuningdek homilador ayollar patologiyasi bo'limi. Ginekologik bo'lim tug'ruq kompleksi yoki ko'p tarmoqli shifoxonalar tarkibida bo'lib, ginekologik kasalliklari bo'lgan ayollarni konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolashga yo'naltirilgan.

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

1. Operatsiya yo'li bilan davolashga muhtoj bo'lgan bemorlarni gospitalizatsiya qilish – operativ ginekologiya bo'limi. 2. Bemorlarni konservativ yo'l bilan davolash – konservativ ginekologiya bo'limi. 3. Homiladorlikni to'xtatish (abort) palatasi yoki bo'limi (abortariy).

Ona va bola salomatligi markazlari – barcha ayollar va erkaklar hamda o'smirlarning jinsiy yetilish davrida yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. **Uning asosiy ish uslublari:** akusher-ginekologik yordam ko'rsatish, maxsus qabul sharoitida maslahatlar berish, sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iborat.

Markazda: akusher-ginekologlar, seksolog, seksopatologlar, androloglar va psixologlar ish olib boradilar. Markaz oilaviy muammolarni yechishga ham yordam beradi, bu yerga faqat ayol emas, balki er-xotin,

o'smir va erkak murojaat qilishi mumkin. Markaz mutaxassisleri juda katta sanitariya-oqartuv ishlarini ham olib borishadi: O'rta tibbiy xodimlar maktablarda, o'rta-maxsus o'quv muassaslarida, oliy o'quv yurtlarida, ishlab chiqarish korxonalarida turli mavzularda ma'ruzalar o'qiydilar, suhbat, davra suhbatlari o'tkazadilar

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

Perinatal markazlar respublika va viloyat markazlarida tashkil etilib, aholiga akusherlik va ginekologiya xizmatini ko'rsatish tizimlaridan biri hisoblanadi. Ular tarkibida skrining markazi, reproduktiv salomatlik markazlari bo'lishi mumkin. O'zbekiston Respublikasida hozirgi kunda respublika poytaxtida va viloyatlar markazlarida alohida faoliyat ko'rsatuvchi reproduktiv salomatlik, perinatal, skrining markazlari mavjud.

Onalikda hamshiralik parvarishining faoliyati

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

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

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

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

Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning roli

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

Hamshira akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonini olib borishda ayol va uning oilasiga turli davrlarda davolash-profilaktik

yordam ko'rsatadi, nazorat va kuzatuvni olib boradi, ginekologik patologiya holatlarida kerakli yordamni ko'rsatadi. Tibbiyot hamshirasi – ayolga va uning oilasiga maslahatchi, yordamchi vazifasini bajaradi. U hamshiralik jarayonining barcha bosqichlari: birlamchi tekshiruvni o'tkazish, bemor muammolarini aniqlash, hamshiralik parvarishini rejalashtirish, parvarishni amalga oshirish, parvarishning natijalarini kundalik va yakuniy baholashi shart. Hamshira xavfli omillar, klinik belgilar, asoratlar haqida bilishi shart. Ginekologik kasalliklarni oldini olish, bemorlar va tibbiy xodimlarni infeksiyaga xavfsizligini ta'minlashi shart. Hamshira akusherlik va ginekologiyada shoshilinch holatlarda birinchi yordam ko'rsata olishi, tug'ruqni qabul olishi kerak.

Sog'liqni targ'ibot qilish konsepsiyasi

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

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

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

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

1992 yildan boshlab bolalar ginekologi kabinetlarining ochilishi, bolalar sog'lig'ini muhofaza qilishda asosiy tadbirlar, reproduktiv faoliyatning buzilishi va ginekologik kasalliklarni oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Bu tadbirlarga – bolalar va o'smirlarda uchraydigan jinsiy sistemasining funksional buzilishlari va kasalliklarini davolash, o'z vaqtida tashxislash va oldini olish kiradi. Bolalar va o'smirlar ginekologiyasi muammolari o'rganib chiqilganda, hamda ushbu sohada

qilingan ilmiy tadqiqotlarni tadbiiq qilish natijasida, ushbu soha bo'yicha mutaxassis – shifokorlar tayyorlash ehtiyoji tug'ildi. Bu mutaxassislar bolalarning jinsiy a'zolarida uchraydigan kasalliklar va buzilishlarni davolash va oldini olish uchun yordam ko'rsatadilar. Bunday mutaxassislarni tayyorlash O'zbekistonda 1992 yildan boshlangan.

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

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

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

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

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

Sanitar-oqartuv ishlari turli xil shakllarda o'tkazilishi mumkin: suhbat va ma'ruzalar o'tkazish, ko'rgazmalar tashkil etish, sanitar-oqartuv kitobchalar va sanbyulleten tayyorlash. Sanitar-oqartuv ishlari ning mavzusini va turlarini akusher-ginekologlar aniqlaydilar va unda davo maskanlarining hozirgi vaqtdagi asosiy masalalarni inobatga olgan holda tashkil qiladilar.

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

Reproduktiv salomatlik konsepsiyasi

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

Reproduktiv salomatlik konsepsiyasini rivojlanishi:

1. 1990 yil - Fathalla tushunchasi (inson reproduksiyasi taraqqiyoti tekshirish maxsus dasturining rahbari). Reprodukativ salomatlik nafaqat reproduktiv davrda kasallik va patologiyalarning boʻlmasligi, balki jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatga toʻliqligidir.

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

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

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

2. Har bir ayol bexatar homiladorlik va tugʻish huquqiga ega.

3. Barcha yangi tugʻilgan chaqaloqlar sogʻlom va baquvvat boʻlishlari kerak.

4. Jinsiy infeksiyalardan xalos boʻlish kerak.

4. 1994 yil - BMTning uchinchi Xalqaro konferensiyasida (Kair, 1994 yil) aholishunoslik va taraqqiyot masalalari boʻyicha quyidagi ish rejasi tasdiqlandi: “Reproduktiv salomatlikni saqlab qolish maqsadida zamonaviy oilani rejalashtirish usullarini ommalashtirish”.

5. 1995 yil - Toʻrtinchi ayollar Xalqaro konferensiyasida quyidagi qonuniy loyiha qayta tasdiqlangan “Ayol va salomatlik”, bunda

reproduktiv salomatlik konsepsiyasi, huquq hamda jinsiy salomatlik masalalari kiritildi. Deklaratsiyada asosan, har bir ayol o'zining jinsiy salomatligini saqlashi kerak va bunga o'zi javobgarligini bilishi kerak, chunki bu ayolning insoniy huquqidir.

Reproduktiv salomatlik va huquq tushunchasi

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

Ayol reproduktiv salomatligi va huquq masalalari

Ayollarning reproduktiv salomatligi erkaklarnikiga nisbatan xavf ostida turadi, chunki homiladorlik va tug'ruq ayol organizmida ro'y beradi. Masalan, istalmagan homiladorlik tufayli qilinadigan abort yoki istalgan homiladorlikdan keyingi tug'ruqdan kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar ayolning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Yaponiyadan kelgan ma'lumotlarga ko'ra, fertil yoshdagi ayollarning umumiy kasalliklari ichida 30% - jinsiy a'zo kasalliklari tashkil qiladi; erkaklarda esa – 12% (bu ayollarga nisbatan 1/3 to'g'ri keladi. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar: ayollarda – 8,9 %, erkaklarda esa – 1,5%. Ushbu ma'lumotlarga ko'ra, ayollar erkaklarga nisbatan jinsiy xavfga 3 baravar ko'p uchraydilar. Reproductiv jarayonni kechishi hamda jinsiy a'zolari tuzilishi va faoliyati orqali jinsiy farq namoyon bo'ladi. Ayollarning jinsiy a'zolaridagi kasalliklarning belgilari kamdan-kam holatlarda namoyon bo'ladi, ayollar o'z xohishlariga ko'ra profilaktik tekshiruvlardan o'tmaydilar, shu sababli kasallikni tashxislash qiyin kechadi.

Har bir insonning individualligi reproduktiv salomatlik va seksuallik tushunchalariga ta'sir qiladi (onalik mohiyati integratsiyasi). Onalikning salomatligini saqlash va yaxshilash ayolning reproduktiv salomatligiga bog'liq. Ayollar sog'lig'ini muhofaza qilishning bugungi

masalalari: reproduktiv salomatlik va huquqni himoyalash va bunga bogʻliq muammolarni aniqlash.

Nazorat uchun savollar:

1. Akusherlik va ginekologik yordam koʻrsatish muassasalari ishini tashkil qilishi.
2. Tibbiyot hamshirasining vazifalari, oʻrni va maʼnaviy qiyofasi.
3. Epidemiyaga qarshi sanitar – gigiyenik tadbirlar;
4. Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining 2003 yil 13 noyabrdagi 500-sonli buyrugʻining mohiyati.

VI BOB. KONTRASEPTIV VOSITALARNING ZAMONAVIY USULLARINI QO‘LLASHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

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

Sog‘lom oilani shakllantirish

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

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

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

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

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

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

Sog'lom oilani rejalashtirish masalasiga xavf omillari mavjudligi nuqtai nazardan yonashilganda, ularni barvaqt aniqlash va xavflilik darajasini to'g'ri baholash oilani o'z vaqtida sog'lomlashtirish imkonini beradi. Xavf omillari ta'siriga duchor bo'lgan oilalarda ularni sog'lomlashtirish uchun chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish, malakali tibbiy yordam ko'rsatish, kadrlar malakasini oshirish va shu kabilarni amalga oshirish uchun sharoit yaratadi.

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

va tibbiy faollikning pastligi, oilaning yupun yashashi kabilarni kiritish mumkin.

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

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

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

homilador bo‘lish va tug‘ish har qanday ayolda, har qanday yoshda sog‘liq uchun zararlidir.

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

Bu vazifalar quyidagilardan iborat. I. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog‘lom bola tug‘ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish. 1) tug‘ish yoshidagi, ayniqsa olis va yetib borish qiyin bo‘lgan tumanlarda ayollarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish. O‘smir qizlarni majburiy profilaktik tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilishini tizimli asosda olib borishni kengaytirish va sifatini oshirish; 2) nikohdan o‘tuvchi shaxslarni nikohdan oldingi tibbiy ko‘rik bilan to‘liq qamrab olish va aniqlangan bemorlarni davolash; 3) ekstra-genital kasalliklar bilan “D” nazoratida turgan, 35 yoshdan oshgan, tug‘ruq intervali 3 yildan kam bo‘lgan fertil yoshdagi ayollarni kontraseptiv vositalarning zamonaviy turlari bilan qamrab olish; 4) homilador ayollarga birlamchi sog‘liqni saqlash bo‘g‘ini mutaxassisleri tomonidan antenatal yordam ko‘rsatishni takomillashtirish; 5) Sog‘liqni saqlashning barcha birlamchi bo‘g‘in muassasalarida tibbiy yordam ko‘rsatishning zamonaviy ilg‘or texnologiyalarni joriy etish, tug‘ruqqa yordam ko‘rsatish va bolalikni himoya qilish chora-tadbirlarini quyidagi dasturlarni bajarish orqali amalga oshirish: reproduktiv salomatlikni saqlash, samarali perinatal yordam ko‘rsatish, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni birlamchi jonlantirish va parvarish qilish, emizishni targ‘ib qilish, bolalar yoshidagi kasalliklarni integratsiyalashgan tartibda kuzatish, bolalarni o‘sishi va rivojlanishini monitoring qilish, oilaviy ta’lim va boshqalar.

II. Tug‘ruqqa yordam ko‘rsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam ko‘rsatuvchi sog‘liqni saqlash birlamchi bo‘g‘ini muassasalarining moddiy texnika bazasini yanada mustahkamlash. “Salomatlik-2” loyihasini amalga oshirish doirasida respublikadagi barcha tumanlarda QVPlarni zamonaviy tibbiy va diagnostik uskunalar bilan jihozlash yo‘li bilan sog‘liqni

saqlashni birlamchi bo'g'ini muassasalarining moddiy-texnik bazasini yanada mustahkamlash.

III. Aholi o'rtasida sog'lom bolalar tug'ilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sog'lom va ahil oila qurishga, sog'lom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish bo'yicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

1. Sog'lom oilani shakllantirish, sog'lom farzandlarni dunyoga keltirish va tarbiyalash masalalari bo'yicha tibbiyot institutlari va ilmiy tekshirish institutlari mutaxassislari tomonidan tushuntirish ishlarini olib borish.

2. Mahallalarda, ta'lim muassasalarida shuningdek tashkilotlarda quyidagilarni:

- nikohdan o'tuvchi shaxslarni majburiy tibbiy tekshiruvdan o'tkazish yo'li bilan sog'lom oila qurish;

- tug'ruq orasidagi muddatni uzaytirish, sog'lom farzandlar ko'rish uchun maqbul yoshga rioya etish;

- nomaqbul homiladorlik va qarindoshlik nikohi profilaktikasini shakllantirish borasida aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini kengaytirish.

3. Respublikaning barcha tug'ruq muassasalarida yosh onalarni "Ilk yoshdagi bolalarni parvarishlash asoslari"ga o'rgatish.

4. Umumta'lim maktablari uchun "Sog'lom turmush tarzi" va akademik litseylar, kasb-hunar kollejlari o'quvchilari hamda oliy ta'lim muassasalari talabalari uchun "Sog'lom avlod asoslari va oila" kurslarini yangilangan dasturini ishlab chiqish uchun takliflar berish.

5. Aholining keng qatlamlari uchun sog'lom turmush tarzi, oqilona ovqatlanish, reproduktiv salomatlik, sog'lom oilani shakllantirish masalalari bo'yicha "Bexatar onalik", "Sog'lom oilani shakllantirish", "Sog'lom turmush tarzi asoslari", "Sog'lom ovqatlanishga 12 qadam" va boshqa mavzularda bukletlar, plakatlar, broshyuralar, eslatma va videoroliklar ishlab chiqish hamda tarqatish.

IV. Bolalar va o'smirlarni jismoniy jihatdan bekamu-kust hamda uyg'un kamol toptirish, jismonan baquvvat va ma'nan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

1. O'smirlar va yoshlar o'rtasida sog'lom turmush tarzini olib borish dasturlarini ishlab chiqish.

2. Maktabgacha tarbiya va umumiy o'rta ta'lim muassasalarida bolalarning to'g'ri kamol topishi hamda jismoniy yetilishi ustidan monitoring olib borish.

3. Bolalar va o'smirlarni faol jismoniy faoliyatga jalb qilish, shuningdek ularni sport, turistik seksiya va to'garaklarga qiziqtirish.

V. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat ko'rsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash.

Zamonaviy kontrasepsiya usullari

Bachadon ichi vositalari (BIV) BIV – bu kichik plastik yoki metal tuzilma bo'lib, bachadon ichiga kiritiladi. BIV spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi va urug'lanishga yo'l qo'ymaydi. Hozirgi paytda BIVning ko'p turlari mavjud: eng ko'p tarqalgan turidan biri tarkibida mis, kumush yoki sun'iy progesterin gormoni bo'lgan model-lardir. BIV – homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli hisoblanadi. BIV – xotin-qizlar maslahatxonalarini, qishloq vrachlik punktlari (QVP) sharoitida maxsus tayyorgarlik ko'rgan mutaxassislar (vrach akusher-ginekolog yoki akusherka) tomonidan qo'yiladi. Bu og'riqsizlantirishni talab qilmaydigan oddiy muolaja hisoblanadi.

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

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

Kombinatsiyali oral kontraseptivlar (KOK). Kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar tarkibida ayol organizmida ishlab chiqiladigan gormonlar bo'ladi. Ularni to'g'ri qabul qilsa, bu gormonlar ovulyatsiyani bostiradi va homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Tabletkalar juda samarali va xavfsiz, undan uzoq yillar davomida

foydalanishingiz mumkin. Hozirgi paytda tabletkadagi gormonlar deyarli kamaytirilgan, bu esa noxush ta'sirni kamaytiradi.

KOKlar paketida 21 va 28 tabletka bo'ladi: Agar 21 talik paketdan foydalansa, ikkinchi paketdagi tabletkani ichishdan oldin bir hafta tanaffus qilish kerak. Agar 28 talik paketdan foydalansa, tanaffus qilish shart emas, birinchisi tugashi bilan ikkinchisini boshlash mumkin. KOKni qabul qilayotgan ba'zi ayollarda boshida ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, kamroq semirishi, sut bezlari taranglashuvi va og'riq kuzatilishi mumkin, lekin bu belgilar odatda 3 oylar ichida o'tib ketadi. Homiladorlikdan saqlovchi tabletkalarni har kimga ham tavsiya etaverish bo'lmaydi. Agar ayol 35 yoshdan oshgan bo'lsa, qon bosimi baland bo'lsa, cheksa, og'ir yurak qon-tomir yoki jigar kasalligi, migren bo'lsa, KOK tavsiya etilmaydi. Agar ayol bola emizayotgan bo'lsa, qaysi turdagi kontraseptiv tabletkalardan foydalanish yaxshiroq va uni qachon boshlash kerakligi haqida avval shifokor bilan maslahatlashib olish lozim. Ba'zi ayollar kontrasetiv tabletkalar bepushtlikka olib keladi deb o'ylaydilar. Bu to'g'ri emas: sSiz tabletkani ichishni to'xtatishingiz bilan homilador bo'lish qobiliyati o'z qaddiga qaytadi. Boshqa ayollar gormonal tabletkalar badanda junlarning o'sishini tezlashtiradi deb hisoblaydilar. Bu ham noto'g'ri: aksincha ba'zi kam dozali gormonal tabletkalardan badandagi junlar o'sishini susaytirish maqsadida foydalaniladi. Gormonlar kontraseptiv tabletkalardan Rigevidon, Anteovin, Ovidon, Marvelon, Mikrogeonon va boshqalar qo'llaniladi.

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

prezervativ samaradorligini yo'qotadi. Prezervativni ishlatishdan oldin uning qutisini sekin-asta oching, uni yirtib yubormang. Kiyishga qadar ochmaslik muhim ahamiyatga ega. Jinsiy olat taranglashgan paytda prezervativni uning uchiga kiying, bir qo'lingiz bilan prezervativdagi sperma to'plagichdan ushlab, ikkinchi qo'lda prezervativni ag'darib, olat tubiga qadar kiydiring. Sperma to'plagich va olat uchi orasida bo'shliq qolishini tekshirib ko'ring. Shahvatni to'kib bo'shshagandan keyin prezervativni qo'l bilan ushlab turib, olatni qindan chiqarish kerak va hali tarangligida uni yechish lozim. Ba'zi odamlar bitta prezervativni bir necha bor ishlatish mumkin deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri: barcha prezervativlar bir marta ishlatishga yaroqli.

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

Tezkor kontrasepsiya tabletkalari. Tezkor kontrasepsiya tabletkalarini qachon ishlatish mumkin? Qancha vaqt ichida tezkor kontrasepsiya tabletkalari o'z ta'sirini ko'rsatadi? Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – himoyalangan jinsiy aloqada bo'lgan, kontrasepsiya usuli muvaffaqiyatsiz bo'lgan yoki homiladorlikni istamagan ayollar uchun qulay imkoniyat. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – xavfsiz va samarali, lekin uni doimiy ravishda qo'llab bo'lmaydi. Uni dorixonadan shifokor retseptsiz olish mumkin. Tabletkadan foydalanishdan oldin

shifokor bilan maslahatlashish lozim. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari qutisida bir (EscapelR) yoki ikki (PestinerR) dona tabletkaga bo'ladi. Ularni himoyalangan jinsiy aloqadan keyin dastlabki 120 soat davomida ichilsa ta'siri yaxshi bo'ladi, agar 48 soat ichida ichilsa yanada samaraliroqdir. Qutida 2 ta tabletkaga bo'lsa tezlik bilan bittasini ichiladi, ikkinchisini esa 12 soat o'tgandan keyin ichiladi. Nojo'ya ta'siri – bosh og'rig'i, qorin og'rig'i, charchoq, ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanish, sut bezlari taranglashuvi, qindan tartibsiz qon kelishi shakllarida ko'zga tashlanadi. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIVdan himoyalamaydi. Tezkor kontrasepsiyadan foydalanganda quyidagi hollarda darhol shifokorga murojaat qiling: hayz qoni odatdagidan kamaysa; avvalgi hayz ko'rishdan keyin 4 hafta o'tishi bilan hayz qoni kelmasa; qorin pastida o'tkir og'riq bo'lsa. Ba'zi ayollar homilador bo'lib qolgan taqdirda ham tezkor kontrasepsiya tabletkalaridan foydalansa samara beradi deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri: agar ayol homilador bo'lib, tuxum hujayra bachadonga payvandlangan bo'lsa, tezkor tabletkaga ta'sir qilmaydi. Tezkor kontrasepsiya ovulyatsiyani bosadi va spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi hamda payvandlanishning oldini oladi. Tuxum hujayra payvandlangan bo'lsa, tezkor kontrasepsiya samara bermaydi va bolani tushirmaydi.

Kontrasepsiyaning tabiiy usullari. Hayz siklining davomiyligi qanday hisoblanadi? Hayz siklining qaysi kunlarida homilador bo'lish mumkin? Kontrasepsiyaning tabiiy usullari fertil kunlarni aniqlashga asoslangan. Tabiiy usullarni qo'llashning muvaffaqiyati ayollarning o'z fertil kunlarini aniqlash qobiliyati va erlarining tanlangan usul qoidalariga amal qilishiga bog'liq. Kombinatsion usul eng tarqalgan usullardan hisoblanadi. Ayollar o'zingizning fertil kunini aniqlash uchun hayz siklining davomiyligini bilishi zarur. Bu birinchi hayzning oxirgi va kelayotgan hayzning birinchi kuni oralig'idagi muddatdir. Agar ayolning hayz sikli 26 kundan kam 32 kundan ko'p bo'lsa, bu usulni qo'llash foyda bermaydi. Ayol hayz siklining faqat ma'lum kunlarida homilador bo'lishi mumkin. Siklning 8-19 kunlari ayollarning homilador bo'lishi mumkin bo'lgan kunlardir. Agar ayol homilador bo'lishni istamasan unda ushbu 12 kun davomida spermidlar yoki prezervativlardan foydalanish yoki butunlay jinsiy aloqadan voz kechishga to'g'ri keladi. Boshqa kunlar, ya'ni 8 kungacha qadar va 19 kundan keyin homilador bo'lish xavfi juda kamayadi. Agar ayol yaqinda abort qildirgan yoki bola tashlagan bo'lsa, kelgusi hayz sikliga qadar kalendar

usulidan foydalanmaganingiz ma'qul. Agar ayol yaqinda tuqqan yoki bolani emizayotgan bo'lsa, to 3 marotaba normal hayz sikli qaytarilmaguncha kalendar usulidan foydalanishi mumkin emas. Ba'zi kishilar hayz siklining o'rtasida faqat 1-2 kunlari fertil kuni, shu kunlari homiladorlikdan saqlansa yetadi deb hisoblashadi. Bu xato: ayollarda hayz sikli davomida 12 kungacha fertil kuni bo'ladi.

Laktasion amenoreya usuli. Ayollarga chilla davrida kontrasepsiyaning qaysi usuli ma'qul hisoblanadi? Laktasion amenoreya usuli nima ekanligini bilasizmi? Laktasion amenoreya usuli (LAU) – bu kontrasepsiyaning tabiiy usulidir. Laktasion amenoreya atamasi (termini) lotin tilida – bolani emizish davrida fiziologik nuqtai nazardan hayz siklining bo'lmashligi degan ma'noni anglatadi. LAU ilmiy isbotlarga asoslangan, agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, homiladorlik bo'lmaydi. Faqat emchakdan emizish deganda bola o'z talabiga ko'ra kunduz kuni ham kechasi ham ona sutini emadi, biror xil qo'shimcha ovqat hattoki suv ham berilmaydi. LAU quyidagi 3 ta mezonga amal qilgandagina butun laktatsiya davrida kontraseptiv himoya vazifasini bajara oladi. Agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, kamida 8 marotaba, bunga tungi emizish ham kiradi va hech qanday qo'shimcha ovqat hattoki suv ham bermasa, tug'ruqdan keyin biror marta ham hayz ko'rmaydi. Shu yo'lda kamida 6 oy, iloji boricha 2 yil davomida bolani emizish tavsiya etiladi. LAU ona va bola uchun juda ko'p qulayliklarga ega. Kontraseptiv usul sifatida 98% ko'proq samara beradi. Tug'ruqdan keyingi 6 oy ichida homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Ona va bola jismonan va ruhan bir-biri bilan aloqada bo'lishiga imkoniyat yaratadi. Tug'ruqdan keyin darhol foydalanish mumkin. Moddiy jihatdan chiqim, asbob-uskuna va muolaja talab qilmaydi. Nojo'ya ta'siri iqtisodiy zarari bo'lmagan tabiiy usul hisoblanadi. Bu usul ta'sirli bo'lishi uchun bolani dastlabki talabi bo'yicha emizish kerak, ya'ni kunduzi ham, kechasi ham, hattoki ayol yoki bola kasal bo'lgan taqdirda ham emizishni davom ettiraverish kerak. Bola 6 oylik bo'lgunga qadar hech qanday ovqat, suv va boshqa suyuqliklar berishi man etiladi. Agar aytib o'tilgan 3ta mezonga amal qilinmasa, kontrasepsiyaning boshqa usulidan foydalanish ma'qul. Ba'zi ayollar uzoq vaqt emchakdan emizsa, homiladorlikdan samarali himoya qiladi deb o'ylaydi, ammo laktasion amenoreya usuli samarali bo'lishi uchun yuqorida qayd etilgan mezonlarga amal qilish kerak.

Tug'ruqdan keyingi kontrasepsiya. Keyingi bolani tug'ish uchun kamida 3 yil sabr qilish kerak. Bu onaning va bolaning sog'ligi va

umrini saqlaydi, chala va kam vaznli bolalar tugʻilish xavfini kamaytiradi. Ayollar uchun bolani emizishi yoki emizmasligiga qarab kontrasepsiyaning bir necha usullari mavjud. Tanlangan kontrasepsiya usuli bolani emizishga salbiy taʼsir koʻrsatmasligi lozim. Tarkibida mis boʻlgan BIVni tugʻruqdan 48 soat oʻtgandan keyin bolasini emizish, emizmasligidan qatʼiy nazar, yoki 4 hafta oʻtgandan keyin xohlagan vaqtda qoʻyish mumkin. Emizikli yoki emizmayotgan onalar prezervativ yoki spermidlardan tugʻruqdan keyin jinsiy hayotni boshlashi bilan foydalanishi mumkin. Bolasini emizmayotgan ayollar kombinatsiyalangan oral kontraseptivlardan tugʻruqdan 3 hafta oʻtgandan keyin foydalanishi tavsiya etiladi. Baʼzi ayollar spermidlar tarkibida ximikatlardan boʻlgani uchun bolani emizmaslik kerak, chunki u sutning miqdorini kamaytirib bolaga zarar yetkazadi deb oʻylashadi. Spermidlar tarkibida gormonlar va boshqa ximikatlardan boʻlmaydi, ona sutiga oʻtmaydi. Shuning uchun tugʻruqdan keyin uni bemalol qoʻllash mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Gormonal kontrasepsiyaning qaysi turlarini bilasiz?
2. Kontrasepsiyaning tabiiy usullariga nimalar kiradi?
3. Tezkor kontrasepsiya haqida tushuncha bering.
4. Spermidlar qanday qoʻllaniladi?
5. Bachadon ichi vositalari sifatida nima qoʻllaniladi?

Test savollari

Kontrasepsiyaning tabiiy usullariga nimalar kiradi?

- a) spermidlar
- b) bachadon ichi vositalari
- v) kombinatsiyali oral kontrasepsiya
- g) laktasion amenoreya va standart usuli
- d) prezervativlar

Gormonal kontraseptivlar sifatida quyidagi tabletkalardan qaysilari ichiladi:

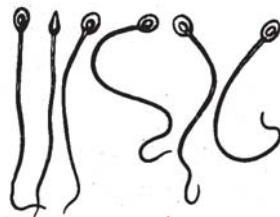
- a) Escapel R, Follikulin.
- b) Pestiner R, microphollin
- v) Testosteron, methyltestosteron dipropionat
- d) 17-oxyprogisteron capronat, aestrادتol
- g) Ovidon, Rigevidon, Anteovin

VII BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI VA DIAGNOSTIKASI. HOMILADORLIK DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

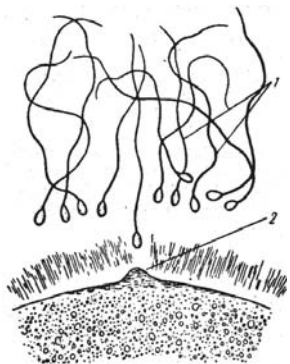
Homiladorlik fiziologiyasi

Urug‘lanish (bo‘yida bo‘lish). Erkakning yetilgan jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan ayol jinsiy hujayrasining qo‘shilib bitta hujayraga aylanishi va undan yangi organizm taraqqiy eta boshlashi **urug‘lanish** deb ataladi.

Spermatozoidlar erkak jinsiy bezlarining burama kanalchalarida hosil bo‘ladi. Spermatozoidning **boshchasi**, **bo‘yni** va ingichka uzun **dumi** bor (12-rasm). Boshchasi hujayraning yupqa sitoplazma qavati bilan o‘ralgan yadrodan, dumi bilan bo‘yni esa sitoplazmadan iborat.



12-rasm. Spermatozoidlar



13-rasm. Spermatozoidlarning tuxum hujayraga kirish:

1-spermatozoidlar; 2-spermatozoidlarga peshvoz hosil bo‘ladigan va ularni qabul qiladigan domboqcha

Spermatozoidlar mustaqil harakatlanadi. Bu harakat dumining tebranma harakatlariga bog‘liq. Spermatozoidlar urug‘ pufakchalari bilan prostata bezining sekretiga tushgach, harakatchanligi oshadi. Urug‘ pufakchalari hamda prostata bezining sekretisi bilan spermatozoidlar aralashmasi shahvat yoki sperma deb ataladi. Jinsiy aloqada qingacha 5-8 ml sperma tushadi, buncha spermada 200-500 mln. spermatozoidlar bo‘ladi. Sperma qinning asosan orqa gumbaziga tushadi, bachadon bo‘ynining qindagi qismi esa orqa gumbazga qaragan. Bachadon bo‘yni kanalining tashqi teshigi orqa gumbazda to‘plangan spermaga tegib turadi, shuning uchun spermatozoidlar bachadonga *bemalol kira oladi*. *Spermatozoidlar bir daqiqada 3-3,5 mm tezlik bilan harakatlanib 1-1½*

soatdan keyin bachadon bo'shlig'iga yetib boradi. 2-3 soatdan keyin bachadon naylariga kirib, ularda tuxum hujayra bilan uchrashadi. Tuxum hujayra bachadon nayining odatda ampulyar qismida urug'lanadi. Tuxum hujayralar mustaqil harakatlana olmaydi. Yetilgan tuxum hujayra nurafshon toj bilan o'ralib, yorilgan follikuladan qorin bo'shlig'iga tushadi, so'ngra bachadon nayiga yo'l oladi. Bachadon nayi va shokilalarining so'ruvchi peristaltik harakatlari, nay epiteliysidagi kiprik-larning hilpillashi (shu tufayli suyuqlik nay voronkasidan nayning bachadon tomondagi uchiga harakatlanadi) tuxum hujayraning nayga kirib olishiga yordam beradi. Bachadon nayining ampulyar uchiga kirib olgan tuxum hujayraga million-milioni spermatozoidlar intilib boradi. Tuxum hujayra yuzasida spermatozoidlar qarshisida qabul qiluvchi do'mboq vujudga keladi.

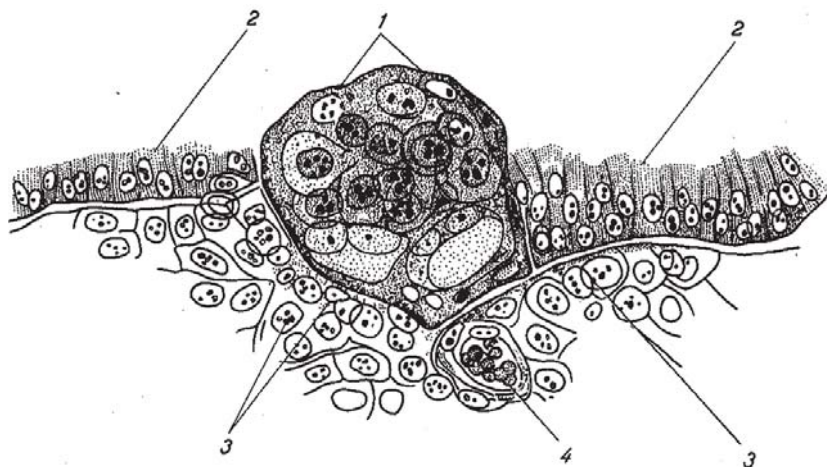
Million spermatozoidlardan faqat bir nechtasi tuxum hujayraning protoplazmasiga tiniq pardasi (zona pellucida) orqali kiradi (13-rasm). Spermatozoidlarning bosh qismida tuxum hujayraning tiniq pardasini eritib yuboradigan ferment-gialuronidaza mavjud, spermatozoidlarning tuxum hujayra ichiga kirishiga shu ferment yordam beradi. Tuxum hujayraga kirmagan hamma spermatozoidlar nobud bo'ladi, parchalanadi va bachadon naylarining shilliq pardasiga so'rilib ketadi. Tuxum hujayra protoplazmasiga kirgan bir necha spermatozoiddan faqat bitta yoki ikkitasi urug'lantirishda qatnashadi; spermatozoid yadrosi tuxum hujayra yadrosiga peshvoz borib, unga qo'shib ketadi. Bu jarayon urug'lanishdir. Homiladorlik tuxum hujayraning urug'lanish paytidan boshlanadi.

Urug'langan tuxum hujayraning bo'linishi va bachadonga siljib borishi

Urug'langan tuxum hujayra modda almashinuvining kuchayganligi bilan farq qiladi. Yadrolar qo'shib ketgan zahoti tuxum hujayra bo'lina boshlaydi. Kariokinez yo'li bilan bo'linish natijasida tuxum hujayradan avval ikkita qizlik hujayra - blastomerlar hosil bo'ladi, bular ham bo'linadi. Blastomerlarning tez bo'linishi natijasida hujayralar to'plami vujudga keladi, bu hujayralar to'plami sirtidan qaraganda tut mevasiga o'xshaydi (morula). Bo'linayotgan tuxum ayni vaqtda bachadon nayi ichida harakatlana borib, urug'lanish paytidan hisob qilganda 8-10-kuni bachadon bo'shlig'iga yetib boradi.

Urug‘langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishi – implantatsiya

Urug‘langan tuxum bo‘linish bilan bir qatorda hujayralari sifat jihatdan ham o‘zgaradi. Bo‘linayotgan tuxum bachadon nayidayoq tiniq parda (zona pyellucida) dan xalos bo‘ladi. Bachadonga kirish paytigacha morula hujayralarining tashqi qavati trofoblastga, ichki hujayralari esa embrioblastga aylanadi. Embrioblastdan murtak (embrion) vujudga keladi. Trofoblast tuxumni payvandlantiruvchi va embrioblastdan hosil bo‘ladigan murtakni oziqlantiruvchi parda hisoblanadi. Trofoblast hujayralari fermentsimon modda proteolitik ferment ishlab chiqaradi, bu moddalar bachadon shilliq pardasining to‘qimalarini eritib yuboradi. Tuxum bachadon shilliq pardasining yuzasiga (odatda orqa yoki oldingi devorining naylar ro‘parasidagi joyiga) cho‘kadi, trofoblast bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi, bezlari, stroma hujayralari va tomirlarini eritib yuboradi va sekin-asta shilliq pardaning funksional qavati ichkarisiga botib kiradi (14-rasm). Tuxum bachadon shilliq pardasiga batamom kirib olgach, uning ustidagi defekt bitib ketadi, tuxumning payvandlanish jarayoni shu paytdan boshlab tugaydi.



14-rasm. Bachadoning shilliq pardasiga tuxum hujayralarning payvandlanish boshlashi.

1-bo‘linayotgan tuxum; 2-bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi; 3-desidual hujayralari; 4-qon tomiri.

Shilliq pardani trofoblast eritib yuborgach, tuxum atrofidagi to‘qimalar parchalanib, murtakning oziqlanish muhiti vujudga keladi (embriotrof, “bachadon suti”). Embriotrofdan oqsillar, uglevodlar, yog‘lar, vitaminlar, tuzlar va embrionning oziqlanishi hamda rivojlanishi uchun zarur boshqa moddalar bor.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadon shilliq pardasi sekretor fazada bo‘ladi: bezlari sekretga to‘lgan, stroma hujayralari yumaloqlangan bo‘lib, glikogen saqlanadi, funksional qavat spongioz (g‘ovak) va kompakt qavatlariga bo‘linadi. Spongioz qavat asosan bezlardan, kompakt qavat esa stromaning yumaloqlangan desidual hujayralardan iborat, bezlarning chiqarish yo‘llari shu hujayralar orasidan o‘tadi. Tuxum payvandlanib olgach bachadon shilliq pardasi qalin, suvli bo‘lib, bezlari sekretga yanada to‘lishadi, stroma hujayralari kattalashadi, ulardagi glikogen ko‘payadi. Stromaning o‘zgargan shu hujayralari **homiladorlikning desidual hujayralari** deb ataladi.

Kompakt qavatga suqilib kirgan tuxum hamma tomondan desidual, parda elementlari bilan o‘ralgan. Tuxumning vaziyatiga qarab desidual parda uch qismga bo‘linadi:

1) **decidua capsularis** - tuxumni bachadon bo‘shlig‘i tomondan qoplovchi qismi;

2) **dyecidua basalis** - tuxum bilan bachadon devori o‘rtasidagi qismi;

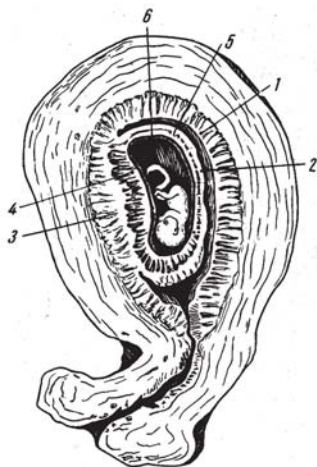
3) **decidua parietalis** - bachadonning bo‘shlig‘ini qoplovchi jami shilliq (desidual) parda. Homila tuxumi o‘sgan sayin dyecidua capsularis bilan dyecidua parietalis cho‘ziladi, yupqa tortadi va bir-biriga yaqinlashadi. Homiladorlikning IV oyida homila tuxumi butun bachadon bo‘shlig‘ini egallaydi. Desidual pardaning shu ikki bo‘limi birga qo‘shilib, yanada ko‘proq yupqalashadi. Decidua basalis esa, aksincha, qalin tortib, unda ko‘pgina tomirlar taraqqiy etadi. Ko‘chuvchi pardaning shu qismi platsentaning onaga taalluqli qismiga aylanadi.

Vorsinali parda (xorion) trofoblast bilan mezoblastdan taraqqiy etadi. Vorsinalar avvaliga tomirsiz bo‘lib, homiladorlik I-oyining oxiridayoq ularga allantoisdan tomirlar o‘sib kiradi. Dastlabki vaqtda vorsinalar homila tuxumining butun yuzasini bir tekis qoplaydi. Homiladorlikning II-oyida xorionning decidua capsularis-ga taqalib turgan qismidagi vorsinalar atrofiyalana boshlaydi, homiladorlikning III-oyida xorionning o‘sha qismidagi vorsinalar yo‘qoladi, natijada xorion silliq bo‘lib koladi (chorion laeve). Xorionning decidua basalis-ga taqalib turadigan qarama-qarshi tomonida-vorsinalar, sershox bo‘lib

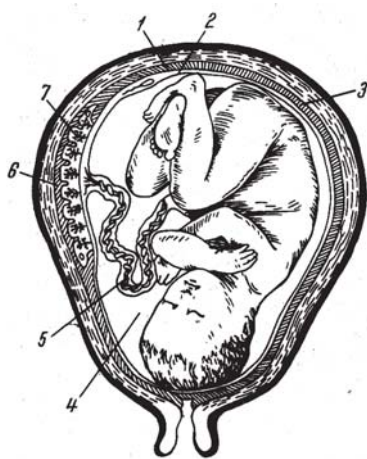
o'sib chiqadi (chorion frondosum) (15-rasm). Xorionning shu qismi platsentaga aylanadi.

Qog'onoq pardasi (amnion) berk xalta bo'lib, ichida qog'onoq suvi bilan o'ralgan homila turadi. Qog'onoq pardasi (amnion) homilaga eng yaqin turgan ichki pardadir. Desidual (ko'chuvchi) pardaga chegaradosh bo'lgan vorsinali parda (xorion) qog'onoq pardasiga taqalib turadi (16-rasm).

Qog'onoq suvi (amnion suyuqligi). Amnion bo'shlig'idagi suyuqlik-qog'onoq suvi homiladorlikning oxirgi oylarida 1-1,5 l ga yetadi. Qog'onoq suvi (homila atrofidagi suv) amnion epiteliysining sekretsiyasi natijasida hosil bo'ladi; ehtimol, ona qon tomirlaridan suyuqlik sizib o'tishi va homila buyraklarining ishlashi natijasida ham qisman hosil bo'lishi mumkin. Qog'onoq suviga epidermis tangachalari, teridagi yog' bezlarning mahsuli va homilaning mayin tuklari aralashgan bo'ladi.



15-pacm. Ko'chib tushadigan (desidual) parda bo'laklari. 1-decidua parietalis; 2-decidua capsularis; 4-chorion frondosum; 5-chorion laeve; 6-amnion.



16-rasm. Bachadonda pardalarning joylashuvi (sxema). 1-chorion laeve; 2-amnion; 3-qo'shilib ketgan decidua capsularis bilan decidua parietalis; 4-amnion bo'shlig'i; 5-kindik; 6-decidua basalis; 7-chorion frondosum.

Qog'onoq suvining tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qand va gormonlar (follikulin, gonadotrop gormon) bor. Qog'onoq suvining fiziologik ahamiyati katta: 1) suv homilaning bemalol harakatlanishi va taraqqiy etishi uchun sharoit tug'diradi, suv yetishmasligi homiladagi

tugʻma majruhliklarga sabab boʻladi; 2) suv homilaning nozik organizmini noqulay tashqi taʼsirlardan saqlaydi; 3) suv kindikni homila gavdasi bilan bachadon devori oʻrtasida qisilib qolishdan saqlaydi (kindikning qisilishi natijasida homila nobud boʻlishi mumkin); 4) qogʻonoq suvi bilan toʻla homila pufagi tugʻruq vaqtida bachadon boʻyni ochilish davrining normal oʻtishiga yordam beradi.

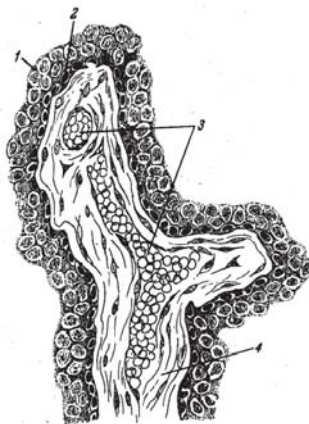
PLATSENTA (placenta)

Platsenta² homilaning nafas olishi, oziqlanishi va homilada modda almashishi natijasida hosil boʻlgan ortiqcha moddalarni chiqarib yuborishga yordam beradigan eng muhim organdir. Platsenta oʻpka, hazm aʼzolari, buyrak, teri va boshqa aʼzolarining funksiyasini ham bajaradi. Platsentada gonadotrop gormonlar, estrogen gormonlar va progesteron hosil boʻladi: unda gidrokortizon, boʻy oʻstiradigan gormon, adrenokortikotrop va boshqa gormonlar ham borligi aniqlangan.

Platsentaning toʻqimasida oqsillar, uglevodlar, lipidlar, fosfatidlar, vitaminlar, mikroelementlar, temir va boshqa moddalar bor.

Baʼzi vorsinalar decidua basalis-ga oʻsib kirib, desidual hujayralarni va tarvaqaylab ketgan keng tomirlarni eritib yuboradi. Bu vorsinalar platsentaning onaga va homilaga taalluqli qismlarini bir-biriga bogʻlaydi (biriktiruvchi vorsinalar) (17-rasm). Juda mayda vorsinalardan koʻpchiligi vorsinalararo boʻshliqda erkin holda tugaydi va shu joyda oqib turgan qonda muallaq holda suzib yuradi.

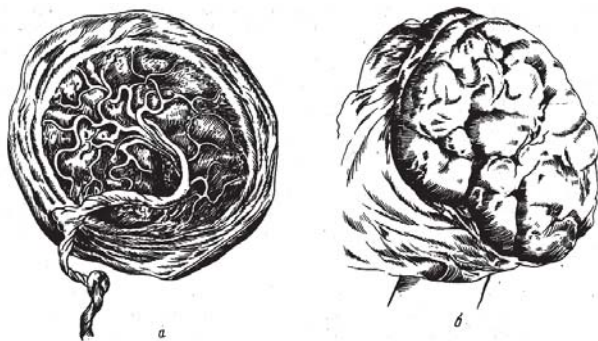
Platsentaning tashqi koʻrinishi yumaloq, qalin, yumshoq kulchaga oʻxshaydi. Homiladorlik oxirida va tugʻruqqa yaqin platsenta diametri 15-18 sm, kalinligi 2-3 sm, vazni 500-600 gr ga yetadi. Platsentaning ikkita yuzasi bor: bir yuzasi bachadon devoriga qaragan boʻlib, onaga tegishli yuza deyiladi, ikkinchi yuzasi ichkariga, amnion boʻshligʻiga qaragan boʻlib, homi-



17-rasm. Vorsinaning mikroskopik tuzilishi. 1-sintitiy; 2-sitotrofblast (Langxans hujayralari); 3-qon tomirlari; 4-embriional qoʻshuvchi toʻqima.

² **Platsenta** – yoʻldoshning faqat bir qismi, shuning uchun uni “yoʻldosh” bilan almashtirish yaramaydi. Uni bola oʻrni deb ham atashadi.

la yuzasi deb ataladi (18-rasm). Homilaga qaragan yuzasi silliq, yaltiroq qogʻonoq pardasi bilan qoplangan. Shu pardaning ostidan xorionga tomirlar oʻtadi, bu tomirlar kindik yopishgan joydan platsenta periferiyasiga tomon radial yoʻl oladi. Platsentaning onaga qaragan yuzasi och kulrang qizil boʻlib, bir qadar chuqur egatlar bilan pallachalar (kotiledonlar) ga boʻlingan. Platsentaning asosiy qismini tashkil etuvchi sertarmok vorsinalarni qoplaydigan yupqa desidual parda platsentaning onaga tegishli yuzasiga och kulrang tus beradi. Platsenta odatda bachadon oldingi yoki orqa devorining yuqori boʻlimiga yopishadi; bachadonning tubiga va naylarining burchaklariga platsenta yopishuvi kam uchraydi.



18-rasm. Platsenta.

a - homilaga qaragan yuzasi; b - onaga qaragan yuzasi.

Homilada qon aylanishi. Ona qornidagi hayotning ikkinchi haftasida, homila bachadon devoriga payvandlangach tez orada yuragi ura boshlaydi. Embrionda qon aylanish funksiyasining rivojlanishi bir necha bosqichga boʻlinadi. Homila tuxumi payvandlangandan keyinroq embrionga trofoblast orqali tuxum atrofidagi toʻqimalar parchalanishidan oziq moddalar kelib turadi. Rivojlanishning ikkinchi haftasida sariqlik xaltasining devorida qon tomirlari va qon elementlari hosil boʻlib, sariqlik xaltasida qon aylana boshlaydi. I-oy oxirida allantois tomirlari xorionga yaqin kelib, vorsinalar ichiga kiradi va allantoisda qon aylana boshlaydi. III-oyda platsenta shakllanadi va allantois oʻrniga platsentada qon aylana boshlaydi. Qorindagi homila platsenta orqali ona qonidan kislorod va oziq moddalar olib turadi. Shunga yarasha homiladagi qon aylanishining muhim xususiyatlari bor. Platsentada kislorod va oziq moddalar bilan boyigan homila qoni kindik venasi orqali homila

organizmiga kiradi. Homila tug‘ilgan zahoti birinchi marta nafas oladi, shu paytdan boshlab homila o‘pkasi bilan nafas ola boshlaydi va qon aylanishining tug‘ilgandan keyingi tipi vujudga keladi.

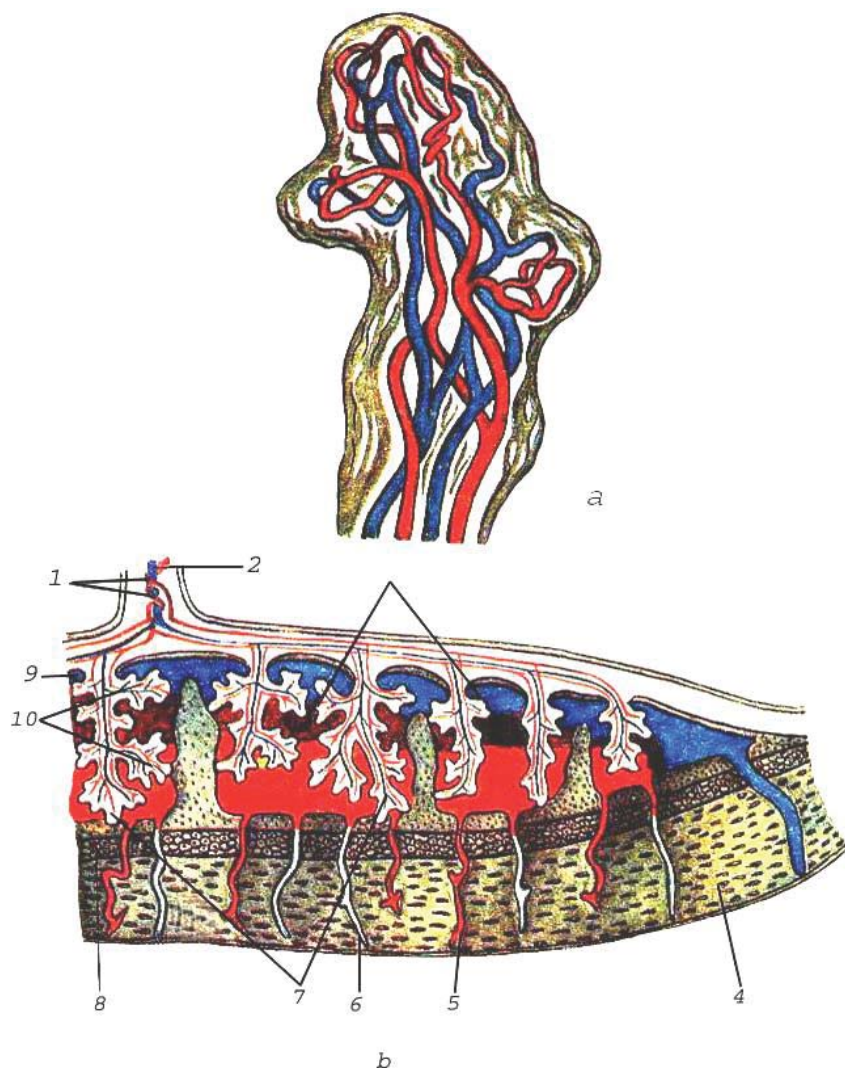
Birinchi marta nafas olish mexanizmi murakkab. Homila tug‘ilgach platsentada qon aylanishi uziladi, platsenta orqali kislorod kelishi to‘xtaydi, homila qonida karbonat anhidrid to‘planib, nafas markazini qo‘zg‘atadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq shuning natijasida birinchi marta nafas oladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq terisining retseptorlariga termik, taktil va boshqa ta’sirlar tufayli paydo bo‘ladigan reflektor reaksiyalar ham birinchi marta nafas olishga yordamlashadi. Birinchi marta nafas olganda o‘pka alveolalari yozilib, o‘pkaga qon keladi. Endi qon o‘pka arteriyalaridan o‘pkani ta‘minlaydi, Botallov yo‘li bita boshlaydi, shuningdek Aransiy yo‘li ham bitadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning o‘pkasida kislorod bilan boyigan qon o‘pka venalari orqali yurakning chap bo‘lmasiga quyiladi, undan chap qorinchaga va aortaga o‘tadi; bo‘lmalar orasidagi oval teshik bitib ketadi. Shunday qilib, yangi tug‘ilgan chaqaloqda qon aylanishining tug‘ilishdan keyingi tipi qaror topadi (21-rasm).

Homilaning nafas olishi. Homila tug‘ilib birinchi marta nafas olish harakati boshlanguncha nafas a‘zolari ishlamay turadi. Homila platsenta orqali kislorod oladi. Ona qoni platsentaning vorsinalararo bo‘shlig‘ida aylanib turganida undagi kislorod homila qoniga vorsinalar orqali kiradi; homila qonidan ona qoniga karbonat anhidrid o‘tadi. Gazlar vorsinalar epiteliysi bilan stromasi va homila kapillyarlarining endoteliysi orqali ona qonidan homilaga va homiladan ona qoniga diffuz yo‘li bilan o‘tadi.

Homilaning oziqlanishi. Hazm bezlari va a‘zolari ona qornidagi hayot davridayoq ishlay boshlaydi. Homiladorlikning IV-V-oyida jigar glikogenni sintez qiladi va o‘t-safro ishlab chiqaradi, homila ichagidagi ibtidoiy axlat (mekoniy) hosil bo‘ladi. Mekoniyda suv, o‘t-safro, ichga yutilgan tuk, homila terisidagi epidermis tangachalari va yog‘ bezlari-ning sekreti bor, mekoniy tashqi ko‘rinishda quyuc sarg‘ish massadan iborat. Homilaning me‘da-ichak yo‘lidan hazm fermentlari topilgan.

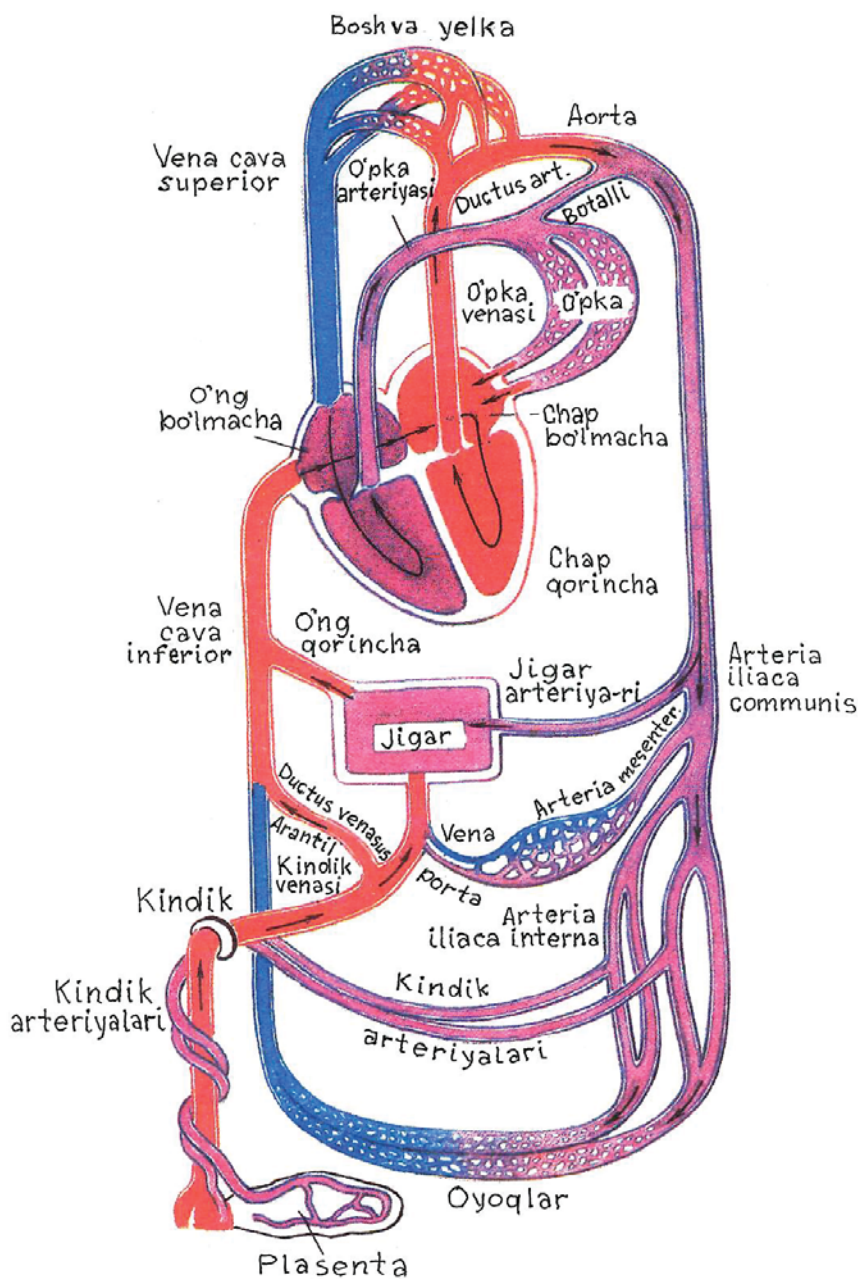
Homilaning chiqarish funksiyalari. Oqsillar, yog‘lar, uglevodlar almashinuv natijasida hosil bo‘ladigan moddalar (modda almashinuvining oxirgi oziqalari - chiqindilar) homila organizmidan platsenta orqali ona qoniga o‘tadi. Homilada modda almashinuv chiqindilarini homilador ayolning chiqarish a‘zolari, asosan buyraklari ajratib chiqaradi. Homila buyraklari ona qornidagi hayotining VI-VII-oyidan ishlay boshlaydi, ammo chiqarish funksiyasi, hali sust bo‘ladi. Ona qornidagi

hayotning oxiriga yaqin homiladan qog'onoq suviga picha siydik chiqadi, deb taxmin qilishadi. Bola hatto chala tug'alganda ham darrov siydik chiqaradi.

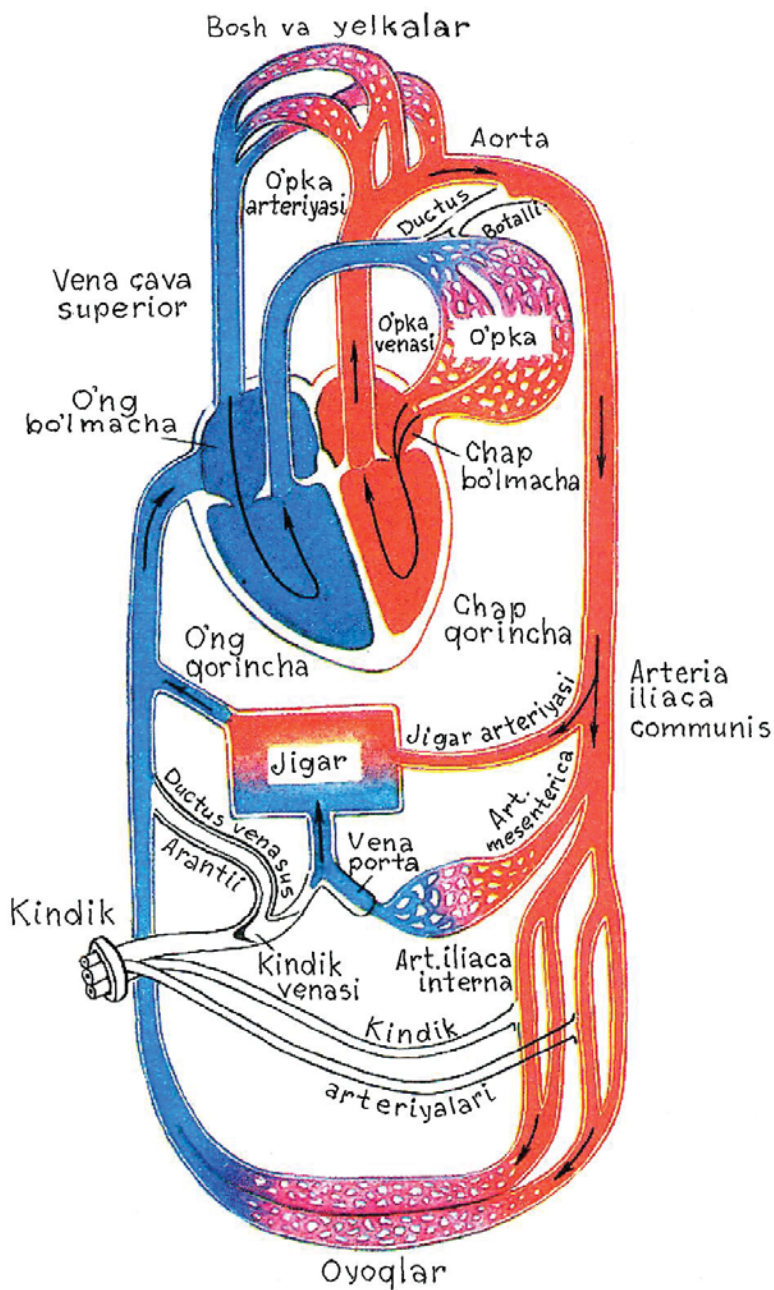


19-rasm. Platsentar qon aylanish.

a- vorsina tomirlari; b-platsentar qon aylanish sxemasi. Pastdan 1-kindik arteriyasi; 2- kindik venasi; 3-vorsinalar orasidagi bo'shliq, bu yerda ona qoni aylanib yuradi; 4-bachadonning muskul qavati; 5-arteriya; 6-vena; 7-yopilgan vorsinalar; 8-decidua basalis; 9,10-vorsinalar.



20-rasm. Ona qornidagi homilaning qon aylanish doirasi



21-rasm. Chaqaloqlar qon aylanish doirasi

Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila

Homiladorlik soʻnggi hayz koʻrishning birinchi kundan hisob qilganda oʻrta hisob bilan 280 kun yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi (akusherlar hisobidagi oy 28 kun; akusherlarning 10 oyi 40 hafta). Shu davr mobaynida tuxum hujayra urugʻlanib, undan homila yetiladi, bu tugʻilgan homila yashab keta oladi.

I oy ichida tuxum boʻlinadi, murtak va embrional pardalar hosil boʻladi.

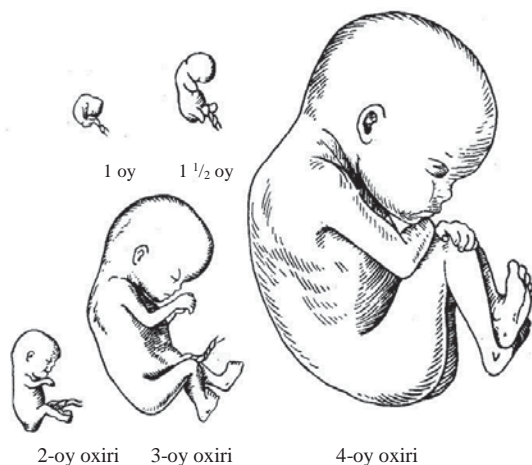
II oy oxirida homilaning boʻyi 3-3,5 sm, tanasi shakllangan, qoʻl-oyoq kurtaklari bor, boshi tanasining uzunligiga baravar keladi, boshida koʻz, burun, ogʻiz kurtaklari aniqlanadi (22-rasm).

III oy oxirida homilaning boʻyi 8-9 sm, vazni 20-25 gr, boshi kattagina, jinsiy aʼzolar tuzilishidagi tafovut sezilarli, qoʻl-oyoqlari harakatlanadi, barmoqlari aniqlanadi.

IV oy oxirida homilaning boʻyi 16 sm, vazni 120 g, yuzi shakllangan, qoʻl-oyoq harakatlari faolroq boʻladi-yu, onasiga sezilmaydi, jinsi roʻy-rost ajratiladi.

V oy oxirida homilaning boʻyi 25-26 sm ga yetadi, vazni 280-300 gr boʻladi. Terisi qizil, tuk bosgan. Yogʻ bezlaridan yogʻ moddasi ajralib chiqib boshlaydi, bu modda epidermis qazgʻoqlariga aralashib, pishloqqa oʻxshash surtma (vernix caseosae) ni hosil qiladi. Ichakda mekoniy hosil boʻladi. Homilaning harakatlari onasiga seziladi. Homilador ayolning qorniga quloq tutib koʻrilsa, homilasining yuragi urayotganligini eshitish mumkin. VI oy oxirida homilaning boʻyi 30 sm, vazni 600-680 gr, harakatlari chaqqon, homila tirik tugʻilishi mumkin, nafas harakatlarini bajara oladi, tugʻruqdan keyin alohida yaxshi parvarish qilinsa yashab ketishi mumkin, aks holda tez oʻlib qoladi. VII oy oxirida homilaning boʻyi 35 sm, vazni 1000-1200 g. Teri ostidagi yogʻ qavati yupqa, terisi burishgan, pishloqsimon surtma bilan qoplangan, butun badanini tuk bosgan. Quloq va burun togʻaylari yumshoq, qoʻl-oyoq tirnoqlari barmoqlarining uchlarigacha yetmaydi. Oʻgʻil bolalarning moyaklari yorgʻoqqa tushmagan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari katta jinsiy lablar bilan berkilgan emas. Homila tirik tugʻilib nafas oladi. Homiladorlikning VII oyi yoki 28 haftasi oʻtgach homila chala (yetilmagan) hisoblanadi-yu, yashay oladi, ammo shu muddatda tugʻilgan bolalar juda sinchiklab parvarish qilingandagina yashab qolishi mumkin. VIII oy oxirida homilaning boʻyi 40 sm, vazni 1500-1600 g, homila tugʻilgach yashab ketishi uchun maxsus parvarishni talab qiladi. IX oy oxirida

homilaning bo‘yi 45 sm, vazni 2400-2500 g teri ostidagi yog‘ qavati qalin tortadi, terisi silliq, pushti rang, badanidagi tuk kamaygan, boshidagi sochi o‘sgan. Bu muddatda tug‘ilgan bola yashab ketadi. X oy oxiriga kelib chalalik (yetilmaganlik) belgilari yo‘qoladi, homila yetilib tug‘iladi. Homila akusherlar hisobicha X oy oxirida yetiladi. Homilaning oy-kuni yetib tug‘ilishi yetilish darajasiga ba‘zan mos kelmaydi. Rivojlanish sharoiti noqulay bo‘lganda (onaning kasalligi, yaxshi ovqatlanmasligi va hokazo) oy-kuni yetib tug‘ilgan bolada ham yetilmaslik belgilari bo‘lishi mumkin. Ba‘zan teskarisi ham bo‘ladi: bola mudatidan ilgariroq tug‘iladi, lekin yetilgan bo‘ladi.



22-rasm. Qorindagi homila shakli va kattaligining ketma-ket o‘zgarib borishi.

Tug‘ilgan homilaning necha oyligini bilish uchun bo‘yi va vazni haqidagi ma‘lumotlardan foydalanish mumkin. Gaaze sxemasi homiladorlikning turli oylarida homilaning bo‘yini bilishga imkon beradi.

Oy oxiri	Hisob	Homila bo‘yi (sm)	Oy oxiri	Hisob	Homila bo‘yi (sm)
I	1 x 1	1	VI	6 x 5	30
II	2 x 2	4	VII	7 x 5	35
III	3 x 3	6	VIII	8 x 5	40
IV	4 x 4	16	IX	9 x 5	45
V	5 x 5	25	X	10 x 5	50

Sxemadan ko‘rinib turibdiki, homiladorlikning birinchi yarmida (akusherlarning 5-oyida) homilaning bo‘yi oylarning kvadratga oshirilgan soniga mos keladi, VI oydan boshlab homilaning bo‘yi oylarning 5 ga ko‘paytirilgan soniga mos keladi.

Keltirilgan o‘rtacha ma’lumotlarga qarab, homilaning vaznini bilish mumkin.

VI va VII oyda homilaning vazni avvalgi oydagiga nisbatan taxminan ikki baravar oshadi, IX va X oyda homila vazni eng ko‘p (o‘rta hisob bilan 800 gr dan) o‘sadi.

Oy	Homilaning gramm hisobidagi vazni (o‘rtacha raqamlar)
III	20-25
IV	120
V	280-300
VI	600-680
VII	1000-1200
VIII	1500-1600
IX	2400-2500
X	3200-3500

Homilaning yetilganlik belgilari

Tug‘ilgan go‘dakning yetilganligi bir qancha belgilar yig‘indisidan bilinadi.

1. Oy-kuni yetib tug‘ilgan yetuk go‘dakning bo‘yi o‘rta hisobda 50 sm (48 sm dan 57 sm gacha boradi), vazni 3200-3500 gr (2600 dan 5000 g gacha va undan ortiqroq).

Homilaning bo‘yi vazniga nisbatan doimiy kattalik hisoblanadi, shuning uchun homilaning bo‘yi yetilganlik darajasini to‘g‘riroq aks ettiradi. Yangi tug‘ilgan go‘dakning bo‘yi 47 sm dan uzunroq bo‘lsa yetilgan deb, 47 sm dan kamroq bo‘lsa yetilmagan hisoblanadi. Bo‘yi, 45 sm dan 47 sm gacha bo‘lgan go‘daklarning yetilganligini yoki yetilmaganligini aniqlaganda har gal hamma belgilarni alohida sinchiklab tahlil qilishga to‘g‘ri keladi. Bunday go‘dakning yetilganligi haqida akusher va pediatr birgalashib xulosa chiqaradi. Yangi tug‘ilgan go‘dakning bo‘yi haqida ma’lumotlar bo‘lmasa, vazni hisobga olinadi, shu bilan birga yangi tug‘ilgan chaqaloq vazni 2500 g dan kam bo‘lsa, yetilmagan deb hisoblanadi.

2. Yetilgan homilaning ko‘krak qafasi qabariq, kindik halqasi to‘sh suyagining xanjarsimon o‘sig‘i bilan qov o‘rtasida bo‘ladi.

3. Yetilib tug‘ilgan bolaning terisi och pushti rangda, teri ostidagi yog‘ qatlami yaxshi rivojlangan, terisida pishloqsimon surtma qoldiqlari bor, tuklari faqat yelkasida va orqasining yuqori qismida qolgan, boshidagi sochining uzunligi 2 sm ga yetadi, tirnoqlari barmoqlarining uchlaridan oshib turadi.

4. Quloq va burun tog‘aylari elastik.

5. O'g'il bolalarning moyaklari yorg'oqqa tushgan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari va klitori katta jinsiy lablar bilan berkilgan.

6. Yetilib tug'ilgan go'dak faol harakat qiladi, baralla chinqiradi, ko'zlari ochiq bo'ladi, yaxshi emadi.

Yetilgan homilaning boshi

Akusherlikda homila boshining shaklini va kattaligini o'rganish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda (96%) homila boshi ketma-ket bir qancha harakatlar qilib (burilib), tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Ichki tekshirishda homila boshidagi suyak choklari va liqildoqlar (23-rasm) aniqlanadi, ularning qay tarzda joylashganiga qarab, tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritisa bo'ladi.

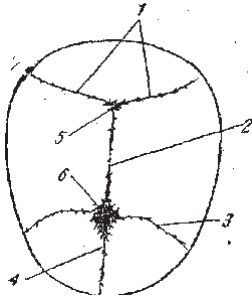
Yetilgan homila boshining bir qancha xususiyatlari bor. Homilaning yuz suyaklari mustahkam birlashgan, ammo kalla suyaklari orasida yoriqsimon choklar va liqildoqlar bor. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-biriga nisbatan siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homilaning kalla suyaklari osongina bukiladi.

Homila kallasi ikkita peshona suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bitta ensa suyagi, asosiy suyak va g'alvirsimon suyakdan iborat (24-rasm). Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor (23-rasmga qaralsin).

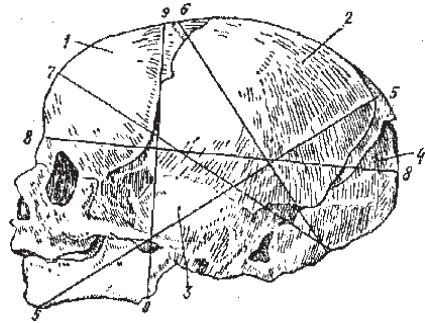
Homilador ayollar organizmidagi fiziologik o'zgarishlar

Ona qornida rivojlanayotgan homilaga kislorod, oqsillar, yog'lar, uglevodlar, tuzlar, vitaminlar va boshqa moddalar hafta sayin tobora ko'p talab qilinadi. Bu moddalarning hammasi homilaga ona organizmidan o'tib turadi; homiladagi modda almashinuv natijasida hosil bo'lgan chiqindilar ona qoniga o'tadi va uning chiqarish a'zolari orqali chiqib ketadi. Binobarin, homilador ayol organizmi qo'shimcha ish bajaradi, bu esa eng muhim tizim va a'zolar faoliyatining kuchayishini yoki qayta tuzilishini talab qiladi.

Homila rivojlanishiga aloqador bo'lgan yangi sharoit ta'siri bilan homilador ayol organizmida ko'pgina murakkab o'zgarishlar yuz beradi. Bular fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi, ayol organizmini tug'ruqqa va bola emizishga tayyorlab boradi.



23-rasm. Yangi tugʻilgan chaqaloq kallasi (yuqoridan koʻrinishi), undagi choklar va liqildoqlar.
1-lambdasimon chok; 2-oʻq-yoysimon chok; 3-tojsimon chok; 4-peshona choki; 5-kichik liqildoq; 6-katta liqildoq



24-rasm. Yangi tugʻilgan chaqaloq kallasi.
1-peshona suyagi; 2-tepa suyak; 3-chakka suyak; 4-ensa suyagi; 5-katta qiyshiq oʻlcham; 6-kichik qiyshiq oʻlcham; 7-oʻrta qiyshiq oʻlcham; 8-toʻgʻri oʻlcham; 9-vertikal (tik) oʻlcham.

Homiladorlikka aloqador oʻzgarishlarning kelib chiqishini va taraqqiy etishini markaziy asab tizimi idora etadi.

Asab tizimi. Homilador ayollarda bosh miya bilan orqa miyaning qoʻzgʻaluvchanligi oʻzgaradi.

Homiladorlikning III-IV oyigacha bosh miya poʻstlogʻining oʻzgaruvchanligi kamayadi, soʻngra homiladorlik oxirigacha ortib boradi. Homiladorlik vaqtida markaziy asab tizimining pastroqdagi boʻlimlari va bachadon asablarining qoʻzgʻaluvchanligi pasayib turadi. Reflektor qoʻzgʻaluvchanlik shu tariqa pasayganidan, bachadon inert boʻlib, tinchlanadi, bu esa homiladorlikning tekis kechishiga yordam beradi.

Tugʻruqdan oldin orqa miya va bachadon asab elementlarining qoʻzgʻaluvchanligi oshadi, bu esa dard va toʻlgʻoq tutishiga imkon beradi.

Homilador ayollarda periferik asablar qoʻzgaluvchanligi oshadi, dumgʻaza va belida nevrologik ogʻriqlar paydo boʻladi, boldir muskullari tortishib qisqaradi. Bu oʻzgarishlarning hammasi keyinchalik izziz oʻtib ketadi.

Endokrin tizimi. Homiladorlikda ichki sekretsiya aʼzolari (endokrin bezlar) tizimida muhim oʻzgarishlar roʻy beradi. Ayolning boʻyida boʻlishi bilanoq tuxumdonda yangi ichki sekretsiya bezi - homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi, undan ishlanib chiqadigan gormon (progesteron)

otalangan tuxum hujayraning bachadon shilliq pardasiga payvandlanishi va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishi uchun sharoit tug'diradi.

Homiladorlikning boshidan oxirigacha tuxumdonda follikulalar yetilmaydi va ovulyatsiya ro'y bermaydi; sariq tana gormon chiqarib turgani tufayli bu jarayonlar to'xtaydi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida sariq tana teskari taraqqiy etib, uning funksiyalarini platsenta bajaradi.

Platsenta – faol ishlaydigan yangi ichki sekretsia a'zosidir. Gonadotrop va estrogen gormonlar, shuningdek progesteron platsentada hosil bo'ladi va to'planadi. Ayol organizmidagi gormonlarning miqdoriy nisbatlari homiladorlikning turli oylarida o'zgarib turadi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligini va qisqarish funksiyasini tormozlovchi gormonlar homiladorlikning birinchi yarmida ko'proq ishlanib chiqadi, bu esa homiladorlikning rivojlanishiga imkon beradi. Homiladorlikning keyingi oylarida estrogen gormonlar ko'payadi, shu munosabat bilan tug'ruqdan oldin bachadonning qo'zg'aluvchanligi oshadi.

Gipofiz. Homiladorlik davrida gipofizning oldingi bo'lagi atroflicha kattalashadi, chunki gormon chiqaruvchi hujayralar ko'payadi va gipertrofiyalanadi. Gipofizdan gonadotrop gormonlar, ayniqsa homiladorlik sariq tanasining funksiyasini kuchaytiruvchi gormon ko'proq ishlab chiqiladi. Gipofizning oldingi bo'lagida, gonadotrop gormonlardan tashqari, sut bezlari, qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari po'stloq qavatining funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar va o'sish gormoni hosil bo'ladi. Homiladorlik vaqtida bachadonning va jinsiy apparatdagi boshqa a'zolarining o'sishi gipofiz oldingi bo'lagining kattalashuviga bog'liq. Gipofizning orqa bo'lagida oksitosin ishlanib chiqadi, bu modda homiladorlik oxirida va tug'ruqda bachadonning qisqarish funksiyasini kuchaytiradi.

Qalqonsimon bez homiladorlikning dastlabki oylarida zo'r berib ishlaydi, homiladorlikning ikkinchi yarmida bu bez funksiyasi susayadi.

Qalqonsimon bez funksiyasining o'zgarishi homiladorlik vaqtida modda almashinuviga ta'sir ko'rsatadi.

Qalqonsimon bez oldidagi bezchalar (kalsiy almashinuviga ta'sir etadi) homiladorlik vaqtida juda ham zo'r berib ishlaydi. Homilador ayollar ba'zan tutqanoq va spazmlarga moyil bo'ladi, buning sababi shuki, qalqonsimon bez oldidagi bezchalar funksiyasi susaygani uchun organizmda kalsiy tuzlari yetishmay qoladi.

Buyrak usti bezlari po'stloq qavatining qalin tortishi hisobiga kattalashadi. Buyrak usti bezlari po'stlog'ida hujayralar ko'payadi va lipidlar (yog' moddalar), ayniqsa xolesterin ko'p to'planadi. Homila-

dorlikda qondagi lipoidlarning ko'payishi va terining pigmentasiyalanishi buyrak usti bezlari po'stlog'ining funksiyasiga bog'liq.

Moddalar almashinuvi. Homiladorlikda asab tizimi va endokrin a'zolar funksiyalarining qayta tuzilishi tufayli moddalar almashinuvi ancha o'zgaradi. Homiladorlikda moddalar anchagina tez almashinadi, homiladorlikning ikkinchi yarmida assimilyatsiya jarayonlari xiyla kuchayadi.

Qon. Homiladorlik davrida qon ishlab chiqish jarayonlari kuchayadi, gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni, qon plazmasi va aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmi oshadi.

Sog'lom homilador ayollarda gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni normal bo'ladi. Eritrositlarning cho'kish tezligi biroz tezlashgan bo'lishi mumkin.

Yurak-tomirlar tizimi. Yurak-tomirlar tizimi homiladorlikda katta ish bajaradi, chunki yangi platsentar qon aylanish doirasi paydo bo'lib, bachadonning tomirlar shaxhobchasi keskin darajada ko'payadi. Sog'lom homilador ayolning yuragi yangi sharoitga sekin-asta moslashib, qo'shimcha ishni bemalol uddalaydi. Homiladorlik vaqtida yurakning muskul elementlari gipertrofiyalanadi va qisqarish kuchi oshadi. Kapillyarlar devori suv, tuzlar va qon zardobining mayda dispers oqsillari - albuminlarni o'tkazuvchanligi oshadi. Qon bosimi homiladorlikning boshidan oxirigacha aksari normal bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida ba'zi ayollarning qon bosimi bir xilda turmaydi, so'nggi oylarda qon bosimi picha ko'tarilishga moyil bo'ladi, lekin normal homiladorlikda maksimal arterial bosim 125-130 mm simob ustunidan oshmaydi, tomir urish tezligi (puls) o'zgarmaydi.

Hazm a'zolari. Homiladorlikning dastlabki 2-3 oyida ko'pchilik ayollarda bosh qorong'ilik kuzatiladi: ko'ngli ayniydi, ayniqsa ertalab qusadi. Ta'm va hid bilish sezgilari o'zgaradi, ba'zan ovqatlardan ko'ngli qoladi, ayrim ovqatlarni va ba'zan bo'r, gilmoya kabi (yeb bo'lmaydigan) moddalarni ko'ngli tusaydi. Homilali bachadon o'sgan sayin ichak yuqoriga va ikki yon tomonga suriladi; homila yirik bo'lganda, egiz homiladorlikda va qog'onoq suvi ko'p bo'lganda me'da va xatto jigar ancha yuqoriga suriladi. Jigar moddalar almashinuvining hamma turlarini boshqarishda qatnashadi va oraliq almashinuvda hosil bo'ladigan zaharli moddalarni zararsizlantiradi.

Bundan tashqari, homilada modda almashinuvida hosil bo'ladigan zaharli moddalar ham ona organizmiga o'tib, uning jigarida zararsizlantiriladi.

Nafas a'zolari. Homiladorlik vaqtida kislorodga ehtiyoj oshgani munosabati bilan o'pka zo'r berib ishlaydi. Homiladorlik oxiriga yaqin bachadon diafragmani yuqoriga surib qo'yganiga qaramay, ko'krak qafasi kengayishi hisobiga o'pkaning nafas yuzasi kichraymaydi. Homiladorlik oxirida nafas olish bir qadar tezlashadi. **Siydik chiqarish a'zolari.** Homiladorlik vaqtida buyraklarga zo'r keladi, chunki bu a'zolar ayolda va qorindagi homilada modda almashinuv chiqindilarini organizmdan chiqarib yuboradi. Homiladorlikning so'nggi oylarida siydikda oqsil yuqi paydo bo'lishi mumkin. Oqsil miqdorining 1 l siydikka 1 mg dan to'g'ri kelishi homiladorlik gestozi degan jiddiy patologiya ro'y berganligini ko'rsatadi.

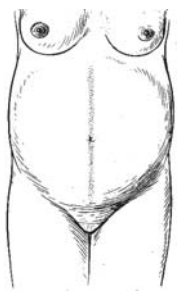


25-rasm. Homilador ayol yuzidagi pigmentli dog'lar.

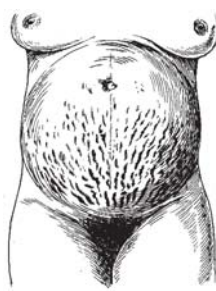
Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon qovuqni qisib qo'ygani uchun ba'zi ayollarning tez-tez siygisi qistaydi.

Homiladorlikning so'nggi oylarida qovuq cho'zilib, yuqoriga suriladi, oxirida esa homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalib turadi, shu munosabat bilan qovuq qisilib, tez-tez siygi qistashi mumkin.

Teri. Homiladorlikda teri o'ziga xos o'zgaradi. Ko'pincha baddanning muayyan joylariga, qorinning oq chizig'i bo'ylab, emchak uchida va uning atrofidagi doirada jigar rang yoki kofe rang bo'yoq moddasi - pigment to'planadi (26-rasm). Ayniqsa peshonada, burun qansharida va yuqori labda pigmentli dog'lar (Chloasma uterinum) ko'p qayd qilinadi (25-rasm). Qorachadan kelgan ayollarda pigmentasiya yaqqolroq seziladi.



26-rasm. Homilador ayolning emchak uchlaridagi va qorinning oq chizig'idagi pigmentatsiya.



27-rasm. Homiladorlik chandiqlari.

Homilali bachadon o‘sgan sayin qorin devori sekin-asta cho‘ziladi. Terisi yetarlicha elastik bo‘lmagan ayollarning qorin devori anchagina cho‘zilganda homiladorlik chandiqlari (striae gravidarum) paydo bo‘ladi (27-rasm). Homiladorlik chandiqlari pushti, qizg‘ish yoki ko‘kintir-qizil hoshiyalarga o‘xshaydi. Ular aksari qorin terisida, ba‘zan sut bezlari va son terisida bo‘ladi. Homiladorlik chandiqlari tug‘ruqdan keyin yaltiroq oq hoshiyalarga o‘xshab qoladi.

Jinsiy a‘zolar. Homiladorlik vaqtida ayolning butun organizmida o‘zgarishlar sodir bo‘ladi, lekin bu o‘zgarishlar hammadan ko‘proq bachadonda uchraydi. Homiladorlik vaqtida bachadonning kattaligi, shakli, vaziyati, konsistensiyasi va reaktivligi (qo‘zg‘aluvchanligi) o‘zgaradi.

Bachadon homiladorlikning boshidan oxirigacha kattalashib boraveradi. Homilasiz bachadonning bo‘yi 7-8 sm bo‘lsa, homiladorlik oxiriga yaqin 38 sm ga yetadi. Diametri 4-5 sm dan 25-26 sm ga yetadi. Homilasiz bachadonning vazni 50-100 g bo‘lsa, homiladorlik oxirida 1000-1200 gr ga yetadi. Homiladorlik oxirida bachadon bo‘shlig‘ining hajmi 500 baravar kattalashadi. Bachadon asosan muskul tolalarining gipertrofiyasi (cho‘zilishi va yo‘g‘onlashuvi) va giperplaziyasi (miqdor jihatidan ko‘payishi) hisobiga kattalashadi.

Har bir muskul tolasi taxminan 10 baravar uzayadi va 4-5 baravar yo‘g‘on tortadi; ayni vaqtda muskul tolalari ko‘payadi va yangi hosil bo‘lgan muskul elementlari o‘sadi.

Bachadon tomirlar shahobchasi ancha kattalashadi. Arteriyalari va venalari cho‘ziladi, kengayadi; venalar ayniqsa kengayadi. Arteriyalar buralib, ayrim joylari shtoporga o‘xshab turadi, bu esa bachadon qisqarayotganda kattaligining o‘zgarishiga, arteriyalarning moslanishiga yordam beradi. Homiladorlik vaqtida bachadon tomirlaridan bir necha bor ko‘proq qon o‘tadi.

Tug‘ruq vaqtida bachadon bo‘g‘zi bachadon bo‘yni bilan birga chiqarish nayiga aylanadi.

Bachadon bo‘ynining tashqi va ichki teshiklari birinchi marta bo‘yida bo‘lgan ayollarda tug‘ruqqa qadar berk turadi; takror bo‘yida bo‘lgan ayollarda esa bachadon bo‘ynining kanali homiladorlikning so‘nggi oylarida kengayib, ko‘pincha bir barmoq sig‘adigan bo‘ladi.

Bachadon naylari (tuxum yo‘llari) yo‘g‘on tortadi, to‘qimalar giperemiyasi va seroz suyuqlikni shimishi tufayli to‘yinib, sersuv bo‘lib turadi. Bachadon o‘sgan sayin tuxum yo‘llari tobora tik bo‘lib, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning yon qismlari bo‘ylab osilib turadi.

Tuxumdonlar birmuncha kattalashib, yumshoq bo'lib qoladi, ularda ovulyatsiya to'xtaydi; tuxumdonlardan birida homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi. Bachadon o'sgani tufayli tuxumdonlar kichik chanoqdan yuqoriga ko'tarilib, qorin bo'shlig'ida (bachadonning yon yuzasi yaqinida) joylashadi.

Bachadon **boylamlari** uzayadi va yo'g'onlashadi. Bachadonning yumaloq boylamlari va dumg'aza-bachadon boylamlari ayniqsa ko'p gipertrofiyalanadi, shu tufayli bachadon tug'ruq vaqtida to'g'ri vaziyatini saqlab turadi.

Qinda homiladorlik munosabati bilan katta o'zgarishlar sodir bo'ladi. Qin devorlarining qon bilan ta'minlanishi keskin darajada kuchayadi, qin devorlarining hamma qavatlariga seroz suyuqlik shimiladi. Qin devorlari yumshab, sersuv va oson cho'ziluvchan bo'ladi. Qin shilliq pardasi ko'kimtir tusga kiradi.

Homiladorlik vaqtida qindagi muskul tolalari va qo'shuvchi to'qima elementlarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi ro'y beradi. Shu munosabat bilan qin cho'ziladi, kengayadi, shilliq parda burmalari baralla sezilib turadi.

Tashqi jinsiy a'zolar homiladorlik vaqtida yumshab, qin kirish qismining shilliq pardasi ko'kimtir tus oladi. Takror bo'yida bo'lgan ayollarning tashqi jinsiy a'zolarida ba'zan varikoz tugunlar paydo bo'ladi.

Sut bezlari. Sut bezlarining rivojlanishi balog'atga yetish davrida boshlanib, jinsiy gormonlar ta'sirida ro'y beradi.

Homiladorlik vaqtida sut bezlari sut chiqarishga tayyorlanadi. Sut bezlarining bez bo'lakchalari kattalashadi, alveolalar epiteliysida juda mayda yog' zarralari paydo bo'ladi. Sut bezlariga qon ko'proq keladi, teri ostidagi venalari kengayib, nozik teri orqali ko'rinib turadi. Sut bezlari taranglashib, ko'pincha tirsillayotgandek seziladi. So'rg'ich o'sib, atrofidagi to'garakcha bilan birga pigmentatsiyalanadi. So'rg'ich atrofidagi bezlar (Mongomeri) yaqqol bo'rtib turadi. So'rg'ichdagi silliq muskullar qo'zg'aluvchanligi oshadi, u mexanik yo'l bilan ta'sirlanganda muskullar qisqaradi, atrofidagi doira kichrayadi, ko'proq turtib chiqib turadi.

Homiladorlik boshlaridayoq sut bezlaridan og'iz suti tomchilarini siqib chiqarsa bo'ladi.

Platsenta gormonlari va gipofizning oldingi bo'lagidan chiqadigan laktogen gormon ta'sirida sut bezlari sut chiqarishga (laktatsiyaga) tayyorlanadi.

Shunday qilib, homiladorlik munosabati bilan ayollar organizmida ro'y beruvchi o'zgarishlarning hammasi fiziologik o'zgarishlardir. Bu o'zgarishlar homilador ayol organizmiga ziyon yetkazmasdan, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi. Bundan tashqari homiladorlik ayol organizmini yashnatadi.

Qorindagi homilaning tirik yoki o'lik ekanini aniqlash

Akusherlik amaliyotida ba'zan qorindagi homilaning tirik ekanligini yoki qaysi bir patologik jarayon oqibatida nobud bo'lganligini aniqlashga to'g'ri keladi. Homiladorlikning birinchi yarmida hali aniq belgilar bo'lmagani uchun homilaning tirikligi bachadonning o'sishini kuzatib aniqlanadi. Bachadon kattaligi homiladorlik muddatiga yarasha kattalashaversa, bu belgi homilaning tirik ekanligini va rivojlanayotganligini ko'rsatadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorindagi bolaning tirik yoki o'lik ekanligi haqidagi xulosa odatda homilaning yurak tonlarini eshityshga va qorindagi bolaning qimirlashini aniqlashga asoslanib chiqariladi. Homilaning yurak tonlari eshitilmaganda yoki homilador ayol qornidagi bolaning qimirlyotganini sezmaganda ko'pincha homilaning tirik ekanligiga shubha tug'iladi.

Lekin homilador ayolni takror tekshirgandan keyin qornidagi bolaning o'lgani haqida uzil-kesil xulosa chiqarish tavsiya etiladi. Qorindagi bola nobud bo'lgan holda, yuragi urmay va qimirlamay qolishdan tashqari, homilali bachadonning o'smay qolganligi ham qayd qilinadi. Keyinchalik qog'onoq suvi so'rilib ketishi tufayli bachadon hajmi kichrayadi. Homilador ayol qornida og'irlik sezadi, og'zi bemaza bo'ladi, tobi qochadi, eti uvishib turadi. Sut bezlari yumshab qoladi.

Qorindagi bolaning o'lganligini rentgenografiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Homila o'lgach skeletida ro'y bergan o'zgarishlar (kalla suyaklarining siljiganligi, chokklarining ochilib qolganligi, umurtqa pog'onasining burchak hosil qilib bukilganligi va hokazo) rentgenografiyada aniqlanadi. Homilador ayol siyidigida estriol (estrogen gormon fraksiyasi) keskin darajada kamayganligi, shuningdek elektrofonokardiografiyada manfiy natijalar olinganligi (homila yuragida bioelektr potensiallarining yo'qligi) homilaning nobud bo'lganligidan guvohlik beradi. Homilaning nobud bo'lganligi haqida ultratovush apparati bilan tekshirganda yanada aniq ma'lumot olish mumkin.

Nazorat uchun savollar:

1. Spermatozoidlar tuzilishi va funksiyasi.
2. Urug‘lanish va payvandlanish.
3. Platsenta va uning vazifalari.
4. Homilaning yetilganlik belgilari.
5. Yetilgan homila boshining tuzilishi va o‘lchamlari.
6. Homilaning qon aylanish doirasi.
7. Homilador ayol asab tizimidagi o‘zgarishlar.
8. Endokrin tizimdagi o‘zgarishlar.
9. Moddalar almashinuvidagi o‘zgarishlar.
10. Qon va ichki a‘zolardagi o‘zgarishlar.
11. Teridagi o‘zgarishlar.
12. Jinsiy a‘zolardagi o‘zgarishlar.
13. Homilaning tirik yoki o‘lik ekanligini aniqlash.

Tayanch so‘z va iboralar:

1. Yevstaxiy qopqog‘i – pastki va yuqori kovak venalar o‘rtasidagi parda.
2. Aransev yo‘li – kindik venasining kindik halqasidan to pastki kovak venagacha bo‘lgan qismi.
3. Botalov yo‘li – o‘pka arteriyasidan pastga tushuvchi aortagacha bo‘lgan qon tomiri.
4. Urug‘lanish – erkaklar spermatozoidining ayol tuxum hujayrasi bilan qo‘shilish jarayoni.
5. Payvandlanish – urug‘langan tuxum hujayraning bachadon shilliq qavatiga botib kirishi.
6. Embrion – tuxum hujayra bo‘linishi hisobidan paydo bo‘lgan embrioblastlardan hosil bo‘lgan murtak.
7. Qog‘onoq suvi – amnion pardasida ishlab chiqiladigan homila atrofini to‘ldirib turadigan suyuqlik.
8. Platsenta – homilani ona organizmi bilan bog‘lab turuvchi asosiy vosita – yo‘ldosh.
9. Homiladorlik dog‘lari – buyrak usti bezi po‘stloq qavati va gipofiz bezi funksiyasining o‘zgarishi natijasida ayolning yuzida, qorin terisida pigmentlar paydo bo‘ladi.
10. Homiladorlik chandiqlari – teridagi qo‘shuvchi to‘qima elementlari bilan elastik tolalarning bir-biridan qochishi natijasida qorin terisining cho‘zilib, rangi o‘zgarishi.

VIII BOB. TUG‘RUQ. TUG‘RUQDA HAMSHIRANING VAZIFALARI VA PARVARISHI

Tug‘ruq fiziologik jarayon bo‘lib, unda homila va yo‘ldosh bachadon bo‘shlig‘idan tug‘ruq yo‘llari orqali haydab chiqiladi. Fiziologik tug‘ruq akusherlar hisobida 10 oy (280 kun yoki 40 hafta) davom etgan homiladorlikdan keyin ro‘y beradi, shu vaqtga kelib homila yetiladi va yorug‘ dunyoda yashashga to‘la qodir bo‘lib tug‘iladi.

TUG‘RUQNI KELTIRIB CHIQUARUVCHI SABABLAR

Tug‘ruqning boshlanish sabablarini tushuntirish uchun ko‘pgina nazariyalar ilgari surilgan. Tug‘ruqning boshlanish sababi — homiladorlik oxirida platsentaning qarishi, funksiyasining buzilishi va ona bilan homila o‘rtasidagi aloqaning uzilishi, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning nihoyatda cho‘zilishi, ona organizmida anafilaktik reaksiyalar tipida ta’sir etuvchi maxsus moddalar hosil bo‘lishidan iborat deb tushuntirishga urinib ko‘rishdi.

Tug‘ruqning boshlanish sabablari murakkab bo‘lib, hali yetarli aniqlangan emas. Ammo homiladorlik oxirida ayol organizmida ko‘pgina o‘zgarishlar ro‘y berishi, shuning natijasida tug‘ruq boshlanishi so‘nggi vaqtda tekshirishlarda aniqlandi. Homiladorlik oxiriga kelib bosh miya po‘stlog‘ining qo‘zg‘atuvchanligi ancha pasayib, orqa miyaning ko‘zg‘aluvchanligi oshadi, bachadondagi asab elementlari va muskullarining qo‘zg‘aluvchanligi kuchayadi. Homilador ayol organizmidan ham, tashqi muhitdan ham bo‘ladigan har xil mexanik, kimyoviy va boshqa ta’sirotlarga bachadon tobora kuchliroq reaksiya ko‘rsata boshlaydi. Homiladorlikning so‘nggi oylarida homilaning o‘sishi qog‘onoq suvining to‘planish jarayonidan tezroq boradi; homila qismlari bachadon devorlariga homiladorlikning dastlabki oylaridagiga nisbatan yaqinroq joylashadi. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushgach, bachadon pastki sigmentning devorida va bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkada, bachadon bo‘g‘izidagi asab chigallariga ta’sir etadi. Homiladorlik oxirida ayol organizmida kimyoviy moddalar ko‘proq ishlanib chiqadi. Bu moddalar bachadonning asab elementlariga ta’sir etib, uning tonusini va qisqaruvchanligini oshiradi.

Homiladorlikning soʻnggi oylarida, ayniqsa tugʻruqqa yaqin estrogen gormonlarining miqdori progesteronga nisbatan ortiq boʻladi, bular bachadonning tonusini va uni qisqartiradigan moddalarga sezuvchanligini oshiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan progesteron kamayadi.

Bachadon qoʻzgʻaluvchanligi oshgan bir sharoitda gipofizning orqa boʻlagidan chiqqan gormon - oksitosin ayniqsa kuchli taʼsir etadi; homiladorlik oxiriga yaqin bu gormon koʻproq ishlanib chiqadi. Oksitosin bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan vosita sifatida yaxshi maʼlum.

Homiladorlik oxirida asetilxolin va biologik jihatdan aktiv boshqa moddalar koʻproq hosil boʻladi. Bular bachadonning qisqaruvchanligini oksitosin kabi kuchaytiradi va saqlab turadi.

Qonda va bachadon muskullarida kalsiy koʻpayganligi ham bachadonning harakat funksiyasini kuchaytiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan magniy tuzlari tugʻruqdan oldin kamayadi. Bundan tashqari bachadon muskullarida uni qisqartiruvchi oqsil - aktomiozin, glikogen, fosfokreatinin, glyutation va boshqa moddalar toʻplanadi (A. I. Petchenko).

Shu tariqa, homiladorlik oxiriga kelib, bir tomondan, bachadon qoʻzgʻaluvchanligi oshadi, ikkinchi tomondan, bachadonning asab elementlariga taʼsir etuvchi mexanik va kimyoviy taʼsirlovchi moddalar koʻpayadi (homilaning qimirlashi, boshining pastga tushishi, pituitrin, asetilxolin va boshqa moddalarning ortiqroq chiqishi).

Prostaglandinlar, xininlar va boshqa biologik aktiv moddalar bachadonning qisqaruvchanlik faoliyatiga taʼsir qiladi.

Bachadon qoʻzgʻaluvchanligi va taʼsirlovchilar kuchi muayyan chegaraga yetgach, muntazam tugʻruq faoliyati boshlanadi.

Tugʻruq refleks yoʻli bilan boshlanadigan va asab tizimi tomonidan idora etiladigan murakkab jarayondir. Bachadon har gal qisqarganda asab elementlari taʼsirlanadi, ayni vaqtda asab oxirlaridan biologik aktiv moddalar (asetilxolin, simpatin) ajralib chiqadi, bular esa bachadonning yangidan qisqarishiga yordam beradi. Tugʻruq oxirigacha shunday jarayonlar sodir boʻlib turadi.

TUGʻRUQNING XABARCHILARI VA BOSHLANISHI

Tugʻruq xabarchilari deganda tugʻruq yaqinlashganini bildiradigan bir qancha belgilar tushuniladi. Bu quyidagilardan iborat.

1. Homiladorlik oxirida (odatda tugʻruqqa 1-2 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson boʻlib qolganini qayd qiladi va ayolning gavda tuzilishi oʻzgaradi. Ayol gerdayib yurishi koʻzga tashlanadi.

2. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushadi; birinchi marta homilador boʻlgan ayollarda homila boshi chanoq kirish qismiga zich taqalib turadi yoki hatto unga kichik siegmenti bilan suqiladi.

3. Tugʻruq oldidan bachadon boʻyni “yetukligi” ning belgilari yaxshi bilinib turadi: bachadon boʻyni chanoq oʻqi boʻylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan boʻladi, ilgari tuqqan ayollarda servikal kanaldan barmoq oʻtadigan boʻlib qoladi.

Tugʻruq vaqtida yana kalta tortib, tekislanadi.

4. Tugʻruqdan oldin koʻpincha bachadon boʻyni bezlarining choʻziluvchan shilimshiq sekreti qindan chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida koʻp ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tugʻruqdan oldin dumgʻaza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi ogʻriqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib koʻrilsa, tugʻruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa boʻladi, bu organizmdan koʻp suv chiqayotganiga bogʻliq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon boʻyni shilimshigʻining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tugʻruqning eng dastlabki xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruq boshlanganligini bildiradi. Tugʻruq boshlanganda har 10-15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tugʻruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi — bachadon boʻynining sekin-asta tekislanishidir. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib to tugʻruq tamom boʻlguncha **tugʻuvchi ayol** deb aytiladi.

TUGʻRUQNI HAYDOVCHI KUHLAR (DARD VA TOʻLGʻOQ TUTISHI)

Tugʻruqning haydovchi kuchlariga: 1) bachadon muskullarining muntazam takrorlanuvchi qisqarishlari — **dard tutishi**, 2) dard tutishiga qoʻshiladigan qorin pressining ritm bilan **qisqarishi** (toʻlgʻoq) kiradi.

Dard tutishi. Bachadonning qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruqning asosiy haydovchi kuchi hisoblanadi. Dard tutishi tufayli bachadon boʻyni ochiladi (bachadon boʻynini ochuvchi dard tutishi), shu tariqa, homila va yoʻldoshning bachadon boʻshligʻidan itarilib chiqishiga yoʻl

ochiladi. Dard tutishi natijasida homila bachadondan haydalib chiqadi (haydovchi dard).

Bachadon bo'yni ochilgach, dard tutishiga to'lg'oq tutishi ham qo'shiladi. Homilaning haydalib chiqish jarayoni tug'ruqning ikkala kuchi (dard va to'lg'oq) bir vaqtda ta'sir etganligi natijasidir. Dard tutganda platsenta bachadon devorlaridan ko'chib haydalib tushadi (yo'ldoshni tushiruvchi dard tutishi). Nihoyat, tug'ruqdan keyin bir necha vaqtgacha bachadon ritm bilan qisqarib turadi (chillada dard tutishi).

Dard ixtiyordan tashqari tutadi tug'uvchi ayol dard tutishini o'z istagi bilan boshqara olmaydi. Dard vaqt-bavaqt, ma'lum daqiqalardan keyin tutadi; dard tutishlar o'rtasida o'tadigan vaqt **pauza** deb ataladi. Bachadon qisqarishi odatda og'riqli bo'ladi, lekin turli ayollar bu og'riqni turli darajada sezadi.

Bachadon qisqarishi uning tubi va nay burchaklari sohasidan boshlanadi-da, tez orada bachadon tanasining pastki sigmentgacha hamma muskullariga yoyiladi. Bachadonning pastki sigmentida silliq muskul tolalari kamroq shuning uchun tug'ruq vaqtida pastki sigment cho'ziladi va yupqa tortadi.

Har bir dard tutishi muayyan tartib bilan avj oladi; bachadon qisqarishi sekin-asta kuchayib, eng yuqori darajasiga yetadi; so'ngra muskullar bo'shshadi, pauza boshlanadi. Bachadonning zichlashuvi, qotishi so'ngra sekin-asta bo'shshuvi qo'l bilan tekshirilganda osongina payqaladi.

Tug'ruq boshlanganda har bir dard tutishi 10-15 sekund davom etadi, tug'ruq oxiriga yaqinlashib esa o'rta hisob bilan 1 daqiqaga cho'ziladi. Tug'ruq boshlarida dard tutishlar o'rtasidagi pauzalar 20-15-10 daqiqa davom etib, keyin qisqaradi, homilaning tug'ilish davriga yaqin har 2-3 daqiqada va hatto undan ham tezroq dard tutib turadi.

To'lg'oq. Tug'ruqning haydovchi kuchlaridan ikkinchisi – to'lg'oq - qorin pressi va diafragma ko'ndalang-targ'il muskullarining qisqarishidan iborat. Bachadon bo'yni, parametral kletchatka va chanoq tubining muskullaridagi asab elementlariga homilaning oldinda yotgan qismi ta'sir etishi natijasida refleks yo'l bilan to'lg'oq tutadi.

To'lg'oq ixtiyordan tashqari tutadi, ammo tug'uvchi ayol to'lg'oqni ma'lum darajada boshqara oladi. Tug'uvchi ayol to'lg'oqni akusherning ko'rsatmasi bilan kuchaytiradi yoki kamaytiradi.

To'lg'oq vaqtida qorin ichidagi bosim ko'tariladi. Ayni vaqtda bachadon ichidagi bosimning ko'tarilishi (*dard tutishi*) va qorin ichidagi bosimning ko'tarilishi (*to'lg'oq*) shunga olib keladiki, bachadon ichidagi homila va yo'ldosh qarshilik kam tomonga, ya'ni kichik chanoq tomonga intiladi.

TUG‘RUQ DAVRLARI

Tug‘ruq uch davrga bo‘linadi: birinchisi - **bachadon bo‘ynining ochilish davri**, ikkinchisi - **homilaning tug‘ilish davri**, uchinchisi - **yo‘ldosh tushish davri**.

Bachadon bo‘ynining ochilish davri *dastlabki* muntazam dard tutishidan boshlanib, pirovardida bachadon bo‘ynining tashqi teshigi to‘la ochilishi bilan yakunlanadi.

Homilaning tug‘ilish davri bachadon bo‘yni tashqi teshigining to‘la ochilgan paytidan boshlanib (to‘lg‘oq tutganidan) homila tug‘ilishi bilan tugaydi.

Yo‘ldosh tushish davri esa bola tug‘ilgan paytdan boshlanib, yo‘ldosh tushishi bilan tugaydi.

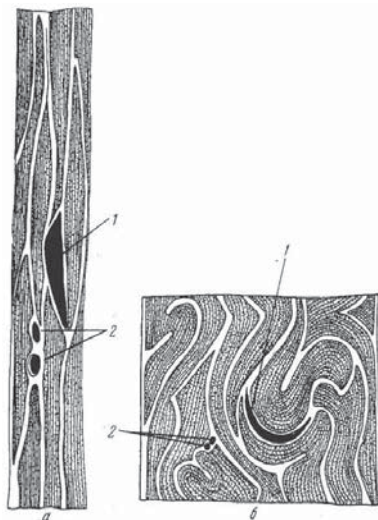
BACHADON BO‘YNINING OCHILISH DAVRI

Tug‘ruqning birinchi davrida bachadon bo‘yni sekin-asta tekislanadi va bo‘yin kanalining tashqi teshigi bachadon bo‘shlig‘idan homila chiqib ketishi uchun yetarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon bo‘yni tekislanib, tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar ro‘y beradi:

a) muskul tolalari qisqaradi bu jarayon – **kontraksiya** deyiladi.

b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning o‘zaro joylashuvi o‘zgaradi, bir-biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi – **retraksiya** deyiladi (28-rasm).

Dard tutguncha uzunlik bo‘yi-cha ketma-ket yotgan muskul tolalari dard tutgach kaltalanadi, qo‘shni tolalar qavatiga siljib kiradi, bir-biriga yonma-yon yotadi.

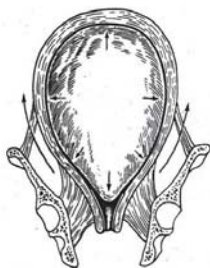


28-rasm. Muskul tolalarining retraksiyasi.

a-homilali bachadonda muskul tolalarining joylashuvi; b-retraksiyada muskul tolalarining joylashuvi; 1-vena; 2-arteriyalar.

Bir dard tutishi bilan ikkinchi marta dard tutguncha o‘tadigan davr (pauza)da muskul tolalarining siljiganligi saqlanib turadi. Navbatdagi dard tutishi (bachadon muskullarining qisqarishi) vaqtida muskul tolalarining retraksiyasi kuchayadi, shunga ko‘ra bachadon devorlari tobora qalin tortadi.

Bundan tashqari, retraksiya tufayli bachadonning pastki sigmenti cho‘ziladi, bachadon bo‘yni tekislanadi va bo‘yin kanalining tashqi teshigi ochiladi. Buning sababi shuki, bachadon tanasining qisqarayotgan bo‘ylama muskul tolalari bachadon bo‘ynining doiraviy (sirkulyar) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon bo‘ynining kanali dard tutishi sayin kengayaveradi – bu holat *distraksiya* deb ataladi.



29-rasm. Bachadonning qisqarishlari ta‘sirida qog‘onoq suvlari ichki teshik tomonga intiladi, homila pufagi teshikka suqilib turadi.

Qog‘onoq suvlarining bachadon bo‘yni kanali tomonga siljishi ham bachadon bo‘ynining ochilishiga yordam beradi. Har bir dard-tutishida bachadon muskullari homila tuxumiga, asosan qog‘onoq suvlariga tazyiq ko‘rsatadi. Bachadon tubi va devorlarining bir tekis qisishi (tazyiq ko‘rsatishi) tufayli bachadon ichi bosimi oshadi va qog‘onoq suvlari bachadon bo‘yni kanalining ichki teshigiga, ya‘ni qarshilik yo‘q tomonga intiladi (29-rasm). Qog‘onoq suvlarining tazyiqi

ostida qog‘onoq pardasining pastki qutbi bachadon devorlaridan ko‘chib, bachadon bo‘yni kanalining ichki teshigiga ponasimon shaklda kiradi. Homila tuxumi pastki qutbi pardalarining shu qismi qog‘onoq suyuqligi bilan birga bachadon bo‘yni kanaliga kiradi va **homila pufagi** deb ataladi.

Dard tutgan vaqtda homila pufagi taranglanib va bachadon bo‘yni kanaliga tobora chuqur kirib, bu kanalni ichkaridan kengaytirib boradi.

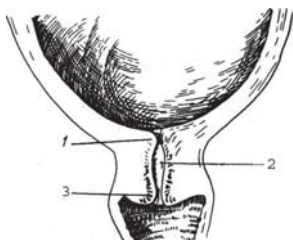
Shunday qilib, bachadon bo‘ynining teshigi: a) bachadon tanasidagi bo‘ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo‘yni doiraviy muskullarining cho‘zilishi (distraksiya) hisobiga, b) taranglangan homila pufagining bo‘yin kanaliga kirib, unga gidravlik pona kabi ta‘sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga bachadon bo‘yni ochiladi. Bachadon bo‘ynining ochilishiga sabab bo‘ladigan asosiy omil - bachadonning qisqarishi (dard tutishi)dir; dard tutishi

tufayli bachadon bo‘ynining distraksiyasi ham ro‘y beradi, bachadon ichidagi bosim ham ko‘tariladi, natijada homila pufagi taranglanib, bachadon bo‘ynining teshigiga kiradi.

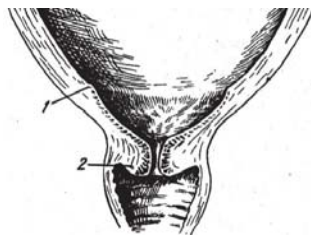
Bo‘ylama muskullar retraksiyasi va kaltalanishi tufayli bachadon yuqoriga intilib, homila pufagidan go‘yo surilib ketadi. Ammo bachadonning boylam apparati bu a‘zoning surilib ketishini cheklaydi. Yumaloq boylamlar, dumg‘aza-bachadon boylamlari va qisman serbar boylamlar qisqarayotgan bachadonni yuqoriga behad surilib ketishdan saqlaydi. Yumaloq boylamlar taranglanganligini tug‘ayotgan ayolning qorin devori orqali paypaslab bilsa bo‘ladi. Boylamlar yuqorida aytilgandek ta‘sir etgani uchun bachadonning qisqarish kuchi homila tuxumining pastga siljib borishiga sarf bo‘ladi.

Bachadon retraksiyasida bachadonning bo‘ynigina emas, pastki sigmenti ham cho‘ziladi. Bachadonning bo‘g‘zidan va bachadon tanasining eng pastki bo‘limidan iborat bo‘lgan pastki sigment birmuncha yupqa devori, undagi muskul elementlari bachadonning yuqori sigmentidagiga nisbatan kamroq. Pastki sigmentning cho‘zilishi homiladorlik vaqti-dayoq boshlanadi va tug‘ruq vaqtida yuqori sigment muskullari (kavak muskul) retraksiyasi tufayli kuchayadi.

Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kavak muskul (yuqori sigment) bilan bachadonning cho‘zilayotgan pastki sigmenti o‘rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara **kontraksion** (yoki **chegara**) **halqa** deb ataladi.



30-rasm. Birinchi marta tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni tug‘ruq boshlanishidan oldin.
1-ichki teshik yopiq; 2-bachadon bo‘ynining kanali; 3-tashqi teshik yopiq.



31-rasm. Birinchi marta tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni ochilish davrida; bachadon bo‘yni tekislanmoqda.
1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik yopiq.

Odatda kontraksion halqa qog‘onoq suvlari ketgandan keyin vujudga kelib, ko‘ndalangiga yotgan egatga o‘xshab turadi, uni qorin

devori orqali paypaslab bilish mumkin. Birinchi marta tug‘ayotgan va takror tug‘ayotgan ayollarda bachadon bo‘ynining tekislanishi va bo‘yin kanalining ochilishi bir xilda bo‘lmaydi.

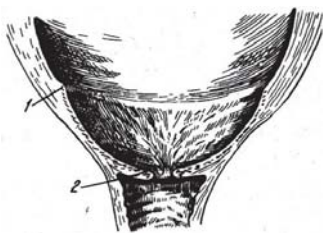
Birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda bachadon bo‘yni ichki teshigi oldin ochiladi; so‘ngra bachadon bo‘ynining kanali sekin-asta kengayib, pastga tomon torayuvchi voronka shaklini oladi (30 va 31-rasmlar). Bachadon bo‘ynining kanali kengaygan sayin bachadon bo‘yni kaltalanadi va nihoyat, butunlay tekislanadi (yoziladi), faqat tashqi teshik yopiq turaveradi. Keyinchalik tashqi teshik cho‘zilib, chetlari yupqa tortadi, teshik ochila boshlaydi (32 va 33-rasmlar).

Takror tug‘ayotgan ayollarda bachadon bo‘ynining tashqi teshigi homiladorlik oxiridayoq picha ochiq turadi (34-rasm), undan barmoq uchi bemalol o‘tadi. Bachadon bo‘ynining ochilish davrida ichki teshikning ochilishi va bachadon bo‘ynining tekislanishi bilan deyarli bir vaqtda tashqi teshik ham ochiladi (35-36 rasmlar).

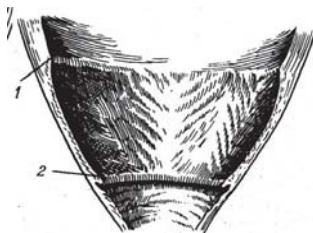
Tashqi teshik sekin-asta ochiladi. Dastlab teshik bir barmoq uchini o‘tkazadi, keyin ochiq teshikdan ikkita va undan ortiq barmoq o‘tadi. Teshik ochilgan sayin chetlari tobora yupqa tortadi, ochilish davrining oxiriga yaqin teshik chetlari kambar yupqa jiyak shakliga kiradi. Teshik taxminan 10-12 sm kengaygach, to‘la ochilgan deb hisoblanadi. Teshik shuncha ochilganda yetuk homilaning boshini va tanasini o‘tkazadi.

Har bir dard tutgan vaqtda qog‘onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga intiladi, homila pufagi taranglanib (to‘lishib), teshikka suqilib kiradi. Dard tutib bo‘lganda qog‘onoq suvi qisman yuqoriga siljiydi, homila pufagining tarangligi picha kamayadi. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og‘zida qimirlab turadigan bo‘lguncha qog‘onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga va teskariga bemalol siljib turadi. Homila boshi pastga tushgach, hamma tomondan bachadonning pastki sigmentiga tegib turadi va bachadon devorining shu qismini chanoq og‘ziga qisib ushlaydi. Homila boshining pastki igmenti devorlari bilan o‘ralgan joyi **tegish** (taqalish) **belbog‘i** deb ataladi. Bu belbog‘ qog‘onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi (37-rasm). Homila pufagidagi qog‘onoq suvining tegish belbog‘idan pastda yotgan qismi **oldingi suv** deb ataladi. Qog‘onoq suvining tegish belbog‘idan yuqorida yotgan ko‘proq qismini **orqa suv** deyishadi.

Dard tutishi kuchaygan sayin oldingi suv bilan homila pufagi tobora ko‘p to‘lishadi va ochilish davrining oxiriga yaqinlashganda dard tutmay turgan davrda ham homila pufagining tarangligi susaymaydi, homila pufagi yorilay deb turadi.



32-rasm. Birinchi marta tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni ochilish davrida; bachadon bo‘yni tekislangan. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (akusherlik teshigi) bir barmoq sig‘arli ochilgan.



33-rasm. Birinchi marta tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni tekislangan, tashqi teshigi to‘la ochilgan. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik cheti (kambar jiyak shaklida).



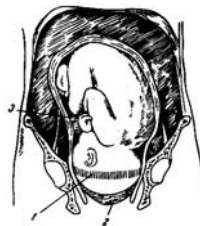
34-rasm. Takror tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni-ochilish davri boshlangan. 1-ichki teshik; 2-tashqi teshik; bo‘yin kanali bir barmoq sig‘arli ochilgan.



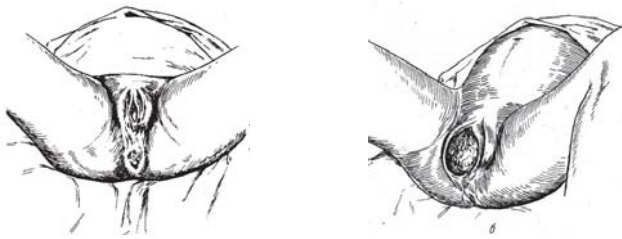
35-rasm. Takror tug‘ayotgan ayol bachadonining bo‘yni. Bachadon bo‘yni yuqori yarmining tekislanishi va ayni vaqtda tashqi teshikning ochilishi. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (ichki teshik bilan bir vaqtda ochilmoqda).



36-rasm. Takror tug‘ayotgan ayol bachadoni; bo‘yni tekislangan, tashqi teshik to‘la ochilgan. Teshik cheti kambar milk shaklida. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik.



37-rasm. Tashqi teshikning to‘la ochilishi. Homila boshi chanoq og‘zida. 1-tegish belbog‘i; 2-oldingi suv; 3-orqa suv.



38-rasm. Homila boshining suqilib kirishi va yorib chiqishi.
a-boshning suqilib kirishi; b-boshning yorib chiqishi

Normal sharoitda homila pufagi bachadon bo‘ynining tashqi teshigi to‘la yoki deyarli to‘la ochilgach, dard tutayotgan vaqtda yoriladi (qog‘onoq suvining o‘z vaqtida ketishi). Homila pufagi yorilgach, oldingi suv ketadi. Orqa suv, odatda, bola tug‘ilgandan keyin oqib chiqadi.

Homila pufagi ba‘zan tashqi teshik to‘la ochilmasdan turib yorilsa **qog‘onoq suvi barvaqt** (erta) **ketdi** deyishadi, tug‘ruq boshlanmasdan turib suv ketishi **muddatidan oldin suv ketishi** deb ataladi. Qog‘onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug‘ruqning kechishiga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi.

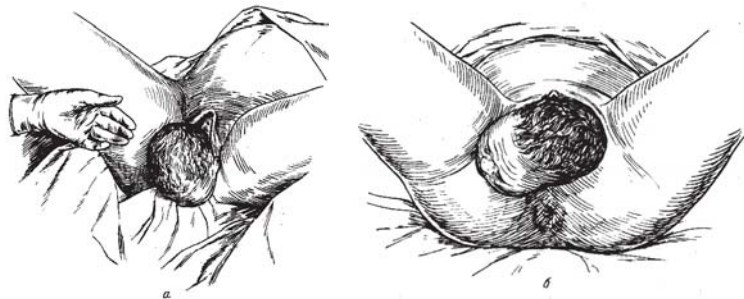
Pardalar haddan tashqari zich bo‘lsa homila pufagi tashqi teshig to‘la ochilgandan keyin kech yoriladi (homila pufagining kech yorilishi), ba‘zan homilaning tug‘ilish davrigacha saqlanib turadi va oldinda yotgan qismning oldida jinsiy yoriqdan do‘ppayib ko‘rinib turadi, bunday hollarda barmoq bilan yoki asbob (Koxer qisqichi) bilan homila pufagi yirtiladi.

HOMILANING TUG‘ILISH DAVRI

Tashqi teshik to‘la ochilgach, homila bachadon bo‘shlig‘idan ilgarilama harakatlana boshlaydi. Qog‘onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15-20 daqiqa o‘tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmga moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskullarining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi asab chigallarini homila pufagidan ko‘ra ko‘proq bosadi. Shu sababli bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr (pauza) tobora kaltalanadi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglanib, zichlashib, qorin devorini do‘ppaytiradi (“bachadon tikka turadi”).

Bachadonning qisqarishlariga tez orada to'lg'oq ham qo'shiladi. To'lg'oq refleks yo'li bilan kelib chiqadi. Tug'uvchi ayol nafasini to'xtatib turadi, qo'l-oyoqlarini tug'ruq karavotiga tiraydi va qorin muskullarini taranglab, qattiq kuchanadi.

Homilaning tug'ilish davrida ayolning hamma a'zolariga zo'r kela-di, yurak-tomir tizimi zo'r berib ishlaydi, modda almashinuvi kuchayadi.



39-rasm. Homila boshining tug'ilishi.

a-chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan; b-bosh yuzi bilan ona soniga qaraydigan bo'lib burilgan.

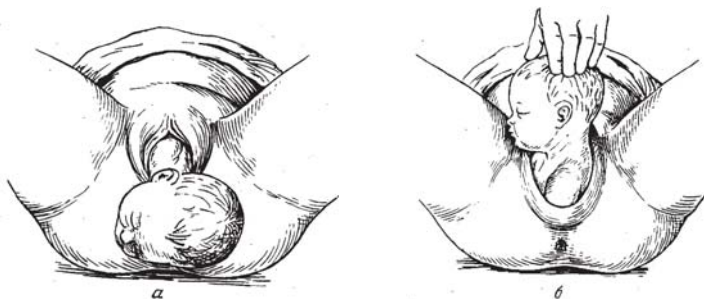
To'lg'oq tutgan vaqtda tug'uvchi ayolning yuzi o'zgarib, yuzi va lablari ko'karadi, ter bosadi, bo'yin venalari taranglanadi, oyoqlari tortishadi. Charchagan ayol yangidan to'lg'oq tutguncha dam olib turadi.

Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi. Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) qisqarib, 2-3 daqiqaga qisqaradi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach, oraliq bo'rta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat to'lg'oq vaqtida do'ppaygan bo'lsa, keyin pauzalarda ham do'ppayaveradi. Oraliq do'ppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tug'ruqdan oldin to'g'ri ichak tozalanmagan bo'lsa, to'lg'oq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Shuning uchun tug'ruqqa kelgan har bir ayolning ichaklari tozalovchi huqna yordamida tozalanadi.

Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan ko'rinib turadi. To'lg'oq tutib bo'l-

gach, homila boshining ilgari lanma harakati to‘xtaydi, homila boshi ko‘zdan yo‘qolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi to‘lg‘oq tutganda homila boshining kattaroq bir qismi do‘ppayib turadi, lekin pauzada (to‘lg‘oqlar orasidagi davrda) homila boshi yana ko‘zdan yo‘qoladi. To‘lg‘oq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan ko‘rinishi homila **boshining suqilib kirishi** deb ataladi (40-rasm, a). Yana to‘lg‘oq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora ko‘proq oldinga turtib chiqadi, endi u to‘lg‘oq to‘xtagandan keyin ham ko‘zdan yo‘qolmaydi, jinsiy yoriq yumilmay, baralla ochiq turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, to‘lg‘oq to‘xtagandan keyin ham ko‘zdan yo‘qolmasa, **homila boshi yorib chiqdi** deb aytishadi (40-rasm, b).



40-rasm. Homila yelkalarining chiqishi.

a-oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi; b-orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do‘mboqlari jinsiy yoriqdan ko‘rinadi; shu payt oraliqning taranglanishi nihoyasiga yetadi. Ensa va tepa do‘mboqlar yorib chiqqach, qattiq to‘lg‘oq vaqtida homilaning peshonasi va yuzi ham tug‘ruq yo‘llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to‘lg‘oq qisqa vaqt to‘xtaydi.

Homilaning tug‘ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo‘ladi. Yuzi ko‘karadi, og‘iz-burnidan shilimshiq keladi. Homila boshi tug‘ilgach, yangidan boshlangan to‘lg‘oqda homila tanasi buriladi, natijada homilaning bir yelkasi simfizga, ikkinchi yelkasi dumg‘azaga qarab turadi.

Homila tanasining burilishi tufayli tug‘ilgan boshi yuzini onasining o‘ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buradi. Homila yuzi birinchi pozitsiyada onaning o‘ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi.

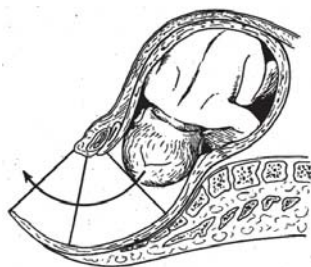
Homilaning yelkaları tug‘ruq yo‘llaridan quyidagicha chiqadi: oldinga yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi orqadagi yelkasi oraliq ustdan sirg‘anib chiqadi, so‘ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka kamari chiqqach, tanasi va oyoqlari bemalol chiqadi. Picha loyqa orqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor. Ba‘zan tug‘ruq yo‘llarining yumshoq to‘qimalari ozgina chaqalanishi sababli orqa suvlarga qon aralashgan bo‘ladi.

Yorug‘ dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, baralla chinquiradi, oyoqlarini aktiv qimirlatadi, terisi qizaradi.

Ona qattiq charchaganligini his qiladi, orom oladi, tez-tez urayotgan tomiri asliga keladi (pulsi baravarlashadi). Tug‘uvchi ayol ko‘zi yorigandan keyin ko‘pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to‘lg‘oq tutgan vaqtda ayol ko‘p haroratini yo‘qotadi.

Tug‘ruq biomexanizmi. Homila tug‘iladigan davrda tug‘ruq yo‘llarining yumshoq qismlari va kichik chanoqdan o‘tadi.

Homila chanoq o‘qi (ya‘ni chanoqning hamma to‘g‘ri o‘lchamlari markazlarini birlashtiruvchi egilgan chiziq) bo‘ylab ilgarilanma harakat qiladi. Chanoq o‘qi dumg‘aza oldingi yuzasining botiqligiga yarasha egiladi, chanoqdan chiqish teshigida oldinga, simfiz tomonga yo‘l oladi (41-rasm).



41-rasm. Homila tug‘iladigan davrda tug‘ruq kanalining shakli (sxematik tasviri)

Chanoq devorlari bab-baravar emas, simfiz dumg‘azadan ancha kalta. Kichik chanoqning turli tekisliklardagi shakli har xil: chanoq og‘zi ko‘ndalangiga cho‘zilgan, chanoq bo‘shlig‘i yumaloq, chanoqdan chiqish teshigi oldindan orqaga qarab cho‘zilgan oval shaklida. Homila boshining turli tekisliklardagi o‘lchamlari ham bir xil emas.

Chanoq va homila boshining shaklidagi hozir aytilgan xususiyatlarga yarasha homila boshi tug‘ruq yo‘llarida burilmasdan to‘ppa-to‘g‘ri chiziq bo‘ylab o‘tolmaydi. Homila, ayniqsa boshi chanoq o‘qi bo‘ylab ilgarilanma harakat qilish bilan bir vaqtda bir qancha harakatlarni bajaradi. Homila boshi ilgarilanma harakatlarga qo‘shimcha ravishda bo‘ylama o‘q tevaragida buriladi va ko‘ndalang o‘q tevaragida aylanadi-bukiladi va yoziladi.

Homila kichik chanoqdan va tug‘ruq yo‘llarining yumshoq qismlaridan o‘tayotganda bajaradigan harakatlari yig‘indisi **tug‘ruq biomexanizmi** deb ataladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turidagi tug‘ruq biomexanizmi eng tipik, normal mexanizm hisoblanadi. Hamma tug‘ruqlarning 95 foizida ensa oldin keladi.

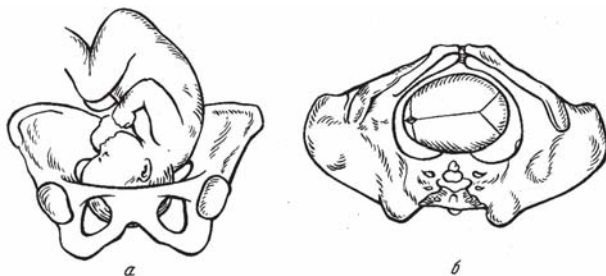
ENSA OLDINDA YOTISHINING OLDINGI TURIDA TUG‘RUQ BIOMEXANIZMI

Tug‘ruq biomexanizmi to‘rt momentdan iborat:

Birinchi moment — homila boshining bukilishi (flexio capitis). Homila boshi ko‘ndalang o‘qi tevaragida bukiladi va o‘zining o‘q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko‘ndalang o‘lchamiga mos keladi.

Bachadon bo‘ynining ochilish davrida homila boshi kichik chanoq og‘ziga suqilib kiradi (yoki taqaladi), o‘q-yoysimon chok chanoqning ko‘ndalang yoki picha qiyshiq o‘lchamida turadi.

Homilaning tug‘ilish davrida bachadon va qorin pressining tazyiqi yuqoridan homilaning umurtqa pog‘onasiga va u orqali boshiga o‘tadi. Umurtqa pog‘onasi boshiga o‘rtasidan emas, balki ensasi yaqinidan tushgan, shu tufayli go‘yo ikki yelkali richag hosil bo‘ladi, richagning kalta uchida ensa, uzun uchida peshona joylashadi. Bachadon va qorin ichidagi bosimning kuchi umurtqa pog‘onasi orqali avvalo ensa sohasiga o‘tadi (richagning kalta yelkasi). Ensa pastga tushadi, engak ko‘krak qafasiga yaqinlashadi, kichik liqildoq katta liqildoqdan pastroqda joylashadi (42-rasm).



42-rasm. Tug‘ruq biomexanizmining birinchi momenti.
a-tug‘ruq mexanizmining birinchi momenti-homila boshining bukilishi;
b-chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko‘rinishi.

Keyinchalik kichik liqildoq sohasi hamisha chanoqning o'tkazuvchi o'qi bo'ylab borib, jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadi. Ensa oldinda yotishning oldingi turida kichik liqildoq **o'tkazuvchi nuqta** hisoblanadi.

Oldinda yotuvchi qismda joylashib, chanoq og'ziga birinchi bo'lib tushadigan, ichki burilish vaqtida oldinda boradigan va jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadigan nuqta **o'tkazuvchi nuqta** deb ataladi.

Homila boshi bukilishi tufayli chanoqqa endi to'g'ri o'lcham (12 sm) o'rniga eng kichik o'lcham, ya'ni kichik qiyshiq o'lcham (9,5 sm) bilan kiradi. Homila boshi chanoqning hamma tekisliklaridan va jinsiy yoriqdan shu kichraygan aylanasi bilan o'tadi. Diametr suboccipito-bregmatica – 9,5 sm.

Ikkinchi moment — homila boshining ichki burilishi (rotatio capitis interna). Homila boshi oldinga qarab ilgarilanma harakat qiladi (pastga tushadi) va ayni vaqtda bo'ylama o'q tevaragida buriladi. Shu payt ensasi (va kichik liqildog'i) oldingi simfiziga, peshonasi (va katta liqildog'i) esa orqaga dumg'aza tomon buriladi (43-rasm, *a*). Chanoq og'zida ko'ndalang (yoki picha qiyshiq) o'lchamda turgan o'q-yoysimon chok endi o'z vaziyatini sekin-asta o'zgartiradi. Homila boshi chanoq bo'shlig'iga tushayotganda o'q-yoysimon chok qiyshiq o'lchamga o'tadi (43-rasm, *b*); birinchi pozitsiyada o'ng qiyshiq o'lchamga, ikkinchi pozitsiyada chap qiyshiq o'lchamga o'tadi.

Chanoqdan chiqish teshigida o'q-yoysimon chok shu teshikning to'g'ri o'lchamiga mos keladi. Homila boshining ichki burilishi chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamida o'q-yoysimon chokning qaror topishi bilan tugaydi, pastga tushgan kichik liqildoq ayni vaqtda to'ppa-to'g'ri simfizga qaragan bo'ladi (44-rasm, *a* va *b*). Homila boshi chanoq bo'shlig'idan (chanoq og'zidan to chiqish teshigigacha) o'tayotganda aksari 90° li yoy bo'ylab aylanadi. Ensa ichki burilishgacha picha oldinga qaragan bo'lsa, bosh 45° buriladi, ensa picha orqaga qaragan bo'lsa, bosh 135° buriladi. Shunday qilib, homila boshining ichki burilishida o'q-yoysimon chok chanoq og'zining ko'ndalang o'lchamidan chanoq bo'shlig'ining qiyshiq o'lchamiga, qiyshiq o'lchamdan esa chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamiga o'tadi.

Homila boshining ichki burilishini turli sabablarga bog'lashadi. Harakatlanib borayotgan boshning chanoq o'lchamlariga moslanish nazariyasi ko'proq tarqalgan. Bu nazariyaga muvofiq, homila boshi eng kichik aylanasi (kichik qiyshiq o'lcham bo'yicha aylanasi) bilan chanoqning eng katta o'lchamlaridan o'tadi. Chanoq og'zida ko'ndalang

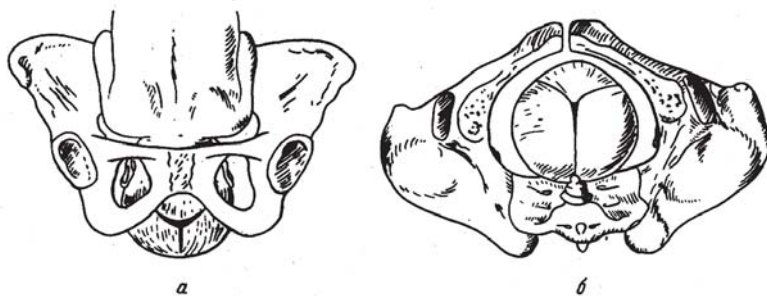
o'lcham, chanoq bo'shlig'ida qiyshiq o'lcham, chanoqdan chiqish teshigida to'g'ri o'lcham eng katta o'lcham hisoblanadi; homila boshi shunga yarasha ko'ndalang o'lchamdan qiyshiq o'lchamga va so'ngra to'g'ri o'lchamga o'ta turib buraladi.



43-rasm. Tug'ruq biomexanizmining ikkinchi momenti.

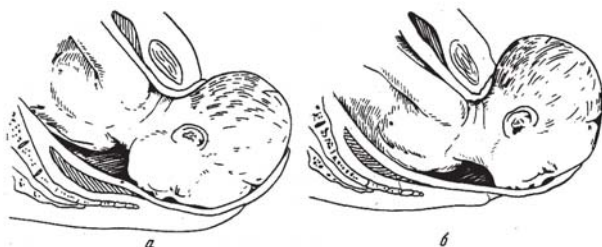
a - tug'ruq biomexanizmining ikkinchi momenti - homila boshining ichki burilishi; b-chanoqdagi chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chanoqning o'ng tomondagi qiyshiq o'lchamida turibdi.

Uchinchi moment — homila boshining yozilishi (*extensio capitis*). Homilaning qattiq bukilgan boshi chanoqdan chiqish teshigiga yetgach, unga chanoq tubining muskullari qarshilik ko'rsatadi. Bachadon va qorin pressining muskullari qisqarib, homilaning dumg'aza va dum suyagining uchiga tomon haydaydi. Chanoq tubining muskullari homila boshining shu yo'nalishdagi harakatiga qarshilik ko'rsatadi va uning oldinga, jinsiy yoriqqa tomon og'ishiga yordam beradi.



44-rasm. a-homila boshining ichki burilishi tugagan; b-chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamida turibdi.

Homilaning tug‘ilayotgan boshi shu ikki kuch ta’sir etishi tufayli yoziladi. Ensa ostidagi chuqurcha qov ravog‘ining ostiga taqalib, bosh yoziladi (45-rasm, *a*). Bosh shu tayanch nuqtasi tevaragida yoziladi (45-rasm, *b*); bosh yozilayotgan vaqtda peshona, yuz va engak yorib chiqadi, ya’ni bosh batamom tug‘iladi. Bosh suqilib kirib yorib chiqayotgan vaqtda yoziladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida bosh kichik qiyshiq o‘lchamdan o‘tuvchi tekislik (aylanasi 32 sm) bilan vulvadan chiqadi.



45-rasm. Tug‘ruq biomexanizmining uchinchi momenti.
a-homila boshining yozila boshlashi (suqilib kirishiga mos keladi);
b-homila boshining yozilishi (yorib chiqishiga mos keladi).

Bosh yorib chiqayotganda qaysi tayanch nuqtasi atrofida buralsa, o‘sha nuqtani **fiksatsiya nuqtasi** yoki **gipomoxlion** deyishadi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida ensa osti chuqurchasi fiksatsiya nuqtasi hisoblanadi.

To‘rtinchi moment — homila boshining tashqi tanasining ichki burilishi (rotatio capitis yexterna et trunci interna).

Homila boshi tug‘ilgandan keyin yuzi pozitsiyaga qarab onaning o‘ng yoki chap soniga qarab buriladi. Birinchi pozitsiyada yuz onaning o‘ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi. Homila boshining tashqi burilishi yelkalarining ichki burilishiga bog‘liq. Homila yelkaları chanoqqa ko‘ndalang yoki picha qiyshiq o‘lchamda kiradi; yelkalar chanoq bo‘shlig‘ida burila boshlaydi va qiyshiq o‘lchamga o‘tadi. Chanoq tubida yelkalarining ichki



46-rasm. Tug‘ruq mexanizmining to‘rtinchi momenti— homila boshning tashqi burilishi. Homila yelkalarining ichki burilishi tugagan, ular yorib chiqmoqda.

burilishi koʻndalang oʻlcham bilan tugaydi, chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida yelkalar qaror topadi (bir yelka simfizga, ikkinchi yelka dumgʻazaga qarab turadi) (46-rasm). Yelkalarining burilishi boshga oʻtadi: yelkalar chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida qaror topgach, yuz onaning soniga qarab buriladi.

ENSA OLDINDA YOTISHINING ORQA TURIDA TUGʻRUQ BIOMEXANIZMI

Ensa oldinda yotganda boshning ichki burilishi aksari shunday boʻladiki, ensa oldinga (simfizga), peshona va yuz esa orqaga (dumgʻazaga) buriladi. Orqa turlarda, yaʼni homilaning tugʻilish davrigacha yelka va ensa orqaga qaragan taqdirda ham ensa oldinga buriladi. Homilaning tugʻilish jarayonida orqa tur koʻpincha oldingi turga oʻtadi. Kamdan-kam hollarda (ensa oldinda yotishining 1 foizida) gina bosh ichki burilishda ensasi dumgʻazaga qaraydigan boʻlib buraladi va tugʻruq orqa turda roʻy beradi.

Ensa oldinda yotishining opqa turida tugʻruq biomexanizmi quyidagicha boʻladi.

Birinchi moment — boshning bukilishi. Kichik liqildoq sohasi boshning oldinda boruvchi nuqtasi, yaʼni oʻtkazuvchi nuqta boʻlib hisoblanadi³.

Ikkinchi moment — boshning ichki burilishi. Bukilgan bosh chanoqqa tushib, ensasi orqaga qaraydigan boʻlib buriladi (47-rasm, *a*); oʻq yoysimon chok chanoq boʻshligʻida chanoqning qiyshiq oʻlchamiga, chanoqdan chiqish teshigida chanoqning toʻgʻri oʻlchamiga oʻtadi (burilish tugallangan boʻladi). Burilish tamom boʻlgach, kichik liqildoq (ensa) dumgʻazaga, katta liqildoq simfizga qarab buriladi.

Uchinchi moment. Bosh yorib chiqish vaqtida: qoʻshimcha bukiladi. Peshonaning sochli qismi chegarasi qov ravogʻiga va uning atrofiga tayanadi (fiksatsiyaning birinchi nuqtasi), bosh qattiq bukiladi (47-rasm, *b*). Boshning shu qoʻshimcha bukilish vaqtida tepa doʻmboqlar va ensa doʻmbogʻi yorib chiqadi.

Toʻrtinchi moment. Homila boshining yozilishi. Shundan keyin homila boshi ensa osti chuqurchasi bilan dumgʻaza-dum boʻgʻimiga tayanadi (fiksatsiyaning ikkinchi nuqtasi) va yoziladi. Bosh yozilayotgan vaqtda peshonasi, yuzi va engagi qov ravogʻining ostidan boʻshab

³ Ensa oldinda yotishining orqa turida avval kichik liqildoq, rotatsiya oxirida kata liqildoq bilan kichik liqildoq oʻrtasi oʻtkazuvchan nuqta hisoblanadi.

chiqadi. Bosh oʻrta qiyshiq oʻlchamga mos aylanasi (33 sm) bilan yorib chiqadi. Diametri 10 sm. Diametr suboccipito-frontalis 10 sm.

Beshinchi moment. Boshning tashqi burilishi va yelkalarining ichki burilishi ensa oldinda yotishining oldingi turidagi kabi roʻy beradi.

Ensa oldinda yotishining orqa turida bosh tugʻruq yoʻllaridan qiyinchilik bilan oʻtib boradi, homilaning tugʻilish davri ensa oldinda yotishining oldingi turidagiga nisbatan uzoqroq davom etadi.



47-rasm. Ensa oldinda yotishining orqa turida homilaning tugʻilishi.
a-homila boshining ichki burilishi, ensa orqaga qaragan (tugʻruq mexanizmining ikkinchi momenti); b-homila boshining qoʻshimcha bukilishi (tugʻruq mexanizmining uchinchi momenti)

Tugʻruq biomexanizmining bosh shakliga taʼsir etishi. Homila boshi tugʻruq kanalining shakliga va oʻlchamlariga moslasha oladi. Homila boshining moslanuvchanligi kalla suyaklarining choklar va liqildoqlar sohasida siljiy olishiga, kalla suyaklarining kichik chanoqdan oʻtishda oʻz shaklini oʻzgartira olishiga bogʻliq.

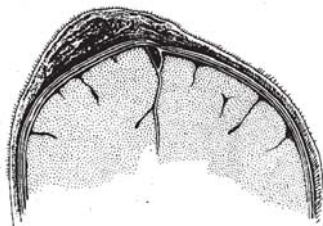
Tugʻruq kanali devorlarining tazyiqi ostida kalla suyaklari chok va liqildoqlar sohasida bir-biriga mingashadi. Tepa suyaklardan biri ikkinchisining ustiga oʻtadi, ensa va peshona suyaklari tepa suyaklar ostiga kirishi mumkin. Kalla suyaklari yassilanadi yoki qabariqroq boʻlib qoladi. Kalla suyaklarining shu tariqa siljishi natijasida bosh shakli oʻzgarib, tugʻruq yoʻllarining shakli va oʻlchamlariga moslanadi. Tugʻruq yoʻllaridan oʻtayotganda bosh shaklining oʻzgarishi **konfiguratsiya** deb ataladi. Bosh konfiguratsiyasi boshning va tugʻruq yoʻllarining xususiyatlariga bogʻliq.

Choklar qancha keng va suyaklar qancha yumshoq boʻlsa, bosh oʻz shaklini shuncha koʻp oʻzgartira oladi. Bundan tashqari, boshning

harakatlanib borishi qiyinlashganda (chanoq tor bo'lganda) bosh shakli ayniqsa ko'p o'zgaradi. Bosh shakli tug'ruq biomexanizmiga qarab o'zgaradi. Ensa oldinda yotganda (uning ayniqsa orqa turida) bosh ensa tomonga cho'zilib, dolixosefalik shaklga kiradi (48-rasm). Bosh tepasi oldinda yotganda tepaga tomon, peshona oldinda yotganda peshonaga tomon cho'ziladi va hokazo.



48-rasm. Ensa oldinda yotganda tug'ilgan homila boshining konfiguratsiyasi.



49-rasm. Tega suyak sohasidagi bosh o'smasi.

Normal tug'ruqda bosh konfiguratsiyasi keskin bo'lmay, yangi tug'ilgan bolaning sog'lig'iga va rivojlanishiga ta'sir ko'rsatmaydi, bosh shaklining o'zgarishi tez orada benomu-nishon yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davrida bosh shakli o'zgarishidan tashqari, **bosh o'smasi** (yoki **tug'ruq o'smasi**) ro'y beradi. Tug'ruq o'smasi oldinda yotuvchi qismning eng pastdagi (oldinda kelayotgan) bo'lagining to'qimalari bo'rtishidan iborat. Oldinda yotuvchi qismning qaysi bo'lagi tegish belbog'idai pastda turgan bo'lsa, o'sha bo'lagidan venoz qonning oqib ketishi qiyinlashgani sababli to'qimalar bo'rtadi (shishadi). Bosh va chanoq oldinda yotganda tug'ruq o'smasi paydo bo'ladi, oldinda yotgan qismida hosil bo'luvchi o'sma **tug'ruq o'smasi** deb ataladi.

Tug'ruq o'smasi qog'onoq suvi ketgandan keyin faqat tirik homilada hosil bo'ladi. Ensa oldinda yotganda tug'ruq o'smasi kichik liqildoq sohasida joylashib, pozitsiyaga qarab o'ng yoki chap tepa suyakka tarqaladi (49-rasm). Tug'ruq o'smasi birinchi pozitsiyada o'ng tepa suyakda, ikkinchi pozitsiyada chap tepa suyakda ko'proq bo'ladi. Yuz oldinda yotganda tug'ruq o'smasi yuzda, dumba oldinda yotganda dumbada joylashadi. Normal tug'ruqda tug'ruq o'smasi katta bo'lmaydi va tug'ruqdan bir necha kun keyin o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davri cho'zilib ketganda (masalan, chanoq tor bo'lganda) tug'ruq o'smasi katta bo'ladi, o'sma ustidagi teri qizarib

ketadi. Tugʻruq juda tez oʻtganda va homila boshi kichkina boʻlganda tugʻruq oʻsmasi kichkina boʻladi yoki mutlaqo boʻlmaydi.

Homila boshining tugʻruq yoʻllaridan oʻtishi qiyinlashganda va operatsiya qilinganda boshda qonli oʻsma (kefalogematoma) paydo boʻlishi mumkin. U tepa suyaklardan birining (baʼzan ikkalasining) suyak ust pardasi ostiga qon quyilishi natijasida kelib chiqadi, kefalogematoma faqat tepa suyak sohasida yotgan notoʻgʻri shakldagi yumshoq shishdan iborat. Bosh oʻsmasining chegaralari yoyiq boʻlsa, kefalogematoma buning aksincha chegara choklar va liqildoqlar chizigʻidan hech qachon oʻtmaydi.

YOʻLDOSH TUSHISH DAVRI

Homila tugʻilgandan keyin tugʻruqning uchinchi davri - yoʻldosh tushish davri boshlanadi. Bu davrda: 1) platsenta va pardalar bachadon devorlaridan koʻchadi, 2) koʻchgan yoʻldosh tugʻruq yoʻllari orqali chiqib ketadi.

Yoʻldosh tushish davridagi dard tutishi platsentaning koʻchishiga yordam beradigan asosiy shartdir; koʻchgan yoʻldoshning haydalib chiqishida qorin pressi ishtirok etadi. Bola tugʻilgach, bachadon qisqarib, yumaloq shaklga kiradi; bachadon tubi kindik roʻparasida joylashadi; bir necha daqiqadan keyin bachadon muskullari ritm bilan qisqara boshlaydi, yoʻldosh tushish davridagi dard tutishi boshlanadi.

Yoʻldosh tushish davrida dard tutganda bachadonning hamma muskullari, shu jumladan platsenta yopishgan soha (platsentar maydoncha) muskullari ham qisqaradi. Platsenta esa qisqara olmaydi, shuning uchun u yopishgan joyning torayayotgan qismidan siljiydi. Har gal dard tutganda platsentar maydoncha kichrayadi, platsenta burmalanadi, bu burmalar bachadon boʻshligʻiga doʻppayib chiqadi, nihoyat, bachadon devoridan koʻchib ketadi.

Platsenta bachadon devoridan koʻchayotganda plastentaning koʻchgan qismi sohasidagi bachadon-platsenta tomirlari uziladi. Tomirlardan chiqqan qon bachadon devori bilan platsenta oraligʻida toʻplanib, platsentaning yopishgan joyidan yanada koʻproq, koʻchishiga yordam beradi.

Platsenta bachadon devoridan ikki usulda: markazidan yoki chetidan koʻchadi.

Birinchi usulda (Shuls usuli) platsentaning avval markaziy qismi koʻchadi (50-rasm, *a*). Platsentaning koʻchgan qismi bilan bachadon devori oʻrtasida qon toʻplanadi – *retroplatsentar gematoma* hosil boʻladi.

Bu gematoma kattalashaverib, platsentaning yanada ko‘proq ko‘chishiga va bachadon bo‘shlig‘iga do‘ppayib chiqishiga yordam beradi. Uzil-kesil ko‘chgan platsenta bachadon bo‘shlig‘idan chiqa turib, pardalarni ergashtirib tushadi. Platsenta homilaga qaragan yuzasi bilan tashqariga qaragan holda tug‘ruq yo‘llaridan chiqadi: pardalar ag‘darilgan holda (qog‘onoq pardasi tashqarida, desidual parda ichkarida) bo‘ladi. Ag‘darilgan pardalar platsentaning onaga qaragan yuzasida joylashadi.

Ikkinchi usulda (Dunkan usuli) platsenta periferik qismidan odatda pastki chekkasidan ko‘cha boshlaydi (50-rasm, *b*). Yorilgan tomirlardan chiqqan qon retroplatsentar gematoma hosil qilmay bachadon devori bilan pardalar orasidan pastga oqib tushadi. Har bir dard tutishi sayin platsentaning tobora yangi (yuqoriroqda yotgan) qismlari ko‘chadi. Platsenta batamom ko‘chgach, pastga sirpanib bachadondan ko‘chgan pardalarni ergashtirib tushadi. Platsenta pastki chekkasi bilan oldinga qaragan holda tug‘ruq yo‘llaridan chiqadi; pardalar bachadonda qanday yotgan bo‘lsa, o‘shanday (qog‘onoq pardasi ichkarida, desidual parda tashqarida) yotadi.

Platsenta ko‘chishining ikkinchi usuli birinchi usuldan ko‘ra kamroq uchraydi.

Yo‘ldosh tushish davrida platsentaning ko‘chishi natijasida uzilgan qon tomirlari (bachadon platsenta tomirlari)dan qon chiqadi. Yo‘ldosh tushish davri normal o‘tganda 250-300 ml (o‘rta hisob bilan 250 ml) qon ketadi. Bu qon yo‘qotish fiziologik hodisa bo‘lib, ayol organizmiga salbiy ta‘sir ko‘rsatmaydi.

Yo‘ldosh tushgandan keyin bachadon uzoq qisqarish holatiga keladi. Qisqargan muskul tolalari ochilgan tomirlar teshigini qisib qo‘yadi, shunga ko‘ra qon ketishi to‘xtaydi. Yo‘ldosh tushishi bilan tug‘ruq tugab, chilla davri (tug‘ruqdan keyingi davr) boshlanadi.

Ayolni tug‘ruq tugagan paytdan boshlab tug‘uvchi ayol deb emas, balki **tuqqan** (ko‘zi yorigan) **ayol** deb atashadi.

TUG‘RUQNING DAVOMIYLIGI

Tug‘ruqning qancha davom etishi turli sabablarga, asosan tug‘ruq kuchlari (dard va to‘lg‘oq) xarakteriga bog‘liq. Dard va to‘lg‘oq qancha kuchli tutsa, tug‘ruq o‘shancha qisqa davom etadi. Homilaning kattaligi, oldinda yotgan qismining chanoq og‘ziga suqilishi, chanoq o‘lchamlari, qog‘onoq suvining ketish vaqti va shu kabilar tug‘ruqning qancha davom etishiga ta‘sir qiladi.

Birinchi tugʻruq takror tugʻruqdan aksari uzoqroq davom etadi; keksaygan (yoshi 30 dan oshgan) va keksa davrida birinchi marta homilador boʻlgan ayollarda tugʻruq koʻpincha choʻzilish ketadi. Ayol organizmi toʻla yetilmaganda (infantilizm), semiz va juda ozib ketgan ayollarda tugʻruqning uzoqqa choʻzilishi qayd qilinadi.

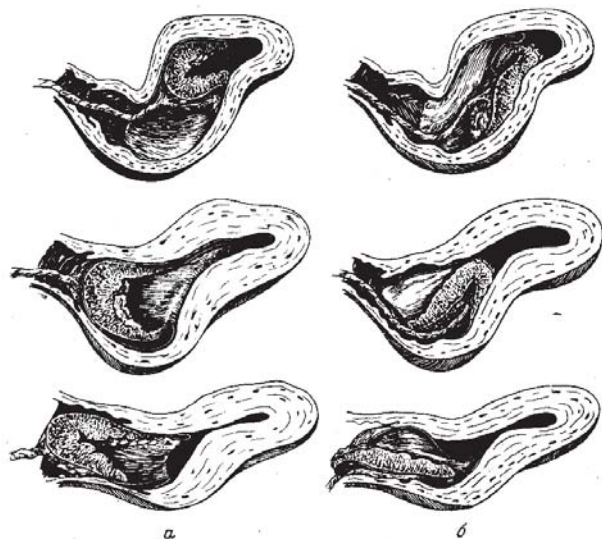
Oʻrta hisob bilan olganda, tugʻruq birinchi marta homilador boʻlgan ayollarda qariyb bir sutka (10-11 soat), takror tugʻayotgan ayollarda 6-7 soat davom etadi.

Bachadon boʻynining ochilish davri eng uzoq davr boʻlib, birinchi marta tugʻayotgan ayollarda 9-10 soat, takror tugʻayotgan ayollarda 5-6 soat davom etadi.

Homilaning tugʻilish davri birinchi marta tugʻayotgan ayollarda 1-2 soat, takror tugʻayotgan ayollarda 15-40 daqiqa davom etadi.

Yoʻldosh tushish davri birinchi marta va takror tugʻayotgan ayollarda 10-20 daqiqa (oʻrta hisob bilan 15 daqiqa) davom etadi.

Hozirgi paytda tugʻish vaqti ancha tezlashib qolganligi kuzatilmoqda, bu hol ayniqsa yosh sogʻlom (20-25 yoshli) ayollarda koʻproq koʻzga tashlanadi. Buni ayollar sogʻligʻining mustahkamlanishiga imkon beruvchi moddiy farovonlikning, madaniyatning, meditsina yordami sifatining oshganligi va boshqa faktorlar bilan tushuntiriladi.



50-rasm. Yoʻldosh koʻchishi va tushishining turli usul va bosqichlari.
a - platsenta markazidan koʻchib tushishi; b - platsenta chetidan koʻchib tushishi.

Nazorat uchun savollar

1. Tug‘ruq, tug‘ruq darakhilari va tug‘ruq davrlari
2. Normal tug‘ruq biomexanizmi. Homila boshi ensa bilan joylashuvining oldingi va orqa turida tug‘ruq biomexanizmi.
3. Tug‘ruq biomexanizmining bosh shakliga ta’siri.
4. Tug‘ruqning davomiyligi.
5. Konfigurasiya, kefalogematoma tushunchalari.

Tayanch so‘z va iboralar

Dard	tug‘ruq mexanizmi
To‘lg‘oq	boshning bukilishi
Pauza	rotatio capitis interna
Kontraksiya	rotatio capitis externa
Distraksiya	extensio capitis
O‘tkazuvchi nuqta	kontraksion xalqa
Retraksiya	retraxio uteri

TESTLAR

1. Tug‘ruq davrida fiziologik qon ketishi qancha miqdorda bo‘ladi va tana vaznining necha foizini tashkil etadi?

- a) 50-60 ml 0,1%
- b) 80-100 ml 0,2%
- c) 150-200 ml 0,3%
- d) 250-300 ml 0,5%
- e) 400-500 ml 0,8%

2. Qayta tug‘uvchilarda tug‘ruqning davom etishi.

- a) 10 dan 12 soatgacha
- b) 8 dan 10 soatgacha
- c) 7 dan 6 soatgacha
- d) 6 dan 4 soatgacha
- e) 4 dan 2 soatgacha

IX BOB. TUG‘RUQNI BOSHQARISH

TUG‘UVCHI AYOLLARNI QABUL QILISH VA SANITARIYA QAYTA ISHLOVIDAN O‘TKAZISH

Tug‘uvchi ayollar tug‘ruq kompleksiga kelgach ustki kiyimini dahlizda qoldirib, filtrga o‘tadi.

Filtrda sog‘lom tug‘uvchilar bemor yoki yuqumli kasalliklarga shubhasi bo‘lgan ayollardan ajratiladi.

Akusher tug‘uvchi ayolning umumiy ahvoli bilan tanishadi, yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlar bilan yaqin aloqada bo‘lgan-bo‘lmaganligini aniqlaydi, ayolni birinchi marta ko‘zdan kechiradi, terisiga (madda, furunkulyoz, chipqon bor-yo‘qligi), tomog‘iga (qizarganligi, karash boylaganligi) va jinsiy a‘zolariga (yiring chiqayotganligi, kondilomalar va shu kabilar bor-yo‘qligi) e‘tibor beradi. Shu yerda yana ayolning tana harorati o‘lchanadi va tomir urishi (pulsi) sanaladi.

Sog‘lom tug‘uvchilar filtrdan birinchi akusherlik bo‘limining ko‘rik va dushxonasiga yuboriladi (ko‘rik-dushxona bitta bo‘lishi mumkin).

Tana harorati ko‘tarilgan, terisida yiringli kasalliklar bo‘lgan, gripp, angina va boshqa yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan tug‘uvchilar filtrdan maxsus izolyatorga o‘tkaziladi.

Ko‘rik-dushxonada tug‘uvchilar tekshirilib, sanitariya qayta ishlovidan o‘tkaziladi.

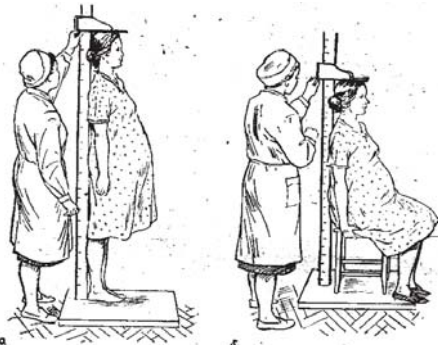
Buning uchun quyidagi asbob-anjomlar kerak: 1) kushetka, 2) stol, 3) Esmarx krujkasi, 4) shtativ, 5) tug‘uvchi ayolni tortish uchun tarozi, rostomer (bo‘y o‘lchagich), 6) termometrlar, 7) akusherlik stetoskopi va oddiy stetoskop, 8) tazomer, 9) santimetrli tasma, 10) huqnalar uchun nakonechniklar jamlanmasi, 11) tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini yuvish uchun Esmarx krujkasi (nakonechniklari bilan), 12) ustara, 13) qo‘l yuvish uchun steril cho‘tkalar, 14) tug‘uvchi ayolning yuvinishi uchun qaynatilgan mochalka, 15) steril materialni ushlab turish uchun steril pinset va kornsanglar, 16) arterial bosimni o‘lchash uchun tonometr, 17) shpatel, 18) teri ostiga dori-eritma yuborish uchun steril shpris va ignalar to‘plami, 19) qaychi, 20) qon guruhini aniqlash uchun standart zardoblar va boshqa zarur narsalar, 21) steril material (paxta, sharcha,

salfetkalar), 22) spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar (lizoform, xloramin), sovun, 23) kleyonka, choyshab, sochiqlar, 24) sudna (tuvak).

Tug‘uvchi ayol tekshiriladi va sanitariya qayta ishlovidan o‘tkaziladi.

1. Anamnez to‘planib, pasportdagi ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yoziladi.

2. Badan, ko‘zga ko‘rinib turgan shilliq pardalar, qorin, chanoq sohalari sinchiklab ko‘zdan kechiriladi, yurak, o‘pka (perkussiya, auskultatsiya qilinadi) va boshqa a‘zolar tekshiriladi. Tug‘uvchi ayolning bo‘yi o‘lchanadi (51-rasm) va vazni tarozida tortib aniqlanadi (52-rasm). Tug‘ruqqa kelgan tug‘uvchi har bir ayolning arterial bosimi albatta o‘lchanadi (53-rasm).



51-rasm. Tug‘uvchi ayolning bo‘yini o‘lchash.
a-tikka turg‘izib; b - o‘tqizib qo‘yib o‘lchash.

3. Tug‘uvchi ayol toza choyshab yozilgan kushetkaga yotqizilib, tashqi tekshirish o‘tkaziladi (palpatsiya, auskultatsiya qilinadi, bachadon tubining balandligi, qorin hajmi va chanoq o‘lchanadi), tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechiriladi. Tug‘uvchi ayolni qin orqali odatda sanitariya ko‘rigi xonasida emas, balki tug‘ruq bo‘lmasida tekshiriladi.

Tug‘uvchi ayolni obyektiv tekshirishda olingan hamma ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yoziladi.

4. Tashqi jinsiy a‘zolar juni qiriladi (ustaralar hamisha spirtli idishda saqlanadi). Akusher oldin qo‘llarini yuvib, spirt bilan artadi. So‘ngra tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini steril paxta yoki cho‘tkada sovunlaydi, qov, katta jinsiy lablar va oraliq junini qirib tozalanadi (54-rasm, a).

5. Juni qirilib bo'lgach, tashqi jinsiy a'zolar kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (0,5% li xloramin eritmasi, 1:6000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi) bilan yuviladi (54-rasm, b), kornsangga qisilgan steril doka bilan quritiladi. Vrachning maxsus ko'rsatmasi bo'lmasa, tug'uvchi ayollarning qini chayilmaydi.

Qindan patologik chiqindi kelmayotgan bo'lsa, tug'uvchi ayolga toza, quruq tuvak tutiladi. Tuvakdan 8-10 ml siydik olib tekshiriladi.

Qindan yiringsimon yoki qon aralash chiqindi kelayotgan bo'lsa, siydikni steril kateter bilan olib tekshiriladi. Kateterlashdan oldin qo'l yana yuvilib, spirt bilan tozalanadi, vulva dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.

Tug'uvchi ayolning **siydigi albatta tekshiriladi**. Tug'ruqxonaga kelganda siydigi tekshirilib, aseton, oqsil bor-yo'qligi aniqlanadi, buning uchun siydikka sirka kislotaga qo'shib qaynatiladi yoki sulfasalilat kislotaga bilan tekshiriladi. Keyinchalik siydik laboratoriyada tekshirib turiladi.

Oqsil bor-yo'qligini aniqlash uchun sirka kislotaga bilan tekshirish. Probirkaga 8-10 ml siydik solib, spirt lampasida qaynatiladi. Siydikda oqsil yoki bir talay tuz bo'lsa, qaynatilganda loyqalanadi. Loyqalangan siydikka sirka kislotaning kuchsiz (3-5%) eritmasidan bir necha tomchi qo'shib, yana qaynatiladi. Ayni vaqtda loyqa yo'qolmasa, siydikda oqsil bor, siydik tiniq bo'lib qolsa, uning loyqalanishi tuzlarga bog'liq bo'ladi (tuzlar sirka kislotaga ishtirokida erib ketadi).

Sulfasalilat kislotaga bilan tekshirish. Probirkaga filtrlangan siydikdan 4-5 ml quyib, sulfasalilat kislotaning 20% li eritmasidan 8-10 tomchi qo'shiladi. Siydikda oqsil bo'lsa, durda-durda cho'kma yoki loyqa hosil bo'ladi

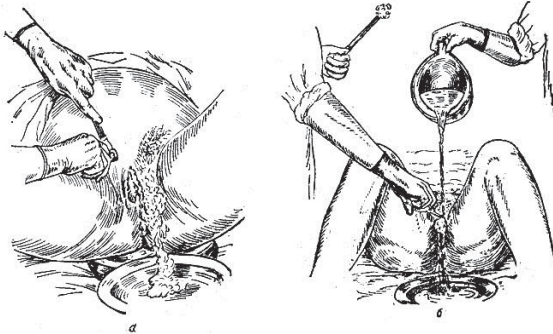
6. Tug'uvchi ayollar ichaklarini tozalash maqsadida albatta huqna qo'yiladi, ayol tug'ruqqa homilaning tug'ilish davrida kelgandagina huqna qilinmaydi. Huqna uchun qaynatib, uy haroratigacha sovutilgan suvdan 3-4 stakan olinadi, tug'uvchi ayol chap yoni bilan yotadi. Uchlik steril bo'lishi kerak. Foydalanilgan uchliklar yuviladi, qaynatiladi va yangidan ishlatilguncha xloramin eritmasida saqlanadi.



52-rasm. Tug'uvchi ayolni tortish.



53-rasm. Tug‘uvchi ayolning arterial bosimini o‘lchash.



54-rasm. Tashqi jinsiy a‘zolari tug‘ruqqa tayyorlash.
a-qov va tashqi jinsiy a‘zolar junini qirish; b-tashqi jinsiy a‘zolari dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvish.

Tug‘uvchi ayol hojatxonaga kirganda unga akusher yoki sanitar qarab turishi kerak, chunki ayol kuchanganda homilasi tug‘ila boshlashi mumkin.

7. Ayolning ichaklari bo‘shatilgandan keyin qo‘l-oyoq tirnoqlari kalta qilib olinadi, sochi sinchiklab tekshiriladi. Boshi sovunlab yuviladi.

8. Tug‘uvchi ayol dushda yuviladi (55-rasm), vannaga tushish taqiqlanadi, chunki ifloslanib mikroblar aralashgan suv qinga ketib qolishi mumkin. Dush bo‘lmasa, tug‘uvchi ayol obdastada boshidan suv quyib yuvintiriladi. Tug‘uvchi ayol dushdan chiqqach toza choy-



55-rasm. Tug‘uvchi ayol dushda yuviladi.

shabga artinib, toza ko‘ylak, xalat kiyadi, kosinka bog‘lab oladi va tug‘ruqdan oldingi bo‘lmaga olib boriladi. To‘lg‘oq boshlangan bo‘lsa, tug‘uvchi ayolni akusher g‘ildirakli stolda (katakada) to‘ppa-to‘g‘ri tug‘ruq zaliga olib boradi.

TUG‘RUQDAN OLDINGI BO‘LIM VA TUG‘RUQ BO‘LIMNING ASBOB-ANJOMLARI

Tug‘uvchi ayol bachadon bo‘yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha tug‘ruqdan oldingi bo‘lmada yotadi, homilaning tug‘ilish davri boshlangach, tug‘ruq bo‘lmasiga ko‘chiriladi. Kichkina tug‘ruq bo‘limlarida aksari tug‘ruqdan oldingi bo‘lma yo‘q, shuning uchun tug‘uvchi ayol to‘g‘ridan-to‘g‘ri tug‘ruq bo‘lmasiga kelib kiradi.

Tug‘ruqdan oldingi bo‘lma va tug‘ruq bo‘lmasi juda ham ozoda tutiladi, ularda tug‘ruqni boshqarish uchun zarur asbob-anjomlar bo‘ladi, xolos; ortiqcha buyumlar qat‘iy sanitariya-gigiyena rejimini amalga oshirishga xalal beradi.

Tug‘ruqdan oldingi bo‘lmada oddiy karavotlar, dori shkaflari (ularda og‘riq qoldiruvchi, yurakni quvvatlovchi, qon to‘xtatuvchi, dezinfeksiyalovchi va boshqa dorilar turadi), asboblarning shkafi, karavot yonidagi stolchalar, tug‘ruq tarixini yozish uchun stol, steril material uchun taglik, qo‘l yuvish vositalari (sovun, cho‘tka, suv) bo‘ladi.

Tug‘ruq bo‘lmasida tug‘ruq karavotlari, steril material va asboblarni qo‘yish uchun ko‘chma stolchalar, yangi tug‘ilgan bolani yo‘rgaklash stolchasi, bolalar tarozisi va rostomer, tug‘ruq tarixini to‘ldirish stoli, steril material turadigan bikslar uchun tagliklar, dezinfeksiyalovchi moddalar turadigan idishlar bor. Tug‘ruqdan oldingi bo‘lma yo‘q bo‘lsa, dorilar va asboblarning saqlanadigan shkaflar tug‘ruq bo‘lmasida turadi.

Tug‘ruq bo‘lmasida yurakni quvvatlaydigan dorilar (kofein, kamfora, kardiazol va hokazo), qon to‘xtatuvchi dorilar (ergotin, pituitrin, oksitosin va hokazo), og‘riq qoldiradigan dorilar (ayrim shkafda saqlanadi), yangi tug‘ilgan bolalarni oftalmoblenoreyadan saqlash uchun 1% eritromisin mazisi, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar doim bo‘lishi lozim.

Kindikni qirqadigan steril qaychilar, kindik qoldig‘ini bog‘laydigan ligaturalar, shprislarning steril material, fiziologik eritma va Bobrov apparati, asfiksiya holatida tug‘ilgan bolaga yordam berish vositalari (vannachalar, sovuq va issiq suv, shilimshiqni tortib olish uchun nok shaklidagi rezina ballon va hokazo) hamisha tayyor turishi kerak.



56-rasm. Tugʻruq karavotlari.



57-rasm. Raxmanov karavoti tugʻuvchi ayolni qabul qilishga tayyorlab qoʻyilgan.

Tugʻruqqa yordam beruvchi muassasalarimizda aksari A.N.Raxmanov konstruksiyasida yasalgan tugʻruq karavotidan foydalaniladi. Tugʻruq karavoti: 1) balandroq boʻlishi (tugʻruqning ikkinchi va uchinchi davrida akusherning yordam berishiga qulay), 2) siljiydigan ikki boʻlakdan iborat ekanligi (56 va 57-rasmlar) bilan oddiy karavotdan farq

qiladi. Hozirgi kunda uning bir necha xil modifikatsiyalaridan foydalaniladi.

Raxmanov karavotining oyoq tomonini bosh tomoniga surib kirgizish mumkin, ayni vaqtda tug‘uvchi ayolning chanog‘i karavotning bosh tomoni chetida joylashadi («ko‘ndalang karavot» deb ataladi), tug‘uvchi ayol oyoqlarini chanoq-son va tizza bo‘g‘imlaridan bukib yotadi.

Raxmanov karavotining bosh tomonini akusher istagancha ko‘tarishi va tushirishi mumkin. Tug‘ruq karavotining matrasi ham ikki bo‘lak (yostiq-polsterlar)dan iborat bo‘lib, ustiga oq kleyonka qoplangan.

Normal tug‘ruqni boshqarishda karavotning oyoq tomonidagi polster olib qo‘yiladi, bu esa tug‘ruqni boshqarayotgan akusherning ishlashini osonlashtiradi. “Ko‘ndalang karavot” yasash zarur bo‘lib qolganda ham bu polster olib qo‘yiladi (karavotning oyog‘i tomoni bosh tomoniga surib qo‘yiladi).

PARTNYORLIK (HAMKORLIK) TUG‘RUG‘I

Keyingi yillarda homilador ayollarda tug‘ruqning bexatar o‘tishini ta‘minlash maqsadida ularni ruhiy qo‘llab-quvvatlash uchun uning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, opasi, singlisi yoki yaqin dugonasi) tug‘ruq paytida tug‘uvchi ayol bilan birga bo‘lishiga tegishli shart-sharoitlar yaratib beriladi.

Partnyorlik tug‘ruqlarini olib borishda doyaning roli butun tug‘ruq jarayonida tug‘uvchi ayolni jismonan va ruhan qo‘llab-quvvatlab turishdan iborat bo‘ladi. Tug‘ruq vaqtida doya tug‘uvchi ayolni o‘tkazilayotgan muolajalar va tibbiy tekshirishlar natijalari bilan tanishtirib borishi, tug‘ruq jarayonining rivojlanishi va tug‘ruqning kutilayotgan vaqti haqida ma‘lumot berib borishi lozim.

Tug‘ruq vaqtida tug‘uvchi ayolning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, oilasi va h. k. doya bilan birgalikda) ishtiroki tug‘ruq rivojlanishi va natijasiga, onaning tug‘ruqdan keyingi adaptatsiyasiga, ona va bolaning o‘zaro munosabatiga, ko‘krak bilan ovqatlantirishga va oilaviy munosabatlarga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi. Bu holat tug‘ruq davomiyligini va kesar kesish operatsiyasini sezilarli darajada kamaytiradi, og‘riqsizlantirish vositalarining qo‘llanilishini kamaytiradi, chaqaloqqa tez tibbiy yordam muolajalarini qo‘llashni qisqartiradi. Chaqaloqni ko‘krak bilan ovqatlantirishga va uning ahvolidan yaxshilanishiga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi.

TUG‘UVCHI AYOLNI TUG‘RUQ PAYTIDA OVQATLANTIRISH

Tug‘ruq jarayoni ayoldan ko‘p energiya (quvvat) sarflashni talab qiladi. Tug‘ruq jarayonining davomiyligi oldindan aniq bo‘lmagan holda, quvvat manbai doimiy ravishda to‘ldirilib turilishi lozim. Tug‘ruqda ovqatlanishni keskin taqiqlab qo‘yish tug‘uvchi ayol organizmining degidrotatsiyasi va asidoziga olib keladi. Organizm degidrotatsiyasi va asidoz holati tug‘ruq vaqtida suyuqlik ichish va yengil ovqatlanish bilan bartaraf qilinadigan holatdir.

Tug‘ruqqa zamonaviy yondashish ayolga fiziologik tug‘ruq vaqtida ovqatlanish va ichimlik ichishni o‘zi ixtiyoriy holda hal qilish imkonini beradi.

BACHADON BO‘YNINING OCHILISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug‘ruqdan oldingi bo‘lmada (yoki tug‘ruq bo‘lmasida) akusher anamnez ma‘lumotlarini oydinlashtiradi, tug‘uvchi ayolni qo‘shimcha ko‘zdan kechiradi (gavda tuzilishi, qorin shakli, bel-dumg‘aza rombining shakli va hokazo) va batafsil akusherlik tekshirishini o‘tkazadi. Anamnezning barcha qo‘shimcha ma‘lumotlari, umumiy tekshirish va akusherlik tekshirishining ma‘lumotlari tug‘ruq tarixiga yozib qo‘yiladi.

Tug‘uvchi ayol yotqizib qo‘yiladi. Qog‘onoq suvi kelmaganda, dard unchalik qattiq va tez-tez tutmayotganda va homila boshi chanoq og‘ziga tiralib turgandagina o‘rindan turish ruxsat etiladi. Shu shartlar bo‘lmasa, tug‘uvchi ayol o‘rnida chalqancha yoki yoni bilan o‘zi uchun qulay vaziyatda yotadi.

Bachadon bo‘yni ochiladigan davrda akusher tug‘uvchi ayolning ahvolini (charchaganligi, boshi aylanishi, bosh og‘rig‘i, ko‘rish funksiyasining buzilishi va hokazo) tug‘ruq dinamikasini va homila yuragining qanday urayotganini sinchiklab kuzatadi, pulsini vaqt-bavaqt sanab turadi. Tug‘ruq normal borayotganda puls birmuncha tezlashadi-yu, to‘liq va ritmik bo‘lib qolaveradi. Tug‘uvchi ayolning tana harorati kuniga 2-3 mahal o‘lchanadi.

Bachadon bo‘yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha dard tutish xarakteri kuzatib turiladi. Akusher dard tutish kuchi, muddati va takrorligini kuzatadi. Dard necha marta tutayotganligini bilish tavsiya etiladi.

Bachadon bo‘yni ochiladigan davrda **tashqi tekshirish** ko‘p marta o‘tkaziladi. Bu akusherlik tekshirishida oldinda yotgan qismning chanoq

og'ziga munosabatiga (chanoq og'zining ustida turganligi, chanoq og'ziga tiralganligi, chanoq og'zida kichik sigmenti bilan turganligi va boshqalar), dard tutayotgan vaqtda va pauzalarda **bachadon** konsistensiyasiga, bachadon tubining qay balandlikda ekanligiga, kontraksion halqaning holatiga alohida e'tibor berish kerak. Bachadon muskularining qanday va qanchalik qisqarayotganligi bachadon tubiga qo'l qo'yib bilinadi, bachadonning bo'shashuv darajasi palpatsiya yo'li bilan aniqlanadi. Fiziologik tug'ruqda bachadon qisqargandan keyin bemalol bo'shashadi, Normal tug'ruqda kontraksion halqa uncha yaxshi bilinmaydigan ko'ndalang yotgan egat shaklida seziladi. Bachadon bo'ynining tashqi teshigi ochilgan sayin kontraksion halqa yuqoriga ko'tariladi, ochilish davrining oxirida halqa simfizdan bir kaft enicha yuqorida joylashadi. Bachadon tubining balandligi ham oshadi. Tug'ruq boshida bachadon tubi aksari kindik bilan xanjarsimon o'siq o'rtaligida turadi, ochilish davrining oxiriga kelib bachadon tubi xanjarsimon o'siq va qovurg'alar ravog'igacha ko'tariladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila pufagi yorilmagan bo'lsa, **homilaning yurak urishi** har 15-20 daqiqada, suv ketgandan keyin esa 5-10 daqiqada **eshitib turiladi**. Homila yuragining har daqiqada 160 marta va undan ortiq urishi, shuningdek yurak urishlari 110 ga tushishi va undan ham pasayishi homilaning bo'g'ilib qolish (asfiksiya) xavfi borligidan darak beradi.

Homila pufagining yorilishi va qog'onoq suvining ketishi tug'ruqning mas'uliyatli momentidir, shuning uchun unga akusher alohida e'tibor berishi kerak. Odatda qog'onoq suvi bachadon bo'yni to'la yoki to'laga yaqin ochilgach ketadi. Qog'onoq suvi tiniq suyuqliqdan iborat bo'ladi. Qog'onoq suviga mekopiylar aralashganligi odatda homila asfiksiyasi boshlanayotganligidan darak beradi, qon aralashganligi tashqi teshik chetlarining yirtilganligini, platsentaning ko'chganligini va boshqa patologik jarayonlar borligini ko'rsatadi. Suv ketayotgan paytda homila boshi kichik chanoq og'ziga tiralmagan bo'lsa (tegish belbog'i bo'lmasa) kindik qovuzlog'i yoki homila qo'li qog'onoq suvi bilan qinga chiqib qolishi mumkin. Kindikning qinga chiqib qolishi homilaning asfiksiyasiga sabab bo'ladi, qo'lning qinga chiqib qolishi esa homilaning tug'ilishini qiyinlashtiradi yoki unga to'sqinlik qiladi.

Tug'uvchi ayol tug'ruq bo'lmasiga kiringach va qog'onoq suvi ketgach, darhol **qin orqali tekshiriladi**.

Tug'ruq davomida qin orqali tekshirish ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi: homilaning tug'ilish davri cho'zilganda, homilaning vaziyati

va oldinda yotuvchi qismi noaniq bo'lganda, tug'ruq yo'llaridan qon ketganda, homila asfiksiyasi va shunga o'xshash hollarda qin orqali tekshiriladi.

Qin orqali tekshirishda qinning holati (kengligi, stenozi-torayganligi, to'siqlari) va bachadon bo'yni (kaltanganligi, tekislanganligi), bachadon bo'ynining ochilish darajasi, tashqi teshik chetlarining xarakteri (qalinligi, yupqaligi, cho'ziluvchanligi, qotganligi), homila pufagi-ning holati (yorilgan-yorilmaganligi, tarang yoki salqiligi), homilaning oldinda yotgan qismi va uning chanoq tekisliklariga munosabati (chanoq og'zining ustida, chanoq og'zida kichik yoki katta sigmenti bilan yotganligi, chanoq bo'shlig'ida, chanoqdan chiqish teshigida turganligi) aniqlanadi, oldinda yotgan qismning taniqli nuqtalari paypaslab topiladi, chanoq suyaklarining ichki yuzasi tekshiriladi va, nihoyat, promontoriyga (dumg'aza burni) qo'l yetadigan bo'lsa diagonal konyugata o'lchanadi.

Tug'uvchi ayolning tug'ruq yo'llaridan kelayotgan chiqindi tug'ruq vaqtida sinchiklab kuzatib turiladi. Tug'ruqning birinchi davrida suv ketguncha bo'yin kanalidagi yopishqoq tiniq shilimshiq ajralib chiqadi.

Qovuq va ichak funksiyasiga qarab turish kerak. Qovuq va to'g'ri ichak to'lib ketganda ochilish davri bilan homila tug'ilish davri normal o'tolmaydi, yo'ldosh tushishida qiyinchilik bo'ladi.

Qovuq atoniyasida ayol siygisi kelayotganini sezmaydi, qovuq shuning natijasida to'lib ketishi mumkin. Homila boshi siydik chiqarish kanalini simfizga taqab qo'yganda ham qovuq to'lib ketadi. Qovuq to'lib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun tug'uvchi ayolga har 2-3 soatda o'zicha siyish buyuriladi. Tug'uvchi ayol qovug'ini o'zicha bo'shata olmasa, kateterlanadi.

Qovuq quyidagicha **kateterlanadi**. Tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolari kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi. Akusher qo'llarini cho'tkada sovunlab yuvadi va spirt bilan artadi. Chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi ochiladi va kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (kaliy permanganat) bilan artiladi. Kateter (58-rasm), yaxshisi elastik kateter, o'ng qo'lga olinib, uchi uretra orqali qovuqqa avaylab kiritiladi (59-rasm). Siydik xarakteri (tiniqligi, loyqaligi, qon aralashganligi) aniqlanadi va zarur bo'lsa tekshirishga yuboriladi.

Ichakning pastki bo'limini o'z vaqtida bo'shatish muhim. Ochilish davri 12-15 soatdan uzoqqa cho'zilsa, ichakni tozalash maqsadida huqna qo'yiladi.

Tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolari bachadon bo‘ynining ochilish davrida ko‘pi bilan 5-6 soatda 1 marta, shuningdek har gal qovuqni bo‘shatish va defekatsiyadan keyin kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi.



58-rasm. Ayol kateteri



59-rasm. Qovuqni kateterlash.

Tug‘ruqda juda ko‘p kuch-quvvat sarf bo‘ladi, shu sababli tug‘uvchi ayolning ovqat yegisi keladi. Oson hazm bo‘ladigan ovqatlar (kisel, tuxum sho‘rva, manniy bo‘tqasi, bulka, sutli mahsulotlar, shirin choy va hokazo) oz-ozdan beriladi. Tug‘uvchi ayol ko‘pincha ovqatni unutib qo‘yadi; akusher och qolishning zararini nazarda tutib, ayolning o‘z vaqtida ovqat yeyishiga ko‘z-quloq bo‘lishi kerak.

Bachadon bo‘ynining ochilish davrida tug‘ruqni og‘riqsizlantirish choralari ko‘riladi.

Homilaning tug‘ilish davri bachadon bo‘ynining teshigi to‘la ochilgach boshlanadi; aksari shu vaqtda (yoki picha ertaroq) homila pufagi yorilib, oldingi suv ketadi. Homila pufagi o‘zicha yorilmasa va birinchi to‘lg‘oqlarda jinsiy yoriqdan ko‘rinib tursa, barmoq yoki asbob bilan yirtiladi.

HOMILANING TUG‘ILISH DAVRINI BOSHQARISH

Bu davrda tug‘uvchi ayol organizmiga juda zo‘r keladi; asab, yurak-tomir va muskul sistemalari, nafas a‘zolari va boshqa a‘zo hamda tizimlar zo‘r berib ishlaydi. Shu munosabat bilan yurak, tomirlar, o‘pka va boshqa a‘zolari kasallangan ayollarda yurak faoliyati va gazlar almashinuvi homilaning tug‘ilish davrida buzilishi mumkin.

Homilaning tug‘ilish davri uzoq davom etganda, to‘lg‘oq qattiq va tez tutganda bachadon bilan platsenta o‘rtasida qon aylanishi to‘xtab,

homila bo'g'ilib qolishi mumkin. Shu sababli **tug'ruqning ikkinchi davrida** tug'uvchi ayol qornidagi homilaning ahvoriga, ayniqsa, katta e'tibor berish zarur.

Akusher tug'uvchi ayolning umumiy ahvoriga, teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangiga muntazam qarab turadi, pulsini sanaydi, arterial bosimini o'lchaydi, ayolning kayfiyatidan boxabar bo'lib turadi (boshi aylanayotganligini, boshi og'riyotganligiga, ko'zi xiralashayotganligini va shu kabilarni aniqlaydi). Tug'ruq xarakterini (to'lg'oqlarning kuchini, qancha davom etayotganligini, takrorligini) va bachadon holatini kuzatib turish kerak. Bachadonning qisqarish darajasi va pauzada bo'shashuvi, yumaloq boylamlar tarangligi, kontraksion halqaning qay balandlikda ekanligini palpatsiya yo'li bilan aniqlanadi. Bachadon pastki sigmentining holati (yupqalanganligi yoki bezillab turganligi) ga e'tibor beriladi.

Homilaning tug'ilish davrida oldinda yotgan qismining tug'ruq yo'llaridan o'tib borishini aniqlash maqsadida tashqi akusherlik tekshirishi takror o'tkazib turiladi. Kichik chanoqning turli tekisliklariga homila boshining munosabati uchinchi va to'rtinchi amal bilan aniqlanadi. Buni qin orqali tekshirishda aniqroq bilish mumkin. Ana shu munosabat quyidagicha baholanadi.

1. Homila boshining chanoq og'zining ustida turishi (60-rasm, *a*). Homilaning butun boshi kichik chanoq og'zi ustida joylashgan, qimirlaydi, turtilganda bemalol siljiydi yoki kichik chanoq og'ziga taqalib turadi. Chanoqning bo'sh turganligi, homila boshi yuqorida bo'lib, chanoqning nomsiz chiziqlarini va dumg'aza burnini paypaslashga halal bermasligi (promontoriyga umuman qo'l yetsa), o'q yoysimon chok odatda ko'ndalang o'lchamda turganligi, katta kichik liqildoqlar bir sathda ekanligi (ensa oldinga yetganda) qin orqali tekshirib aniqlanadi.

2. Homila boshining chanoq og'zida kichik sigmenti bilan turishi (60-rasm, *b*). Homila boshi qimirlamaydi, ko'proq qismi chanoq og'zi ustida, kichik sigmenti chanoq og'zining tekisligidan pastroqda turadi: dumg'aza chuqurchasi bo'sh turganligi, bukilgan barmoqni dumg'aza burniga olib borish mumkinligi (promontoriyga qo'l yetsa) qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Simfizning ichki yuzasini tekshirsa bo'ladi, o'q yoysimon chok ko'ndalang yoki picha qiyshiq o'lchamda turadi.

3. Homila boshining chanoq og'zida katta sigmenti bilan turishi (60-rasm, *v*). Homila boshining katta aylanasi chanoq og'zining kirish

tekisligidan pastda ekanligi (homila boshining kichik chanoq bo'shlig'iga tushganligi) tashqi tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi simfiz bilan dumg'azaning yuqoridagi uchdan bir qismini berkitib turganligi, dumg'aza burni (promontoriy) ga qo'l yetmasligi, qo'ymich o'siqlari osongina paypaslanishi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi bukilgan, kichik liqildog'i katta liqildog'idan pastroqda, o'q yoysimon chok ko'ndalang yoki picha qiyshiq o'lchamda ekanligi bilinadi.

4. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining keng qismida turishi.

Tashqi tekshirishda homila boshining ozgina bir qismi (peshonasi) paypaslab topiladi; homila boshining kattaroq aylanasi chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligidan o'tganligi, simfiz ichki yuzasining uchdan ikki qismi va dumg'aza chuqurchasining yuqori yarmi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. IV va V dumg'aza umurtqalari hamda qo'ymich o'siqlari bemalol paypaslab topiladi. O'q yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida turadi.

5. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining tor qismida turishi

(60-rasm, g). Homila boshi tashqi tekshirilganda bilinmaydi. Dumg'aza chuqurchasining yuqoridagi uchdan ikki qismi va simfizning butun ichki yuzasi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Qo'ymich o'siqlari arang paypaslanadi. Homila boshi chanoq tubiga yaqin turadi, ichki burilishi hali tugallanmagan, o'q yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida, to'g'ri o'lchamga yaqinroq turadi.

6. Homilaning boshi chanoqdan chiqish teshigida turishi

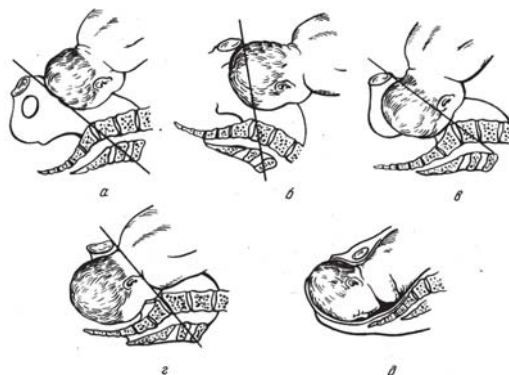
(60-rasm, d). Tashqi tekshirishda homila boshi mutlaqo paypaslanmaydi, dumg'aza chuqurchasi, homila boshi bilan batamom band, qo'ymich o'siqlari sezilmaydi, o'q yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamda turadi.

Tug'ruq normal o'tayotganda homila boshi chanoqdan ketma-ket harakatlanib boradi, chanoqning bir tekisligida uzoq turmaydi. Chanoqning biron tekisligida homila boshining uzoq turib qolishi homilaning tug'ilishiga biron to'sqinlik borligi yoki dard, to'lg'oq tutishi susayganligini ko'rsatadi.

Tug'ruqning ikkinchi davrida **homila yuragining tonlarini har bir to'lg'oqdan keyin** eshitish shart; homilaning tug'ilish davrida bo'g'ilib qolish xavfi qog'onoq suvi ketmagan birinchi davrdagiga nisbatan ko'proq bo'ladi. Auskultatsiyada homila yuragining urib turish takrorligi, tonlarining ritmi va jarangliligiga e'tibor beriladi; homilaning yurak faoliyatiga aniqroq baho berish uchun yuragining qanday urayotganini **eshitish** bilangina kifoyalanmay, tonlarini sanash ham

kerak. Yurak tonlari har 10-15 minutda sanalib, olingan ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yozib turiladi. Ko'rsatma bo'lganda ultratovush apparati yordamida elektrofonokardiografiya metodi bilan yoki monitor kuzatish o'tkazib, homilaning yurak faoliyatini aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolar holatiga va qindan kelayotgan chiqindi xarakteriga qarab turish katta ahamiyatga ega. Tashqi jinsiy a'zolarining shishganligi tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi o'rtasida qisilib qolganligini ko'rsatadi; qonli chiqindi kelishi platsentaning ko'cha boshlaganligidan yoki tug'ruq yo'llarning yumshoq to'qimalari shikastlanganligi (yirtilganligi, chaqalanganligi) dan darak berishi mumkin.



60-rasm. Homila boshining chanoq tekisliklariga munosabati.

a-homila boshi chanoq og'zining ustida; b-homila boshi chanoq og'zida kichik sigmenti bilan turibdi; v-homila boshi chanoq og'zida katta sigmenti bilan turibdi; g-homila boshi chanoq bo'shlig'ida; d-homila boshi chanoqdan chiqish teshigida.

Homila boshi oldinda yotganda qog'onoq suviga mekoniy aralashganligi homilaning bo'g'ilib qolish belgisi hisoblanadi; qindan yiringli chiqindi kelishi infeksiyadan guvohlik beradi.

Homilaning tug'ilish davrida ayol Raxmanov karavotida o'zi uchun qulay vaziyatda chalqancha yotadi. Shu davrning oxiriga kelib, tug'uvchi ayol oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukib, chalqancha yotaveradi (61-rasm). Karavotning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi; tana yuqori qismining balandroq turishi to'lg'oqni osonlash-



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

tiradi va oldinda yotgan qismning tugʻruq kanalidan bemalol oʻtishiga yordam beradi. Karavotning oyoq tomonidagi polster olib qoʻyiladi, natijada tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini kuzatish osonlashadi va tugʻruqni qabul qilish sharoiti yaxshilanadi.

Ayol tugʻruq karavotidan boshqa oʻrinda tugʻayotgan boʻlsa, boshi va yelkalari tagiga qoʻshimcha yostiq qoʻyiladi. Toʻlgʻoq tutganda tugʻuvchi ayol oyoqlarini karavotga tiraydi (oyoqlarini tizza va chanoqson boʻgʻimlaridan bukib turadi), karavotni chetidan yoki maxsus tizgindan ushlaydi (karavotning oyoq tomoniga ikkita sochiq boylanib, boʻsh uchini ayol ushlab turadi va toʻlgʻoq vaqtida oʻziga tortadi).

Homila boshi suqilib kirgan paytdan boshlab, akusher tugʻruqni qabul qilishga shay boʻlib turishi kerak. U operatsiyadan oldin qoʻllar qanday yuvilsa, tugʻruqni qabul qilishdan oldin ham oʻshanday yuvadi.

Soʻngra tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini, ikkala sonining ichki yuzasini, qoʻymich va anal teshik sohasini kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan yuvadi, steril doka bilan quritadi va 5% li yod nastoykasidan suradi; anus sohasiga steril doka yoki taglik yopib qoʻyadi⁴. Tugʻuvchi ayolning dumgʻazasi tagiga steril choyshab yoziladi. Tugʻuvchi ayol oddiy karavotda tugʻayotgan boʻlsa, jinsiy aʼzolariga bemalol yaqinlashish uchun dumgʻazasi tagiga valik qoʻyiladi.

Akusher tugʻuvchi ayolni tayyorlagandan keyin qoʻllarini spirt bilan takror artadi, steril xalat va qoʻlqop kiyib oladi.

Homila boshi suqilib kirayotgan paytda akusher tugʻuvchi ayolning ahvoliga, dard va toʻlgʻoq tutishiga, homila boshining harakatlanib borishiga qarab turish bilan kifoyalanadi (62-rasm). Homila boshi **yorib chiqqan hamono akusherlik yordamiga kirishiladi**, yaʼni **tugʻruq qabul qilina boshlaydi**.



62-rasm. Homila boshining suqilib kirishi. Akusher tugʻruqni qabul qilishga tayyor.

⁴ S.D.Astrinskiy anus sohasiga steril paxta yopishni taklif etgan, paxtaning ustidan steril doka saffetka qoʻyiladi, saffetka chetlariga kollodiy surtib, oraliqqa va dumberaning ichki yuzasiga yopishtiriladi.

Akusherning yordam berish zarurati shundan kelib chiqadiki, homila boshi ko‘rinayotganda chanoq tubiga qattiq tazyiq ko‘rsatib, uni haddan tashqari cho‘zib yuboradi. Ayni vaqtda homila boshini tug‘ruq kanalining devorlari qisib qo‘yadi. Shu munosabat bilan tug‘uvchi ayolning oralig‘i yirtilishi, homila miyasida qon aylanishi buzilishi mumkin.

Shu sababli tug‘ruqni qabul qiluvchi akusher: a) oraliqni shikastlanishdan saqlaydi, b) homilani noqulay ta’sirlardan ehtiyot qilib, tug‘ruq yo‘llaridan avaylab oladi.

Shu vazifalarni ado etmoq uchun quyidagi shartlarga rioya qilish zarur:

1. Yorib chiqqan homila boshi sekin-asta, ohistalik bilan harakatlanishi kerak. Homila boshining sekin-asta yorib chiqishi oraliq shikastlanmagani holda to‘qimalarining cho‘zilishiga yordam beradi.

2. Homila boshi eng kichik o‘lchami bilan (bosh oldinda yotganda) yorib chiqishi kerak. Homila boshi vulvar halqadan qancha kichik aylanasi bilan yorib chiqsa, oraliqni o‘shancha kam cho‘zadi.

Bosh eng kichik o‘lchami bilan yorib chiqqanda uni tug‘ruq kanalining devorlari kamroq qisishini nazarda tutish zarur.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida kichik qiyshiq o‘lcham (9,5 sm, aylanasi 32 sm) eng kichik o‘lcham hisoblanadi. Homila boshi vulvar halqadan shu o‘lchami bilan o‘tishi kerak.

Akusher tug‘uvchi ayoldan o‘ng tomonda turib, homila boshi yorib chiqqa boshlashi bilanoq yordam bera boshlaydi (boshning suqilib kirish



64-rasm. Qattiq to‘lg‘oq tutganda chap qo‘l homila boshini oraliq tomonga bukib, o‘ng qo‘lga ko‘maklashadi (“oralig‘ni himoya qilish”).



63-rasm. Akusher homila boshining tez harakatlanib borishini to‘xtatib turadi va homila boshining barvaqt yozilishiga yo‘l qo‘ymaydi (“oralig‘ni himoya qilish”).

vaqtida har qanday muolaja ortiqcha):
a) homila boshining haddan tashqari tez harakatlanishini to‘xtatib, uning sekin-asta yorib chiqishiga yordam beradi, **b) homila boshining barvaqt yozilishiga yo‘l qo‘ymaydi**. Akusher homila boshining barvaqt yozilishiga yo‘l qo‘ymay, uning bukilgan holatda yorib chiqishiga ko‘maklashadi. Homila boshi bukilgan holatda eng kichik aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana kichik qiyshiq o‘lchamdan (32 sm)

o‘tadi, bukilmagan bosh esa katta aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana to‘g‘ri o‘lchamdan (34 sm) o‘tadi, ayni vaqtda to‘qimalar ko‘proq cho‘ziladi.

Yuqorida aytilgan talablar quyidagicha bajariladi:

1. Yorib chiqayotgan homila boshining harakatini boshqarish.

O‘ng qo‘lning uch barmog‘i yorib chiqayotgan homila boshiga qo‘yiladi. Akusher barmoqlarining yumshoq qismini homila boshiga tekkizib ushlab, to‘lg‘oq vaqtida boshning tez harakatlanishiga to‘sqinlik qiladi va uning barvaqt yozilishiga yo‘l bermaydi (63-rasm). To‘lg‘oq qattiq tutganda tez harakatlanib kelayotgan boshni o‘ng qo‘l to‘xtatib turolmasa, chap qo‘l bilan yordam beriladi. Shu maqsadda chap qo‘l panjasi qovga qo‘yiladi, barmoqlar oxirgi falangalarining kaftga qaragan yuzasi bilan bosh avaylab bosib turiladi, bosh oraliq tomonga bukiladi va uning tez harakatlanib borishi to‘xtatib turiladi (64-rasm).

Ko‘pgina akusherlar o‘ng qo‘lning kaft yuzasini oraliqqa qo‘yib, uni ushlab turishadi, ammo akusherning qo‘llari oraliqqa tegmay turgani ma‘qul. Oraliqni bosib turish natijasida qon aylanishi buzilib, oraliq yirtilishi mumkin.

To‘lg‘oqlar orasida o‘tadigan davrlar (pauzalar)da chap qo‘l barmoqlari homila boshida qoladi, o‘ng qo‘l esa vulvar halqaning orqa-yon bo‘limlaridagi to‘qimalarning cho‘zilishini bartaraf qiladi. Akusher to‘qimalarni surib beradi. Shu maqsadda to‘lg‘oqlar o‘rtasidagi pauzalarda klitor va kichik jinsiy lablar to‘qimasi tug‘ilayotgan ensadan pastga tushiriladi; vulvar halqa oldingi bo‘limining kam cho‘ziladigan to‘qimalari mumkin qadar orqaga, oraliq tomonga suriladi, shu tariqa yangi to‘lg‘oq bartaraf qilinadi. To‘qimalarni surib berish to‘xtatiladi, yana boshning tez yorib chiqishiga va barvaqt yozilishiga yo‘l berilmaydi.

2. Homila boshini chiqarish.

Ensa tug‘ilib, ensa osti chuqurchasi (fiksatsiya nuqtasi) simfizning pastki chekkasiga tayangan vaqtda tug‘uvchi ayolning kuchanishiga ruxsat etilmaydi. Shu paytdan boshlab homilaning butun boshi chiqarilguncha tug‘uvchi ayol og‘zi bilan nafas oladi, qo‘llarini ko‘kragiga qo‘yib turadi. Bir maromda og‘izdan chuqur nafas olish to‘lg‘oqni to‘xtatib turishga yordam beradi. Kuchanish nima uchun



65-rasm. Homila boshini chiqarish: homila boshi chap qo‘lda ushlanib, sekin-asta yoziladi; oraliq to‘qimalari o‘ng qo‘lda homila boshidan sekin-asta tushiriladi (“oraliqni himoya qilish”).

yaramasligini va akusherning buyruqlarini bajarish zarurligini tugʻuvchi ayolga oldindan tushuntirib qoʻyish kerak.

Ensa doʻmbogʻi chiqqach tepa doʻmboqlar tugʻruq yoʻllaridan chiqariladi, vulvar halqaning yon chekkalari tepa doʻmboqlardan avaylab tushiriladi. Shundan keyin homila boshi chap qoʻl bilan ushlanadi va sekin-asta avaylab yoziladi; bosh yozilayotgan vaqtda oraliq toʻqimalari homila boshidan oʻng qoʻl bilan tushiriladi (65-rasm). Bosh sekin-asta yozilganda avval peshanasi, soʻngra yuzi va engagi oraliq ustidan koʻrinadi. Homila boshi chiqqach, boʻyniga qindagi oʻralgan-oʻralmaganligi tekshiriladi. Kindik oʻralgan boʻlsa, qovuzlogʻidan avaylab tortib, boshi orqali boʻynidan olinadi. Kindikni boʻyindan olish mumkin boʻlmasa, ikki qisqich orasiga olib kesiladi.

3. Yelka kamarini chiqarish. Homilaning tugʻilgan boshi yuzini pozitsiyaga yarasha onaning oʻng yoki chap soniga qaraydigan qilib buriladi. Homila boshining tashqi burilishi toʻxtab qolsa, tugʻuvchi ayolga kuchanish buyuriladi; toʻlgʻoq tutgan vaqtda yelkalarining ichki burilishi va boshning tashqi burilishi roʻy beradi; yelkalar chanoqning toʻgʻri oʻlchamiga mos turadi va vulvar halqa orqali paypaslanadi. Yelkalarining chiqishiga akusher alohida eʼtibor berishi kerak, chunki bunda yumshoq toʻqimalar anchagina choʻzilib, oraliq yirtilishi mumkin.

Yelka kamari chiqayotganda quyidagi yordam koʻrsatiladi. Oʻzicha chiqayotgan oldingi yelkani qov ravogʻiga taqab ushlanadi va shundan keyin orqadagi yelka oraliqdan chiqariladi.

Yelka kamarining oʻz-oʻzicha chiqishi toʻxtalib qolsa, quyidagicha amal qilish ruxsat etiladi.

Homila boshi ikkala qoʻl bilan shunday ushlanadiki, kaftlar quloq sohasiga yotsin (barmoqlarning uchlari homilaning boʻyniga tegmasin, chunki bunda tomirlar va nervlarning qisilish xavfi kelib chiqadi). Soʻngra homilaning oldingi yelkasi qov ravogʻining ostiga yaqinlashmaguncha boshi avaylab pastga tortiladi (66-rasm, *a*), Soʻngra homila boshi oldinga qarab yuqoriga koʻtariladi, shu payt homilaning orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirgʻanib chiqadi (66-rasm, *b*).

Homilaning orqadagi yelkasini quyidagi amal bilan chiqarish ham mumkin: homila boshi chap qoʻlda ushlanib, yuqoriga suriladi, oraliq toʻqimalari esa oʻng qoʻl bilan homila yelkasidan tushiriladi.

Homila yelkalarini shu amallar bilan chiqarib boʻlmasa, ishora barmogʻi homilaning orqa tomonidan oldingi yelkaning qoʻltigʻiga suqiladi; tugʻuvchi ayolga kuchanish buyuriladi va shu payt homila

yelkasi qov ravog'ining ostiga kelmaguncha undan ushlab tortiladi. Shundan keyin homilaning orqadagi yelkasi chiqariladi.



66-rasm. Homila yelkalarini chiqarish.

a-oldingi yelkasini chiqarishda qo'l amali; chiqqan bosh orqaga tortilganda oldingi yelka chov ravog'ining ostiga keladi; b-orqadagi yelkasini chiqarishda qo'l amali; homila boshi oldinga tomon ko'tarilganda orqadagi yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi.



67-rasm. Homilaning orqadagi yelkasini chiqarishda ikkinchi amal.



68-rasm. Homila tanasini chiqarish.

4. Yelka kamari chiqqach, homilaning ko'krak qafasi ikkala qo'l bilan avaylab ushlanadi (68-rasm) va tanasi yuqoriga yo'naltiriladi; ayni vaqtda homila tanasining pastki qismi bemalol chiqadi.

Bola tug'ilgach, yo'ldosh tushish davri boshlanadi, bu davr alohida e'tibor bilan kuzatishni talab qiladi. Akusher tug'uvchi ayolni sinchiklab kuzatib turadi va shu bilan birga yangi tug'ilgan bolani birinchi marta tozalaydi.

Yangi tug'ilgan bola birinchi marta quyidagicha artib tozalanadi.

1. Tug'ilgan bola steril dokaga artiladi, so'ngra og'iz-burni bir parcha steril paxta bilan shilimshiqdan tozalanadi va onasining bukilgan va kerilgan oyoqlari orasidagi iliq steril yo'rgakka qo'yiladi. Kindik tarang bo'lmasligi kerak. Akusher bolani ko'zdan kechirib, xulq-

atvoriga qarab turadi. Yetuk tug‘ilgan sog‘lom bola darrov nafas olib boshlaydi, qattiq chinqiradi, qo‘l-oyog‘ini harakatlantiradi, aksari hademay siyadi. Akusher bolani yotqizib, yana qo‘llarini yuvadi, spirtga artadi va yangi tug‘ilgan bolani tozalashga kirishadi.

2. Oftalmoblennoyeyaning oldini olish chorasi albatta amalga oshiriladi, chunki yangi tug‘ilgan bola tug‘ruq yo‘llaridan o‘tayotganda ko‘ziga infeksiya yuqish ehtimoli bor. Ko‘zga **gonokokklar** yuqishi og‘ir oqibatlar keltiradi, hatto ko‘r qilib qo‘yadi.

Hozirgi paytda gonoblennoyeyaning oldini olish (profilaktika) maqsadida 1% eritromisin yoki tetrasiklin mazi ishlatishayapti. Homila tug‘ilgan zamona uning qovoq teri qoplamalaridan steril paxta shariklar bilan tug‘ruq shilimshiqalari (smazka) va shilliqlar (sliz) olinadi (buni olishda shariklarni tashqi burchakdan ichkari burchak tomon harakatlantirish kerak bo‘ladi, har qaysi ko‘z uchun alohida sharik olinadi). Shundan keyin bolaning quyi qovog‘ini astagina pastga tortib turib, kon’yunktiva qopchasiga 1% eritromisin yoki tetrasiklin mazi suriladi, ikkinchi marta u tug‘ilgandan 2 soat o‘tgach suriladi (69-rasm).

3. Homila tug‘ilgach, odatda 2-3 daqiqadan keyin kindik tomirlarining urib turishi (pulsatsiyasi) to‘xtaydi, kindik shundan keyin bog‘lanadi. Kindik tomirlari urib turganda homilaning tomirlar tizimchasiga kindik venasi orqali platsentadan 2-3 daqiqada 50-100 ml qon kiradi. Pulsatsiya to‘xtagach, kindik qat‘iy aseptika-antiseptik sharoitida qirg‘iladi va bog‘lanadi.

Kindik spirtga ho‘llangan steril paxta sharcha bilan artiladi va ikkita Koxer qisqichi orasiga olinadi. Bir qisqich kindik halqasidan 8-10 sm masofaga, ikkinchisi picha yuqoriga qo‘yiladi. Kindikning qisqichlar orasidagi qismi to‘mtoq qaychida qisiladi (70-rasm). Kindikning ona tomondagi uchi jinsiy yoriq oldidan tasma yoki ipak bilan bog‘lanadi va doka salfetkaga o‘raladi.

Bolani sovuq qotirib qo‘ymaslik uchun kindikning bola tomondagi uchi steril yo‘rgak yozilgan va grelka, elektr reflektor bilan isitilgan yo‘rgaklash stolchasida tozalanadi.



69-rasm. Oftalmoblennoyeyaning oldini olish.

Yangi tug‘ilgan bolaning ko‘ziga 2% li kumush nitrat eritmasidan 1-2 tomchi tomiziladi.



70-rasm. Kindakni ikki qisqich orasidan qirqish.

Kindikning bola tomondagi uchi spirt bilan yana artiladi va kindik halqasidan 1,5-2 sm narida steril tasmacha yoki yo‘g‘on ipak bilan bog‘lanadi. Ligatura (bog‘) uchlari kindik tizimchasining bir tomonida bir marta, qarama-qarshi tomonda ikkinchi marta tugiladi. Ikkinchi tugun qovuzloqli qilib solinadi, kindik qurib qolsa yoki birinchi tugun bo‘shashib qolsa kindikni tarang tortish uchun qovuzloqni bo‘shatsa bo‘ladi. Shundan keyin kindik qoldig‘ining uchi bog‘langan joyining 2-3 sm yuqorisidan qirqilib, yuziga 5% li yod nastoykasi surtiladi, kindik qoldig‘i steril doka salfetkaga o‘raladi, salfetka uchlari kindik halqasi oldidan bog‘lanadi (71-rasm); salfetkalarga o‘ralgan kindik qoldig‘ini qoringa steril doka bint bilan bog‘lab qo‘yish mumkin.

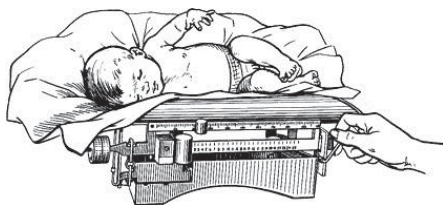


71-rasm. Kindik qoldig‘ini bog‘lab, doka salfetka o‘rash.
a - birinchi moment; *b* - ikkinchi moment.

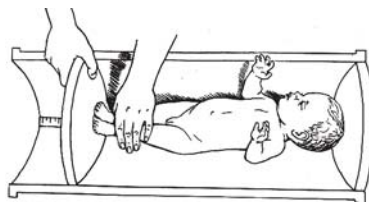
Hozirgi paytda kindik qoldig‘iga metall yoki rezina halqacha kiydirib qo‘yishni afzal ko‘rishmoqda. Metall halqacha quyidagicha kiydiriladi: kindikda tomir urishi to‘xtagach 2 ta qisqich: birini kindik halqasidan 10 sm naridan, ikkinchisini undan 2 sm keyin qo‘yiladi. Har ikkala qisqich o‘rtasini yodning 5% li spirdagi eritmasi bilan artiladi va shu yerdan kesiladi. Shundan keyin chaqaloqni yo‘rgaklash stoliga olib, akusher ikkinchi marta yuvadi va obrabotka qiladi, steril doka salfetka bilan kindik qoldig‘ini artadi, ko‘rsatkich barmog‘i bilan katta barmog‘i orasiga olib, asta-asta siqadi. So‘ng maxsus qisqich bilan metall halqachani (Rogovinniki) olib, unga kindik qoldig‘i kiritiladi, bunda halqachaning pastki cheti kindik tubidan 0,5-0,7 sm yuqorida turishi kerak, qisqichni halqaga “shiq” etib tutashguncha ajratib olinadi. Halqacha kiydirib qo‘yilgan kindik qoldig‘i ochiq qoldiriladi va uni qunt

bilan parvarish qilib turiladi; spirdagi 2% li borat kislotasi eritmasiga hoʻllangan steril doka salftka bilan har kuni artiladi.

Yangi tugʻilgan bola tozalanib boʻlgandan keyin tarozida tortiladi (72-rasm), boʻyi (bosh tepasidan tovonigacha) oʻlchanadi (73-rasm), boshi va yelkalarining oʻlchamlari aniqlanadi, qoʻliga steril kleyonkadan bilaguzuk taqiladi. Bilaguzukka onaning familiyasi, ismi va otasining ismi, tugʻruq tarixining nomeri, bolaning jinsi, vazni, boʻyi, tugʻilgan vaqti oldindan siyohda yozib qoʻyiladi, soʻngra bolaga steril iliq ishtoncha kiygizilib, steril yoʻrgak bilan adyolga oʻraladi va isitiladigan yoʻrgaklash stolchasiga 2 soat qoʻyiladi. 2 soatdan keyin bola chaqaloqlar palatasiga olib boriladi.



72-rasm. Yangi tugʻilgan bolani tortish.



73-rasm. Yangi tugʻilgan bolaning boʻyini oʻlchash.

TUGʻRUQNING IKKINCHI DAVRINI BOSHQARISH

Tugʻruqning ikkinchi davri odatda 30 daqiqadan 1 soatgacha davom etadi. Zamonaviy sharoitlarda mazkur vaqt chegaralariga taxminiy yondashish lozim. Tugʻruq vaqtida ona va homilaning ahvoli – toʻlgʻoq davrining davomiyligiga toʻgʻri baho beruvchi va tugʻruqqa aralashishni hal qiluvchi koʻrsatkichdir.

Tugʻuvchi ayolga oʻziga masʼul boʻlgan tana holatini qabul qilishga ruxsat beriladi. Tugʻruqning ikkinchi davrida tik turish, oʻtirish, tizzaga bukilish va oyoqlarda oʻtirish holatlarida boʻlish tavsiya qilinadi. Ayrim hollarda partnyorning yordami ham zarur boʻladi.

Bachadon mushaklarining har qisqarishida tugʻuvchi ayolda beix-tiyoriy kuchaniqlar paydo boʻlganligi tufayli, unga tabiiy kuchanishga imkoniyat berish zarur.

Epiziotomiya faqat tibbiy koʻrsatmalar asosida ogʻriqsizlantirish bilan amalga oshiriladi.

YO‘LDOSH TUSHISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug‘ruqning uchinchi davrida platsenta ko‘chib, tug‘ruq yo‘llaridan tushadi.

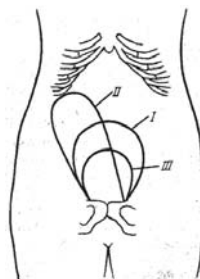
Yuqorida eslatilganidek, platsenta ko‘chayotganda picha qon ketadi, bu esa fiziologik hodisa hisoblanadi. Ammo yo‘ldosh tushish davrida anchagina qon ketib, hatto hayot uchun xavfli darajaga yetishi mumkin, bu esa platsentaning ko‘chish va chiqish jarayonining buzilishiga aloqador. Tug‘ruqning uchinchi davrida qon ketishi tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalarning yirtilishiga bog‘liq bo‘lishi mumkin. Tug‘uvchi ayolni akusher tug‘ruqning uchinchi davrida shuning uchun ham doim kuzatib turishi kerak. Akusher ayolning umumiy ahvoriga, teri va ko‘rinib turgan shilliq pardalar rangiga hamisha qarab turadi, pulsini sanab, arterial bosimini o‘lchaydi.

Yo‘ldosh tushish davri fiziologik hodisa bo‘lib o‘tganda tug‘uvchi ayol ahvoli yaxshi, pulsi to‘liq, ritmli, arterial bosimi normal bo‘ladi. Ayol kayfiyatining o‘zgarishi (bo‘shashib ketishi, boshi aylanishi), teri va shilliq pardalarining rangsizlanishi, pulsining tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi odatda qon ketayotganligidan guvohlik beradi va shoshilinch choralar ko‘rishni talab qiladi.

Tug‘uvchi ayol yo‘qotayotgan qon miqdorini hisobga olib turish kerak; buning uchun chanog‘i tagiga qaynatilgan tuvak yoki sirlangan maxsus yassi idish qo‘yiladi. Tashqariga chiqqan qon miqdori haqiqatda ketgan qon miqdoriga hamisha mos kelavermasligini esda tutmoq kerak. Yo‘ldosh tushish davrida qon bachadon devori bilan platsenta orasiga to‘planib, tashqariga chiqmagani holda ayol talaygina qon yo‘qotishi mumkin.

Bachadon shaklini va tubining qay balandlikda turganini kuzatib, platsentaning ko‘chayotganligini, shuningdek retroplatsentar gematoma hosil bo‘layotganini bilish mumkin.

Qovuq to‘lib ketganda yo‘ldosh tushish davrining dard va to‘lg‘oqlari to‘xtalib qolib, platsentaning ko‘chishi va yo‘ldosh tushish jarayoni buziladi. Shuning uchun yo‘ldosh tushish davrida qovuq holatiga qarab turish va uning to‘lib ketishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak.



74-rasm. Yo‘ldosh tushish davrida bachadon tubining qay balandlikda turishi va bachadon shakli.

I-homila tug‘ilgach;
II-platsenta ko‘chgan;
III-platsenta tushgach.

Yoʻldosh tushish davrida tugʻuvchi ayolga doimo diqqat bilan qarab turgan holda qatʻiyan kutish pozitsiyasiga amal qilinadi. Platsentaning koʻchish va chiqish jarayonini tezlataman deb urinishning har qandayi (bachadonni massaj qilish, kindikdan tortish va hokazo) platsentaning koʻchishidan iborat fiziologik jarayonni buzadi, bachadonning qisqarish ritmini oʻzgartiradi va qon ketishiga sabab boʻladi.

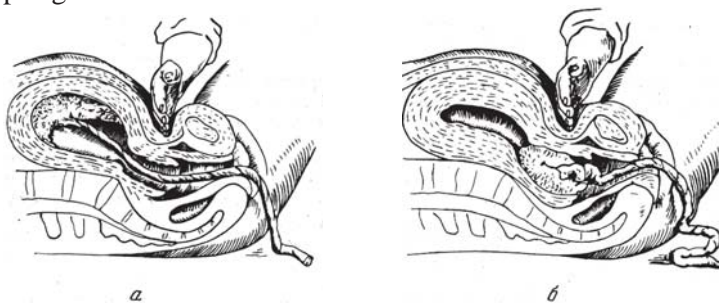
Tugʻuvchi ayol ahvoli yaxshi boʻlib, qon ketmayotgan boʻlsa platsentaning oʻzicha koʻchib tushishini 1 soatgacha kutish kerak. 250-300 ml dan ortiq qon ketganda, ayolning ahvoli yomonlashganda, shuningdek platsenta bachadonda 1 soatdan ortiq ushlanib qolganda yoʻldoshni tushirish uchun faol choralar koʻriladi. Bunday hollarda yoʻldosh tashqi amallar bilan tushiriladi yoki bachadon boʻshligʻiga qoʻl suqib olinadi.

Yoʻldosh tushish davrini boshqarmoq uchun platsenta bachadon devorlaridan koʻchib, uning pastki sigmentida yoki qinda turganligini koʻrsatuvchi belgilarni bilish muhim.

Platsentaning koʻchganligini koʻrsatuvchi eng muhim belgilar.

1. Bachadon shaklining va bachadon tubi balandligining oʻzgarishi (Shreder belgisi). Homila tugʻilgan zahoti bachadon yumaloq shaklda boʻlib, tubi kindik roʻparasida turadi. Platsenta koʻchgach, bachadon yassilanib, torroq boʻlib qoladi, bachadon tubi koʻchgan platsenta ustida kindikdan yuqoriga (baʼzan qovurgʻalar ravogʻigacha) koʻtariladi; bachadon koʻpincha oʻngga buriladi (74-rasm).

2. Kindik tashqi boʻlagining uzayishi (Alfeld belgisi). Koʻchgan platsenta bachadonning pastki sigmentiga yoki qinga tushadi. Shu sababli kindikni qirqqan vaqtda jinsiy yoriq oldidan solingan qisqich 10-12 sm pastga tushadi.



75-rasm. Kyustner - Chukalov belgisi.

a-platsenta koʻchmagan, kindik qinga tortiladi; b-platsenta koʻchgan, kindik qinga tortilmaydi.

3. Simfiz ustida do‘ppayma paydo bo‘lishi. Ko‘chgan platsenta bachadonning yupqa devori pastki sigmentiga tushgan paytda shu sigmentning oldingi devori qorin devori bilan birga picha ko‘tarilib, simfiz ustida do‘ppayma hosil bo‘ladi.

4. Kyustner - Chukalov belgisi. Qov ustidagi soha qo‘l panjalari qirrasi bilan bosilsa, platsenta ko‘chmagan taqdirda kindik qinga tortiladi; platsenta ko‘chgan taqdirda kindik qinga tortilmaydi (75-rasm).

Odatda platsentaning ko‘chganligi bir belgiga qarab emas, balki yuqorida tasvir etilgan belgilar yig‘indisiga qarab bilinadi.

Yo‘ldosh tushish davri normal (fiziologik hodisa bo‘lib) o‘tsa, ko‘chgan yo‘ldosh tug‘ruq yo‘llaridan o‘zicha chiqadi, ko‘pincha bola tug‘ilgandan yarim soat keyin yo‘ldosh tushadi. Ba‘zan ko‘chgan platsenta va pardalar homila tug‘ilgach yarim soatdan bir soatgacha muddat ichida va ba‘zan esa bir soatdan keyin tushadi.



76-rasm. Yo‘ldoshni Abuladze usulida chiqarish.



77-rasm. Yo‘ldoshni Genter usulida chiqarish.

Yo‘ldosh tushishi yarim soatdan ko‘pga cho‘zilsa, akusher platsentaning ko‘chish belgilari bor-yo‘qligini tekshiradi. Platsenta ko‘chmagan, qon ketmayotgan va tug‘uvchi ayolning ahvoli yaxshi bo‘lsa, 1 soatgacha kutib turiladi, shundan keyin yo‘ldosh tushiriladi.

Tekshirishda platsentaning ko‘chish belgilari aniqlansa, uni darhol chiqarish choralari ko‘riladi.

Avvalo qovuq bo‘shatiladi va tug‘uvchi ayolga kuchanish buyuriladi. Ko‘chgan platsenta ko‘pincha kuchanish ta‘sirida osongina tushadi. Shu oddiygina usul natija bermasa, yo‘ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi.

Ko‘chgan yo‘ldoshni chiqarishning quyidagi usullari bor:

1. Abuladze usuli. Qovuq bo'shatilgandan keyin bachadonni qisqartirish maqsadida avaylab massaj qilinadi. So'ngra qorin devori ikkala qo'l bilan ushlanib, uzunasiga burma hosil qilinadi va tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi (76-rasm). Ko'chgan yo'ldosh odatda osonlik bilan tushadi.

2. Genter usuli. Qovuq bo'shatiladi, bachadon tubi o'rta chiziqqa keltiriladi. Akusher tug'uvchi ayolning yonida, uning oyoqlariga yuzlanib turadi. Qo'llarining panjalarini musht qilib, asosiy falangalarning orqa (dorzal) yuzasini bachadon tubiga (nay burchaklari sohasidan) qo'yadi va pastga hamda ichkariga qarab sekin-asta bosadi (77-rasm); tug'uvchi ayol ayni vaqtda kuchanmasligi kerak.

3. Krede-Lazarevich usuli. Abuladze va Genter usullariga nisbatan qo'polroq, shuning uchun Abuladze va Genter usullaridan biri qo'llanilganda natija chiqmasa, Krede - Lazarevich usuli tatbiq etiladi. Bu usulda quyidagicha ish ko'riladi: a) qovuq bo'shatiladi; b) bachadon tubi o'rta chiziqqa keltiriladi; v) bachadonni yengilgina massaj qilib, qisqarishga majbur etiladi; g) tug'uvchi ayolning chap tomonida uning oyoqlariga yuzlanib turib, bachadon tubi o'ng qo'l bilan shunday ushlanadiki, bosh barmoq bachadonning oldingi devoriga, kaft bachadon tubiga, to'rtta barmoq esa bachadonning orqa yuzasiga to'g'ri kelsin (78-rasm); d) yo'ldosh qisib chiqariladi: bachadon oldindan orqaga qarab qisilib, bachadon tubi pastga va oldingi chanoq o'qi bo'ylab bosiladi. Ko'chgan yo'ldosh bu usulda osongina chiqadi.

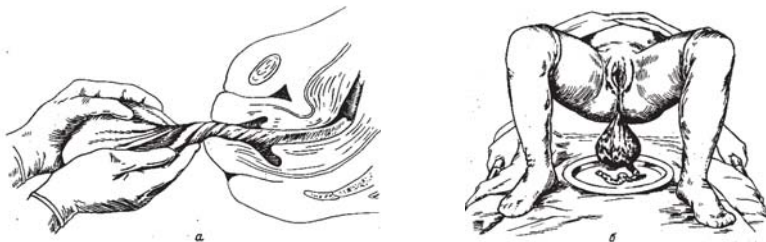
Odatda yo'ldosh (platsenta va pardalar) bira to'la tushadi; ba'zan platsenta chiqqach, u bilan bog'langan pardalar bachadonda qolganligi aniqlanadi. Bunday hollarda chiqqan platsentani ikkala qo'l kaftiga olib, bir yo'nalishda sekin-asta aylantiriladi. Ayni vaqtda pardalar buralib bachadon devorlaridan sekin-asta ko'chadi va uzilmasdan tashqariga chiqadi (79-rasm, a).

Pardalarni ajratib chiqarishning ikkinchi usuli ham bor (Genter). Platsenta chiqqach, oyoq panjalariga tayanib chanog'ini ko'tarish ayolga buyuriladi, shu payt platsenta osilib tushib, o'z og'irligi bilan pardalarning ko'chishiga yordam beradi (79-rasm, b).



78-rasm. Yo'ldoshni Krede-Lazarevich usulida chiqarish.

Yoʻldosh tushgach, platsenta va pardalarning butunligini bilish uchun sinchiklab koʻzdan kechiriladi. Platsenta silliq podnosda yoki kaftda onaga qaragan yuzasini yuqoriga qilib yoziladi (80-rasm) va platsenta boʻlaklari eʼtibor bilan birma-bir tekshiriladi. Platsentaning chetlarini juda sinchiklab koʻzdan kechirish kerak; butun platsenta chetlari silliq boʻlib, undan boshlanuvchi tomirlar uzilmagan boʻladi.



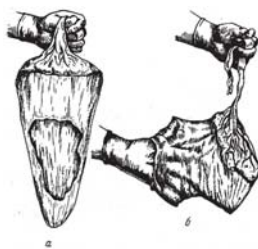
79-rasm. Pardalarni chiqarish.

a-pardalarni burash; *b*-ikkinchi usul (Genter usuli). Tugʻuvchi ayol chanogʻini koʻtaradi, platsenta osilib tushadi, shu tufayli pardalar ajralib chiqadi.

Platsenta koʻzdan kechirilgach, pardalar tekshiriladi. Buning uchun platsenta onaga qaragan tomoni pastga, homilaga qaragan tomoni esa yuqoriga qilib agʻdariladi (81-rasm, *a*). Pardalarning yirtilgan joylarining chetlari barmoqlar bilan ushlanadi va homila bilan qogʻonoq suvini saqlab turgan tuxum kamerasini tiklashga harakat qilib, pardalar yoziladi (81-rasm, *b*).



80-rasm. Platsentaning onaga qaragan yuzasini koʻzdan kechirish.



81-rasm. *a, b* - pardalarni koʻzdan kechirish

Ayni vaqtda qogʻonoq pardasi bilan vorsinali pardaning butunligiga eʼtibor beriladi, pardalar orasida platsenta chetidan boshlangan tomirlarning uzilgan-uzilmaganligi aniqlanadi. Tomirlarning uzilganligi

platsentaning qo‘shimcha bo‘lagi borligini va bachadon bo‘shlig‘ida qolganligini ko‘rsatadi. Pardalar ko‘zdan kechirilganda ularning uzilgan joyi topiladi, bu esa platsentaning devoriga yopishgan joyini bir qadar bilishga imkon beradi. Pardalarning tug‘ruqda uzilgan joyi platsenta chetiga qancha yaqin bo‘lsa, platsenta bachadon devoriga o‘shancha pastroqdan yopishgan bo‘ladi.

Platsenta butunligini aniqlash juda muhim ahamiyatga ega. Platsenta bo‘laklarining bachadonda ushlanib qolishi tug‘ruqning tahlikali og‘irlashuvi hisoblanadi. Buning oqibatida yo‘ldosh tushgach tez orada yoki chilladagi bir qadar muddatda qon ketadi. Qon juda ko‘p ketib, tuqqan ayolning hayotiga xavf tug‘dirishi mumkin. Platsentaning bo‘laklari bachadonda ushlanib qolganda chilla davrining septik kasalliklari ham avj oladi.

Modomiki shunday ekan, platsentada nuqson topilgan hamon uning bachadonda ushlanib qolgan bo‘laklari qo‘l bilan olinadi. Pardalarning bachadonda ushlanib qolgan bo‘laklari chiqindi bilan birga chiqib ketib, bachadon ichiga qo‘l suqish zaruratini tug‘dirmaydi.

Platsenta ko‘zdan kechirilgach, o‘lchanadi va tortib ko‘riladi. Platsenta va pardalar haqidagi hamma ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yoziladi (platsenta ko‘zdan kechirilgach, kuydiriladi yoki sanitariya nazorati ko‘rsatgan joyga ko‘miladi). So‘ngra yo‘ldosh tushish davrida va tug‘ruqdan bevosita keyin yo‘qotilgan qonning umumiy miqdori o‘lchanadi.

Yo‘ldosh tushgach, tashqi jinsiy a‘zolar, oraliq sohasi va sonlarning ichki yuzalari dezinfeksiyalovchi kuchsiz iliq eritma bilan yuviladi, steril salftokada quritiladi va ko‘zdan kechiriladi.

Avvalo tashqi jinsiy a‘zolar va oraliq ko‘zdan kechiriladi, keyin jinsiy lablar steril tamponlar yordamida kerilib, qin ko‘zdan kechiriladi (82-rasm). Ayniqsa, birinchi marta tuqqan va operatsiya qilingan ayollarning bachadon bo‘ynini ko‘zgu bilan ko‘rish kerak.

Tug‘ruq yo‘llarining yumshoq to‘qimalari yirtilgan taqdirda choklanmasa, ularga infeksiya kiradi. Oraliq yirtilgan taqdirda, infeksiya kirishdan tashqari, jinsiy a‘zolar pastga tushib va chiqib qoladi. Bachadon bo‘yni yirtilganda ag‘darilib chiqishi xronik endoservisit, eroziyalar ro‘y berishi mumkin. Bu patologik jarayonlarning hammasi bachadon bo‘ynida rak kelib chiqishi uchun sharoit tug‘dira oladi. Shuning uchun oraliq, qin devorlari va bachadon bo‘yni



82-rasm. Yo‘ldosh tushgandan keyin oraliqni va qin og‘zini ko‘zdan kechirish.

yirtilgan taqdirda tug‘ruqdan bevosita keyin sinchiklab choklanishi zarur. Tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalarning yirtilgan joylarini choklab qo‘yish chillardagi yuqumli kasalliklar, jinsiy a‘zolarining pastga tushib qolishi va boshqa ginekologik kasalliklarning oldini olish uchun zarur choradir.

Tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechirilgach, tuqqan ayolga toza ko‘ylak kiygiziladi, tagidagi choyshabi almashtiriladi, ustiga adyol yopiladi va tuqqan ayollar bo‘limida kuzatib turiladi. Tuqqan ayolning umumiy ahvoriga qarab turiladi, pulsini sanab kayfiyatidan xabardor bo‘lib turiladi. Bachadon vaqt-bavaqt palpatsiya qilinadi va qindan qon kelayotgan-kelmayotganligi aniqlanadi. Qo‘shimcha bachadon tonusining pasayganligi tufayli tug‘ruqdan keyingi dastlabki soatlarda ba‘zan qon ketishini nazarda tutish kerak.

Tuqqan ayol ahvoli yaxshi, shikoyati yo‘q, pulsi yaxshi to‘lishgan va tezlasmagan, bachadoni zich bo‘lib, qon ketmayotgan bo‘lsa, 2-3 soatdan keyin chilla bo‘limiga o‘tkaziladi. Hamma ma‘lumotlar o‘z vaqtida yozib qo‘yilgan tug‘ruq tarixi ham ko‘zi yorigan ayolga qo‘shib yuboriladi.

TUG‘RUQNING UCHINCHI DAVRINI FAOL BOSHQARISH

Hozirgi paytda O‘zbekiston Respublikasida Jahon Sog‘liqni Saqlash tashkilotining protokollari asosida tug‘ruqning uchinchi davrini faol boshqarish usuliga o‘tilgan. Shu munosabat bilan barcha tug‘ruq komplekslarida bu jarayon keng qo‘llanilmoqda.

Tug‘ruqning uchinchi davrini faol boshqarish (yo‘ldoshning faol tug‘ilishi) tug‘ruqdan keyingi qon ketishni kamaytiradi. Faol boshqarish bir nechta tarkibiy qismlardan iborat bo‘lib, ular sharoitlarga bog‘liq holda o‘zgarib turishi mumkin. Umumiy tarkibiy qismlar – uterotoniklarni qo‘llash, tezkor kindik tizimchasini qisish va yo‘ldosh tug‘ilishi jarayoniga nazoratli tortish yo‘li bilan yordam berish. Yo‘ldosh tug‘ilishida bachadonni qorin devori orqali massaj qilish qo‘shimcha tarkibiy qismga kiradi.

Faol boshqarishning asosiy qismlari:

- Oksitosin yuborish;
- Kindik tizimchasini tezkor qisish;
- Kindik tizimchasini nazoratli tortish.

Oksitosin

- Tug‘ruqdan keyin bir daqiqa davomida bachadonda egiz homilani bor-yo‘qligini aniqlash maqsadida ayol qorni palpatsiya qilinadi va

mushak orasiga 10 ED oksitosin yuboriladi, agar ayolga vena orqali igna kiritilgan bo'lsa, oksitosin vena ichiga yuboriladi.

Oksitosin samarali preparat bo'lib, ineksiyadan keyin 2-3 daqiqada ta'sir qiladi, nojo'ya ta'sirlari minimal va barcha ayollarda qo'llash mumkin. Agar oksitosin bo'lmasa, 0,2 mg ergometrin yoki prostoglandin mushak orasiga yuboriladi.

Bu preparatlarni yuborishdan oldin, bachadonda homila yo'qligiga ishonch hosil qilish lozim.

Kindik tizimchasini qisish:

Homila tug'ilgandan keyin bir daqiqa davomida jinsiy oraliq yaqinidan kindik tizimchasi qisqich yordamida qisiladi.

Kindik tizimchasini nazoratli tortish algoritmi:

- Kindik tizimchasini qisgan qisqichni bir qo'l bilan ushlab, ikkinchi qo'l bilan simfiz yuqorisidan bosiladi.

Kindik tizimchasi tortilganda simfiz yuqorisiga qo'yilgan qo'l bachadon inversiyasiga (ag'darilib tushishiga) to'sqinlik qiladi.

- Tizimchani yengil tortgan holda bachadon tanasining qattiq qisqarishini (2-3 daqiqa) kutiladi.

- Bachadon tanasi yumaloq shaklga kelsa yoki tizimcha tashqaridan uzunlashsa, tizimcha pastga tortiladi va platsenta tug'iladi. Tizimchani tortish uchun qon oqib chiqishini kutmaslik lozim.

- 30-40 soniya davomida platsenta tushmasa, tizimcha ortiq tortilmaydi.

- Ehtiyotkorlik bilan tizimcha ushlanadi va bachadonning navbatdagi qisqarishi kutiladi. Zarurat tug'lsa, tizimchadagi qisqich jinsiy oraliqqa yaqin suriladi.

- Siydik pufagining bo'shaganligiga va yo'ldosh ajralishiga to'sqinlik qilmayotganligiga ishonch hosil qilinadi.

- Simfiz ustidan qo'l bilan qorin devorini bosib turmasdan, tizimchani tortmaslik kerak.

- Yo'ldosh pardalarining yirtilmasligi uchun platsenta ikki qo'llab ushlanadi va o'z o'qi atrofida asta-sekin aylantiriladi.

- Agar pardalari yirtilsa, aseptik sharoitda qin yuqori qismi va bachadon bo'yni ko'zdan kechiriladi, parda bo'laklari bo'lsa qisqichlar bilan olib tashlanadi.

- Platsenta sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Agar platsentaning ona yuzasida bo'laklari uzilgan bo'lsa yoki yirtilgan pardalar aniqlansa, platsenta fragmentalarining qoldiqlariga shubha tug'iladi va unday holda:

- Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi aseptik sharoitlarda o'tkaziladi.

Nazorat uchun savollar

1. Ko'rik va yuvinish xonasida tug'uvchi ayolni sanitariya nazoratdan o'tkazish.

2. Bachadon bo'yning ochilish davrini boshqarish

3. Homilaning tug'ilish davri qanday boshqariladi, chaqaloqni birlamchi va ikkilamchi artib tozalash.

4. Yo'ldosh tushish davrini boshqarish, platsentani ko'chganligini ko'rsatuvchi belgilar (Alfeld, Kyustner-Chukalov, Shreder), ko'chgan yo'ldoshni tashqi tushurish usullari (Abuladze, Genter, Krede-Lazarovich).

5. Tug'ruq xabarchilari va boshlanishi.

6. Tug'ruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq).

7. Tug'ruq davrlari.

8. Tug'ruq biomexanizmi.

9. Tug'ruqni olib borishning zamonaviy tamoyillari haqida nimani bilasiz?

10. Tug'ruqning birinchi davrini olib borish. Tug'ruqni og'riqsizlantirish.

11. Tug'ruq faoliyati rivojlanishini baholash.

12. Partogrammani yuritish.

13. Tug'ruqning ikkinchi davrini boshqarish.

14. Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash.

Tayanch so'z va iboralar

Anamnez	homila boshi chanoq og'zining ustida turibdi.
Standart zardoblar	homila boshi chanoq og'zida kichik sigmenti bilan
Oqsil	homila boshi chanoq og'zida katta sigmenti bilan turibdi
Stetoskop	homila boshi chanoq bo'shlig'ining keng qismida
Homila pufagi	homila boshi chanoq bo'shlig'ining tor qismida
Kateterizatsiya	issiqlik zanjiri
Shreder belgisi	Alfeld belgisi
Genter usuli	

Kyustner-Chukalov belgisi

Krede-Lazarevich usuli

Kontraksiya – bachadon muskullarining qisqarishi.

Retraksiya – qisqargan muskul tolalarining cho‘zilishi va joyidan siljishi.

Distraksiya – bachadon pastki sigmentining cho‘zilishi.

Homila pufagi – amneon pardasining tug‘ruq yo‘llari tomon suqilib kirishi hisobiga hosil bo‘lgan pufak.

Kontraksiyon halqa – bachadonning yuqori qisqaruvchi qismi bilan pastki cho‘ziluvchi sigmenti o‘rtasida paydo bo‘ladigan chegara.

Tegish belbog‘i – homila boshining bachadon pastki sigmenti devorlariga tegib turgan qismi.

Dard – bachadon muskullarining ritmik qisqarishi.

To‘lg‘oq – bachadon muskullari, qorinning oldingi devori va chanoq tubi muskullarining bir vaqtda qisqarishi.

Demedikalizatsiya – tug‘ruqni og‘riqsizlantirishda dori-darmonlardan voch kechish.

Patogramma – tug‘ruq jarayonini grafik yozuv asosida kuzatib borish.

Ogohlik chizig‘i – tug‘ruq jarayoni muntazam kuzatib boriladi, har soatda partogrammagacha chizib boriladi, lekin ortiqcha harakat qilinmaydi.

TESTLAR

1. 500 sonli buyruqqa binoan oftalmoblenoreyani oldini olish

- a) chaqaloqning ko‘zlariga penisillin tomiziladi
- b) chaqaloqning ko‘zlariga albusid tomiziladi
- c) 1% li tetrasiklin mazi surtiladi
- d) sintomisin mazi surtiladi
- e) sulema tomiziladi

2. Platsenta ajralganlik belgisi bo‘lmasdan, jinsiy yo‘llardan qon ketishida akusherlik taktikasi?

- a) Krede-Lazarevich usuli qo‘llaniladi
- b) Genter usuli qo‘llaniladi
- c) Abuladze usuli qo‘llaniladi
- d) qo‘l yordamida platsentani ajratish operatsiyasi o‘tkaziladi
- e) kutish pozitsiyasiga amal qilinadi

3. Platsentaning bachadondan ajralganlik belgisi bo'lmasa va qon ketmagan taqdirda qay vaqtda platsentani qo'l bilan ajratish va chiqarib olishga kirishiladi?

- a) 15 daqiqadan keyin
- b) 2 soatdan keyin
- c) 1 soatdan keyin
- d) 1,5 soatdan keyin
- e) 30 daqiqadan keyin

X BOB. TUG‘RUQNI OG‘RIQSIZLANTIRISH

Aksari ayollar tuqqanda og‘riq sezadi, og‘riq esa kuchli-kuchsiz bo‘lishi mumkin. Ko‘pgina ayollar ayniqsa bachadon bo‘yni ochilayotganda va homila tug‘ilayotganda qattiq og‘riq his qiladilar.

Tug‘ruq og‘riqlarini yo‘qotish yoki kamaytirish istagi juda qadimda tug‘ilgan. Ammo tug‘ruqni og‘riqsizlantirishning ilmga asoslangan usullari XIX asrning birinchi yarmidagina taklif etildi, efir va boshqa moddalarning og‘riqsizlantiruvchi ta’siri shu paytga kelib kashf etildi.

XVIII asrning 60-yillarida N. A. Sochava tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun xloroformning alkogol bilan aralashmasini taklif etdi. Keyinchalik tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun xloralgidrat (Svyatlovs-kaya, 1873), azot (I)-oksid (Klikovich, 1881), morfin va boshqa narkotiklar, barbituratlar, pantopon bilan magniy sulfat, novokain eritmasi va boshqa ko‘p dorilar qo‘llanildi. Rossiyalik yirik akusherlari: A.Ya.Krassovskiy, I.P.Lazarevich, V.M.Florinskiy, V.A.Dobronravov, Ye.M.Kurdinovskiy va boshqalar tug‘ruqni og‘riqsizlantirishning turli xil usullarini taklif etishdilar.

Tug‘ruqda yordam beradigan yirik muassasalardan tortib, kichikroq muassasalarda, jumladan kolxoz tug‘ruq xonalarida ham tug‘ruq yoppasiga og‘riqsizlantirilib kelindi.

Tug‘ruq og‘riqlari rolining aniqlanishi og‘riqsizlantirish usullarining yoyilishiga yordam berdi. Tug‘ruqda hamisha og‘riq kelib chiqavermasligi va tug‘ruqning to‘g‘ri o‘tishi uchun og‘riq zarur shart emasligi aniqlandi. Ko‘pincha tug‘ruq normal o‘tganda og‘riq kam bo‘ladi va hatto butunlay og‘riq sezilmaydi. Buning ustiga, uzoq davom etuvchi kuchli og‘riqlar asab tizimini holdan toydirib, organizmga zarar yetkazishi aniqlandi. Haddan tashqari kuchli og‘riqlar dard va to‘lg‘oq tutishini zaiflashtirishi va uning muntazam tutishiga to‘sqinlik qiladi. Tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uning kechishiga yaxshi ta’sir qilishi ham aniqlanadi. Tug‘ruq og‘riqlarini bartaraf qilish natijasida ko‘pincha dard va to‘lg‘oq yana muntazam tuta boshlab, tug‘ruqning eson-omon tugashiga yordam beradi.

Sobiq ittifoq miqyosida tug‘ruqni og‘riqsizlantirish usullarining amaliyotga keng joriy qilinishi bilan bir vaqtda og‘riqsizlantirishning yangi, samarali usullarini o‘rganish yuzasidan katta ish olib borildi.

K.I.Platonovning shogirdi I. Z. Velvovskiy XX asrning 70 yillarida ayollarni tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usulini ishlab chiqdi. Bu usul tugʻruqni dori-darmonlar bilan ogʻriqsizlantirish usuliga qaraganda afzalroq boʻlib, barcha tugʻruq muassasalarida qoʻllanib kelinmoqda. Tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlash sharoiti boʻlmagan yoki bunday tayyorgarlik zarur natijani bermagan kamdan-kam hollarda tugʻruqni dori bilan ogʻriqsizlantirish usullari tadbiiq etiladi.

AYOLLARNI TUGʻRUQQA PSIXOPROFILAKTIK TAYYORLASH USULI

Ayollarni tugʻruqqa tayyorlashning bu usuli tugʻruq ogʻriqlarining kelib chiqish sabablarini oʻrganishga asoslangan. Psixoprofilaktik tayyorgarlikdan maqsad ayolning markaziy asab tizimiga taʼsir koʻrsatib, ogʻriqni bartaraf qilishdir. Tugʻruq vaqtida bachadondagi va tugʻruq yoʻllarining boshqa qismlaridagi nerv oxirlari (interoretseptorlar), tolalari va chigallari taʼsirlanadigan sharoit vujudga keladi. Bachadon tanasining muskullari qisqarishi va bachadonning pastki sigmenti bilan boʻynining choʻzilishi natijasida bachadon interoretseptorlari taʼsirlanadi. Ogʻriq sezish asosan bachadonning ochilayotgan boʻynidagi nerv oxirlarining taʼsirlanishiga bogʻliq. Homila boshining pastga tushishi sababli bachadon boʻyni atrofidagi nerv chigallarining taʼsirlanishi, bachadon boylamlari va qorin pardasining choʻzilishi, yuksak darajada sezuvchi nerv elementlari joylashgan qon tomirlar va devorlarining qisilishi ogʻriq kelib chiqishiga sabab boʻladi. Homila tugʻiladigan davrda oraliq va tashqi jinsiy aʼzolaridagi nerv elementlarining taʼsirlanishi ham ogʻriq sezgilarini keltirib chiqaradi. Bachadondan keluvchi ogʻriq tasirlari nerv stvollari orqali markaziy asab tizimiga oʻtadi. Ayni vaqtda qorinning pastki boʻlimida, dumgʻaza va bel sohasida, chovda, sonning yuqori boʻlimlarida ogʻriqlar kelib chiqadi. Salbiy emosiylalar tugʻruqda ogʻriq sezish muqarrar deb ishonish, ogʻriqni kutish va undan qoʻrqish, tugʻruqning qanday tugashini va bolani oʻylab tashvishlanish va shu kabilar tugʻruq ogʻriqlarining ikkinchi, psixogen komponenti hisoblanadi. Bu salbiy emotsiyalar bosh miya poʻstlogʻining faoliyatini susaytiradi, miya poʻstlogʻi bilan markaziy asab tizimining quyida yotgan boʻlimlari oʻrtasidagi toʻgʻri munosabatlarga halal beradi. Shu oʻzgarishlar natijasida bachadondagi nerv oxirlarining taʼsirlanishi markaziy asab tizimida haddan tashqari kuchli ogʻriq boʻlib seziladi.

Tugʻruq vaqtida bachadondagi va jinsiy apparatining boshqa boʻlimlaridagi nerv oxirlari hamisha taʼsirlanadi. Ammo tugʻuvchi ayollar asab tizimining funksional xususiyatlariga qarab turli darajada ogʻriq sezishadi. Baʼzan ayollar tuqqanda salgina ogʻriq sezishi yoki hatto butunlay ogʻriq sezmasligi klinik kuzatishlardan maʼlum. Tugʻuvchi ayollarning koʻpchiligi oʻrtacha ogʻriq sezadi va unga toqat bilan chidaydi, qoʻrquv his qilmaydi, oʻzini vazmin tutadi, akusher bilan shifokorning maslahat va koʻrsatmalariga amal qiladi. Odatda asab tizimi kuchli tipga kiradigan, vazmin, bosiq ayollar ogʻriq taʼsirlariga shunday reaksiya koʻrsatishadi.

Asab tizimi muvozanati buzilgan ayollar qoʻrquv va boshqa salbiy emotsiyalarga moyil boʻladi, ularda ogʻriq sezuvchanlik boʻsagʻasi past, shuning uchun dard va toʻlgʻoq tutganda nerv elementlarining taʼsirlanishi kuchli ogʻriq boʻlib seziladi. Tugʻuvchi ayollar ayni vaqtda betoqatlanib, akusherning maslahat va koʻrsatmalariga amal qilmaydilar, tugʻruqning normal kechishiga halal beradilar.

Binobarin, jinsiy apparatning asab tizimi bir xilda taʼsirlangani holda, tugʻuvchi ayollar turlicha reaksiya koʻrsatishadi. Markaziy asab tizimining oliy boʻlimi bosh miya poʻstlogʻining ishlash xarakteriga qarab, ogʻriq turli darajada seziladi.

Tugʻruq ogʻriqlarining kuchi va tugʻuvchi ayolning xulq-atvori asab tizimining holatiga bogʻliq ekanligini olimlar hisobga olib, ayolning ruhiyatiga taʼsir etish yoʻli bilan ogʻriqni kamaytirishga intilib kelishdi. Ammo markaziy asab tizimining oliy boʻlimlariga ijobiy taʼsir koʻrsatish yoʻli bilan tugʻruq ogʻriqlarini bartaraf qilish usuli soʻnggi yillarda ishlab chiqilib, amaliyotga joriy etildi, bu usul ayollarni tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlash deb ataladi.

Ayollarni tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlashdan maqsad tugʻruq ogʻriqlarining psixogen komponentini bartaraf qilish, tugʻruqda ogʻriq sezilishi muqarrar degan tasavvurni, ruhan ezadigan qoʻrquv hissini yoʻqotish va tugʻruq eson-omon oʻtadigan fiziologik jarayon boʻlib, unda hamisha ogʻriq sezilavermaydi, degan yangi tasavvurni hosil qilishga yordam beradi. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida bosh miya poʻstlogʻiga taʼsir koʻrsatish ogʻriq sezgilarini kamaytirish yoki butunlay bartaraf qilishga yordam beradi.

Tugʻuvchi ayol oʻzini toʻgʻri tutgandagina tugʻruq ogʻriqsiz oʻtishi mumkinligini unga uqtirish kerak. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida ayol oʻzini osoyishta tutishga va tugʻruq vaqtida faol harakat qilishga oʻrgatadi. Tugʻruq fiziologiyasi va uning klinik oʻtishi haqida

ayolga asosiy ma'lumotlar beriladi, shuningdek, tug'ruqning turli davrlarida kelib chiqadigan sezgilar tushuntiriladi, hamma vaqt ham og'riq sezilavermasligi ta'kidlanadi.

Ayol tug'ayotgan paytda o'zini to'g'ri tutishi kerakligi aytiladi, psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida o'rgatilgan muayyan usullarni bajarilishi natijasida tug'ruqning og'riqsiz o'tishi tushuntiriladi.

Tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlik boshidan, ayniqsa tug'ruqqa 4 hafta qolganda va tug'ruq vaqtida o'tkaziladigan bir talay tadbirlar tizimidir.

Homiladorlik vaqtida ayolning anamnezi bilan sinchiklab tanishiladi, umumiy va akusherlik tekshirishi umumiy qoidalarga muvofiq o'tkaziladi. Ayolning homiladorlikka munosabati, qo'rquv va tashvishlari bor-yo'qligi aniqlanadi. Tug'ruqdan qo'rqishni homiladorlik boshlaridanoq bartaraf qilishga intilish, ijobiy emotsiyalar vujudga keltirish (tug'ruqning og'riqsiz o'tishi mumkinligiga ishonitirish, onalik quvonchini aytib berish) kerak. Butun homiladorlik davrida, ayol maslahatxonaga kelganda har gal ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatiladi.

Homiladorlikning 35-36-haftasidan boshlab ayol bilan maxsus mashg'ulotlar o'tkaziladi.

Mashg'ulotlar o'tkazish uchun xotin-qizlar maslahatxonasida kushetkalar va o'quv qo'llanmalari (rasm, plakat, mulyajlar) bilan jihozlangan maxsus xona ajratiladi. Maxsus xona ajratishning iloji bo'lmasa, mashg'ulotlar odatdagi xonada maxsus belgilangan soatlarda o'tkaziladi.

Dastlabki tayyorgarlikka rioya qilinsa (qo'rquv va tashvishlar bartaraf qilinsa, ijobiy emotsiyalar vujudga keltirilsa), maslahatxonaga odatdagicha qatnash vaqtida tug'ruqdan 4-5 hafta ilgari to'rtta mashg'ulot o'tkazish kifoya qiladi.

Birinchi mashg'ulotda ayol jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi homiladorlik munosabati bilan organizmda ro'y beradigan o'zgarishlar haqida qisqacha ma'lumotlar beriladi, bularning hammasi tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi, deb uqtiriladi. Tug'ruq normal fiziologik hodisa deb tushuntiriladi, tug'ruqning uch davri haqida ma'lumot beriladi. Ayollar tug'ruqning birinchi davri hususiyatlari bilan tanishtiriladi, tug'ayotgan ayolning subyektiv sezgilari tushuntiriladi, dard tutishi, uning qancha davom etishi va qancha vaqtda tutib turishi haqida tushuncha beriladi. So'ngra tug'ruqning birinchi davrida ayol jinsiy a'zolarida ro'y beruvchi jarayonlar bayon qilinadi, bachadon bo'ynining ochilishiga aloqador o'zgarishlarning fiziologik xarakteri uqtiriladi, homila pufagi, qog'onoq suvining roli tushuntiriladi. Tug'ruq vaqtida bir

qadar jismoniy kuch-quvvat sarf qilinishiga e'tibor jalb qilinadi. Modomiki shunday ekan, tug'uvchi ayol tug'ruq vaqtida uning hal qiluvchi davri homilaning tug'ilish davriga kuchini saqlab turishi muhim. Buning uchun tug'ruq vaqtida ayol o'zini tinch, og'ir, vazmin tutishi, muntazam ovqatlanishi, meditsina xodimlarining ko'rsatmalariga amal qilishi zarur.

Ikkinchi mashg'ulotda ayol dard tutgan vaqtida va tug'ruqning birinchi davrida o'zini qanday tutishi kerakligi ko'rsatiladi. Tug'ruqning to'g'ri o'tishiga va og'riq sezgilarining kamayishiga yordam beradigan quyidagi maxsus jismoniy amallar homilador ayollarga o'rgatiladi.

1. Tinch yotish.

2. Dard tutgan vaqtda bir tekis chuqur nafas olish.

3. Nafas olgan va nafas chiqargan vaqtda ikkala qo'l barmoqlarining uchlari bilan qorinning pastki yarmini qov ustida qorinning o'rta chizig'idan tashqariga va yuqoriga qarab yengilgina silash.

4. Nafas olish va chiqarish bilan bir vaqtda dumg'aza va bel sohasining terisini silash.

5. Yonbosh suyagining ikkala oldingi yuqori o'sig'i oldida va bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida yonbosh suyak qirrasining ichki yuzasiga terini bosib turish. Oldingi-yuqori o'siqlar oldida terini bosib turganda kaftlar son bo'ylab joylashadi, teri esa barmoqlarning uchlari bilan bosiladi. Bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida terini bosganda ayol ikkala qo'l panjalarni musht qilib qo'yadi.

6. Dard tutishi sanaladi.

7. Dard tutishlar orasidagi pauzada ayol dam oladi va mumkin qadar mudraydi.

Homilador ayol bu amallarni yaxshi bilib olishi va meditsina xodimlari ko'rsatib bergan muayyan tartibda aniq bajo keltirishi kerak.

Tug'ruqda og'riq reaksiyalarini kuchaytiradigan sabablar (qo'rquv, betoqatlanish, qovuqning to'lib ketishi va hokazo) mashg'ulotlar oxirida tushuntiriladi. Ayol o'zini to'g'ri tutganda bu sabablar barham topishi mumkinligi uqtiriladi.

Uchinchi mashg'ulotda homilador ayollar tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrlari qanday o'tishi, bu davrlardagi sezgilar xarakteri bilan tanishtiriladi. Homila tug'iladigan davrning boshida va oxirida qanday vaziyatda yotish ma'qulligi tavsiya etiladi. To'lg'oq tutganda nafasni to'xtatib turish mashqlari o'rgatiladi. To'lg'oq ta'sirini oshirish uchun chuqur nafas olgandan keyin nafasni 10-15 sekund to'xtatib turish kerakligi tushuntiriladi. Nafasni to'xtatib turish har bir dard va to'lg'oq

tutgan vaqtda 2-3 marta takrorlanib, muskullar tarangligining ortishiga yordam beradi. Homila boshi chiqayotgan paytda to'lg'oq kuchini kamaytirish uchun to'g'ri nafas olish va barcha muskullarni bo'shatish o'rgatiladi. Yo'ldosh tushish davrining qanday o'tishi, qancha davom etishi, unda dard tutish xarakteri tushuntiriladi.

To'rtinchi mashg'ulot. Avvalgi mashg'ulotlarda berilgan hamma bilim va mashqlar to'rtinchi mashg'ulotda qisqacha takrorlanadi, yuqorida ko'rsatilgan usullarni ayollar qanchalik o'zlashtirganligi tekshiriladi.

Ayol maslahatxonaga avvallari kelib turganda psixoprofilaktik tayyorgarlik tuzuk o'tkazilmay, 35-36 haftadan boshlab birinchi marta o'tkazilayotgan bo'lsa, 4 mashg'ulot kamlik qiladi. Bu holda 5 yoki 6 mashg'ulot o'tkazish talab qilinadi. Maslahatxonadagi mashg'ulotlar vaqtida vujudga keltirilgan shartli aloqalarni mustahkamlamoq uchun homilador ayolning bilib olgan usullarini uyida takrorlab kelishi tavsiya etiladi.

Homilador ayol tug'ruq kompleksidagi tartib va shart-sharoit bilan tanishtiriladi, tug'ruq vaqtida albatta amalga oshiriladigan va amalga oshirilishi mumkin bo'lgan muolajalar (tashqi tekshirish, qin orqali tekshirish, venaga glyukoza yuborish, kisloroddan nafas oldirish va hokazo) dan xabardor qilinadi. Meditsina xodimlarining hamma ko'rsatmalariga qat'iyon amal qilish, tug'ruq vaqtida muntazam ovqatlanish zarurligi homilador ayollarga tushuntiriladi.

Homilador ayollarga patronaj yo'li bilan xizmat ko'rsatganda akusher tug'ruqning qanday o'tishi va tug'ruq vaqtida o'zini tutish qoidalari to'g'risida olingan tasavvurni yana ayolning esida qoldiradi.

Psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasi tug'ruq kompleksida ishning tashkil etilishiga, meditsina xodimlarining xulq-atvoriga anchagina bog'liq. Tug'ruq kompleksida saranjom-sarishtalik, osoyishta vaziyat hukm surishi, tug'uvchi ayollarga xushmuomalada bo'lish kerak.

Tug'uvchi ayollar huzurida behuda so'zlashmaslik, tug'ruqning og'irlashuvi haqida muhokama yuritmaslik talab qilinadi. Meditsina xodimlarining noto'g'ri xulq-atvori (ehtiyotsizlik bilan so'zlashish tug'uvchi ayolga yetarlicha e'tibor bilan qaramaslik) tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini pasaytiradi.

Akusher tug'uvchi ayolni doimo kuzatib, tetiklantirib turadi. Og'riqsizlantirish usullarini eslatadi, tug'ruqni eson-omon o'tishiga ishon-tiradi. Tug'uvchi ayolni tekshirganda, tug'ruqni boshqarganda, hamma muolajalarni amalga oshirganda hovliqmaslik, osoyishta ish tutish kerak.

Tug'ruq tamom bo'lgach, akusher psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini baholaydi. Ayni vaqtda: a) ayolning tug'ruq vaqtida o'zini

qanday tutganligi, b) tug‘uvchi ayolning kayfiyati va sezgilari haqida aytganlari hisobga olinadi. Yuqorida ko‘rsatilgan ma‘lumotlarga asoslanib, psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasining “to‘la samara”, “qisman samara”, “samarasi yo‘q” degan baholaridan biri qo‘yiladi.

Tug‘uvchi ayol maslahatxonada psixoprofilaktik tayyorgarlikdan o‘tmagan bo‘lsa, unga tug‘ruq kompleksida hamma usullar o‘rgatiladi. Ayni vaqtda ayolning qo‘rquv va tashvishlari aniqlanib, bartaraf qilinadi, uni tug‘ruqning eson-omon o‘tishiga yanada ko‘proq ishontriladi. Uzoq psixoprofilaktik tayyorgarlikka nisbatan bu suhbat samarasi kamroq bo‘ladi.

Ko‘pchilik maslahatxonalarda psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlar uchun gigiyenik gimnastika kompleksi bilan birga qo‘shib olib boriladi (tug‘ruqqa fizioprofilaktik tayyorgarlik ko‘rish). Ular shu tariqa birga qo‘shib olib boriladigan bo‘lsa tug‘ruqning eson-omon o‘tishiga yaxshi yordam beradi.

Tug‘ruqqa psixoprofilaktik yo‘l bilan tayyorlashning bir turi sifatida o‘z-o‘zini va boshqa meditsina xodimlari tomonidan chiniqtirish uchun yaxshi samara beradi. Bu usul tug‘ruq paytida ruhiy-hissiy diqqat e‘tiborini kamayishiga, bir qancha somatik funksiyalarni maksimal darajada samarali bajarilishiga ta’sir etuvchi nerv energiyalarini faollashtiradi. Bu usul 9-10 ta mashg‘ulotdan iborat autotrening shaklida o‘tkaziladi.

Yaxshi og‘riq qoldiruvchi samara beradigan usul – gipnoterapiya hisoblanadi. Gipnoz paytida asta-sekin muskul relaksatsiyasi va ruhiy tinglanishga erishiladi, bu esa og‘riqni qoldirish uchun eng asosiy omil hisoblanadi.

Xuddi shuningdek tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun igna refleksi terapiyadan ham foydalaniladi. Bu kamroq (2-3 marta) uzoq vaqtga (30 daqiqadan to 12-18 soatgacha) ignani qadash ko‘zda tutiladi.

TUG‘RUQNI DORILAR BILAN OG‘RIQSIZLANTIRISH USULLARI

Tug‘ruqni dorilar bilan og‘riqsizlantirish usullari: a) psixoprofilaktik tayyorgarlik yetarli samara bermaganda, b) tug‘uvchi ayol maslahatxonada biron sabab bilan psixoprofilaktik tayyorgarlikdan o‘tmaganda buyuriladi.

Tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun ishlatiladigan dorilar og‘riq qoldirish jihatidan samarali, onaga va homilaga bezarar bo‘lishi, og‘riq qoldiruvchi dorilar dard va to‘lg‘oq tutishini susaytirmasligi lozim.

Tugʻruqni dorilar bilan ogʻriqsizlantirish tugʻruqning birinchi davrida, muntazam kuchli dard tutib, bachadon boʻynining teshigi 4-6 sm ochilgan vaqtda boshlanadi. Sogʻlom ayollar tugʻrugʻi toʻgʻri oʻtayotganda dorilar bilan ogʻriqsizlantiriladi. Tugʻruqni dorilar bilan ogʻriqsizlantirish usullarini tatbiq etishdan ilgari ayolning sogʻligʻini sinchiklab tekshirish, homilasining yurak urishi, dard va toʻlgʻoq tutishi xarakterini sinchiklab kuzatish zarur.

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish boʻyicha qilingan ishlar ayolni ruhan tayyorlash bilan dori moddalarni qoʻllashni birga olib borishning maqsadga muvofiq kelishini koʻrsatdi, bular ogʻriqsizlantiruvchi va sedativ effekt beradi, shuningdek, tugʻruqning borishiga ijobiy taʼsir etadi.

Tajribali akusher shifokorlar ogʻriqsizlantiruvchi vositalarni tugʻuvchi bemorlar kasalining xarakterini hisobga olib turib ham qoʻllaydilar, ammo bunda ular preparatlarni toʻgʻri tanlay bilish sharti bilan va ona hamda homila ahvolini ziyraklik bilan kuzatib borib ish qiladilar. Bordi-yu, ona, homila ahvolidagi yoki tugʻruqning borishida biror-bir oʻzgarish yuz bersa, ogʻriqsizlantiruvchi vositalarni kiritish toʻxtatiladi.

Hozirgi paytda tugʻruqni ogʻriqsizlantirishning koʻp vosita va usullari maʼlum. Koʻpgina usullar oʻzining amaliy ahamiyatini yoʻqotgan (yetarli samarasi boʻlmagan, tugʻruqning kechishiga va homilaga nojoʻya taʼsir etadigan va boshqalar) va faqat tarixiy qiziqish uygʻotishi mumkin. Masalan, avvallari qoʻllanib kelingan xloroform, skopolamin, xloralgidrat, paraldegid va boshqa vositalardan voz kechishgan.

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirishni shifokor olib boradi, akusher esa shifokor tayin qilgan, oʻrta meditsina xodimalari saviyasidagi koʻrsatmalarni bajaradi.

Bachadon boʻyni ochilish bosqichida tarkibi quyidagicha boʻlgan shamchalarni qoʻllash mumkin: Extr. Belladonnae - 0,015, Pantaponi 0,02, Antipyrini 0,5, But. Cacao 1,5.

Antipirinni xuddi shu dozada asetilsalisilat kislota, amidopirin bilan almashtirish mumkin.

Shamchani barmoq bilan qoʻlqop kiyib olib, toʻgʻri ichakka, sfinkter orqasiga kiritiladi. Zarurat tugʻilganda shu shamchani birinchi shamchadan kamida 2 soatdan keyin qayta kiritish mumkin (koʻpi bilan ikki marta!).

Dard tutish paytida quyidagi tarkibda dorilar beriladi (bir marta ichish uchun): Papaverini hydrochloridi 0,02, Extr. Belladonnae 0,02, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus Simplici 20,0.

Tarkibi boshqacha: Antipyrini 0,5, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus simplici 15,0 bo'lgan dori ham berish mumkin.

Dard tutayotganda mentolli qalamchadan foydalanish mumkin: mentol 20%, parafin 80%.

Qalamchani 3 daqiqa mobaynida qorinning pastki nozik qismiga va dumg'aza-bel sohasiga (bel-dumg'aza rombasiga to'g'rilab) surtiladi.

Shifokor kecha-kunduz navbatchilik qiladigan muassasalarda tug'ruqni og'riqsizlantirishning vosita va usullarini tanlashda ancha keng imkoniyat mavjud. Shamcha va dorilardan tashqari teri ostiga, muskul orasiga, ingalyatsiya yo'li bilan og'riqsizlantiruvchi moddalar qo'llaniladi.

Tikodin (Thecodinum) 1% li eritma shaklida 1,5 ml dan teri ostiga yuboriladi. Og'riqsizlantirish samarasi 2-3 soat davom etadi. Tikodin (hatto yarim dozasi ham) oldindan 1,5-2 g dozada oq streptosid berilgan bo'lganda yaxshi og'riqsizlantiruvchi effekt beradi (A.P. Nikolayev).

Promedol (Promedolum) og'riqsizlantiruvchi va spazmolitik ta'sir ko'rsatadi (bachadon bo'yni ochilishining tezlashishiga imkon beradi). Promedol 1% li eritma ko'rinishida teri ostiga 1—2 ml yuboriladi. Promedolning ta'siri yuborilgandan keyin oradan 10-20 daqiqa o'tgach boshlanadi va 2-4 soat davom etadi. Promedolni tekodin bilan birga kombinatsiya qilib qo'llash mumkin (1% li 2 ml promedol eritmasini 1% li 0,5 ml tekodin eritmasiga qo'shib teri ostiga yuboriladi).

Aprofen og'riqsizlantiruvchi va kuchli spazmolitik ta'sirga ega teri ostiga yoki muskul orasiga 1% li 1 ml dozada yuboriladi. Aprofenni shuningdek, izopromedolga qo'shib birga ishlatiladi (og'riqsizlantirish effekti kuchayadi va bachadon bo'yni ochilishi tezlashadi).

Tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida neyrostioanalgetiklar va narkotik moddalar, azot (I)-oksid, efir, trilen va boshqa moddalar qo'llaniladi. Bachadon bo'yni 3-4 sm ochilganda tug'ruq kuchlari muntazam davom etib turganda kuchli og'riq sezilsa, muskul orasiga 2 mml droperidol va 2 ml fentanil qo'shib yuborilsa kuchli og'riq qoldiruvchi samara beradi.

Bundan tashqari diazepam, seduksinni promedolga qo'shib yuborish ham mumkin.

Oksibutrat natriy va vladril ishlatish ham kutilgan natijani beradi.

Azot (I)-oksid ingalyatsion narkoz ko'rinishida kislorodga aralash-tirib (80% azot (I)-oksid, 20% kislorod) tug'ruqning birinchi va ikkinchi davrlarida qo'llaniladi. Azot (I) - oksidni niqob yordamida maxsus apparat orqali beriladi. Tug'uvchi ayolni azot (I) - oksiddan foydalanish

texnikasi bilan tanishtirib qo'yiladi, keyinchalik uning o'zi dard tutayotgan paytda niqobni burniga qo'yib, kislorod bilan birga azot (I)-oksiddan nafas olaveradi.

Dard tutishlar oralig'idagi tanaffusda niqobni olib qo'yadi. Azot (I)-oksidni nafas olganda og'riq tez qoladi, azot (I)-oksidning ta'siri esa, nafas olmaganda to'xtaydi.

Azot (I)-oksidining kislorod bilan aralashmasi na onaga va na bolaga salbiy ta'sir qilmaydigan samarali vositalar qatoriga kiradi.

Trilen kislorod bilan aralashma holda xuddi azot (I)-oksidga o'xshatib qo'llaniladi (dard tutish paytida nafasga olinadi). Og'riqsizlantiruvchi ta'siri yaxshi.

Efir tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida anchadan beri qo'llanib kelinadi. Ilgari efirni tomchi usulida (niqob orqali) ko'proq dard tutish paytida qo'llashgan. Efirni dard tutish paytida ingalyatsiya qildirilgan, oralig'idagi tanaffusda esa to'xtatilgan. Keyingi yillarda efirni kislorodga aralashtirib, apparatlar yordamida gaz narkoz uchun qo'llashayapti. Efirning unga xos birinchi narkotik ta'sir etish davri (anal'geziya, es-hushning kirarli-chiqarli bo'lib turishi) ta'siri bilan cheklanishayapti.

Analgeziya holatini efirni kislorod bilan aralashtirib dam-badam (uzib-uzib) nafas oldirish yo'li bilan quvvatlab turish mumkin.

To'lg'oq tutishining dastlabki paytida o'tkazuvchi anesteziyani qo'llash mumkin (anesteziya n. pudendi). Bu usulning mohiyati uyatlik nervining hamma shoxlarini novokain eritmasi bilan blokada qilib qo'yishdan iborat.

Tug'ruqni og'riqsizlantirishning yangi usullarini o'rganish davom etmoqda: elektroanalgeziya, og'riqsizlantiruvchi vositalarni spazmolitik preparatlar bilan, sedativ vositalarni (seduksen va boshqalarni) analgetiklar (promedol va boshqalar) bilan birga qo'shib ishlatish. Ayrim muassasalarda (anesteziologlar bo'lgan muassasalarda), ko'proq asoratlar bilan o'tayotgan tug'ruqlarda maxsus ko'rsatmalar bo'lganda, viadril, buskopan, neyroplegik va boshqa preparatlar qo'llaniladi.

Zamonaviy akusherlikda imkon qadar tug'ruqni og'riqsizlantirish dori-darmonlarsiz olib borilishini (demedikalizatsiya) maqsadga muvofiq hisoblashadi. Shu nuqtai nazardan homiladorlikning dastlabki oylaridanoq xotin-qizlar maslahatxonalari tomonidan patronaj va sanitariya-maorif ishlarini kuchaytirish, ularni psixoprofilaktik usul bilan tug'ruqqa tayyorlash ishlarini jonlantirish zarur.

Tugʻruqlarni olib borishning zamonaviy tamoyillari

Onalar va perinatal davri kasalliklari va oʻlimini kamaytirish maqsadida 1987 yilda JSST, YuNISEF, YuNFPA va Jahon Banki Bexatar Onalik tashabbusi bilan chiqdilar.

Bexatar onalik faqat onalar kasalliklari va oʻlimini oldini olishdan iborat boʻlib qolmasdan, balki ona va bola toʻgʻrisida gʻamxoʻrlik qilishni ham koʻzda tutadi. Bu tushungacha tugʻruqqacha, tugʻish vaqtida va tuqqandan keyingi davrda ayolning jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonligi kiradi hamda bular esa sogʻlom bola tugʻilishi va sogʻlom bolalikni taʼminlashi lozim.

Statsionarga kelib tushganda ayol va uni kuzatib kelgan yaqinlari ushbu muassasaning tutgan siyosati, oʻtkaziladigan barcha chora-tadbirlar va mavjud qoidalar bilan tanishtirilishi lozim. Shuningdek, ayol va uning yaqinlariga kelib tushgan vaqtdagi umumiy holati toʻgʻrisida toʻliq axborot taqdim qilinishi kerak.

Tugʻruq vaqtida hamkorning ishtiroki tugʻayotgan ayolning yaqinlaridan birontasini boʻlishi ham muhim ahamiyat kasb qiladi. Kim ishtirok etishini, odatda, boʻlgʻusi onaning oʻzi hal qiladi. Tibbiyot xodimi hamkorni tugʻayotgan ayolni kuzatib turish va unga yordam koʻrsatish koʻnikmalariga oʻrgatishi lozim. Tugʻish vaqtida tugʻayotgan ayolni hech qachon yolgʻiz qoldirish kerak emas.

Tugʻruqlarni olib borishning asosiy tamoyillari:

- Meʼyorda kechayotgan homiladorlikda dori-darmonsiz akusherlik yordami koʻrsatish;
- tugʻruq vaqtida jismoniy va psixoemotsional qoʻllab-quvvatlashni taʼminlash;
- tugʻruq jarayonida tik turishni afzalliklarini tushuntirgan holda ayolni erkin turushini taʼminlash;
- tugʻruq rejasiga ayolni faol jalb qilish;
- ayol va uning hamkoriga istagan axborotni taqdim qilish;
- sir saqlanishi maqsadida ayolni boshqalardan ajratib qoʻyish imkoniyatini taʼminlash;
- partogrammadan foydalanish;
- tugʻruq vaqtida toza muhitni taʼminlash;
- ayollar va yangi tugʻilgan chaqaloqlar tomonidan oʻzlarining kiyimlaridan foydalanish.

Tugʻruqning birinchi davrini olib borish tamoyillari. Tugʻruqning birinchi davrini olib borishning asosiy prinsiplari tugʻruq jarayonini

kuzatib borish va kechish me'yorlaridan cheklanishlarni o'z vaqtida aniqlashdir. Ayolga erkin harakat qilish huquqi, o'ziga qulay vaziyat egallash (tik turgan, o'tirgan, yurgan, cho'k tushgan va boshqa holatlar) imkoniyati berilishi lozim. Tug'ruqlar vaqtida tana holatini erkin tanlashi onaga og'riqni yengishni yengillashtirishga yordam beradi. Agar birinchi davrda ayol orqasi bilan yotishni ma'qul ko'rsa, pastki kavak vena sindromidan saqlanish uchun unga chap biqinga burilib yotishni tavsiya qilishni unutmang.

Tug'ruqlarni og'riqsizlantirish. Tug'ruqlar vaqtida ayol sezayotgan og'riq darajasi, ko'pincha uning emotsional holati va xabardorligiga bog'liq bo'ladi. Agar ayol tinch holatda bo'lsa qo'rquv his qilmasa va nafaqat o'zining hamkori, balki tug'ruq qabul qilayotgan tibbiyot xodimi tomonidan ham doimiy g'amxo'rona qo'llab-quvvatlash bo'lib tursa, u og'riqni kam sezadi.

Og'riqni yo'qotishni alternativ ayniqsa, dori-darmonsiz usullari eng ma'qul usullardir. Birinchi navbatda, ayolga o'zi istagan tana vaziyatini egallash imkoniyatini berish lozim. Bu degani ayniqsa, tug'ruqlarning birinchi davri davomida uning harakatlari chegaralanib qolmasligi lozim, demakdir. Ayrim ayollar iliq dush yoki vanna qabul qilgach, uqalash yoki yelkasini silagandan keyin yengillik topadilar.

Nafas olish mashqlari va ayol diqqatini chalg'itadigan relaksatsiya (og'riqni bir joydan ikkinchi joyga ko'chishi) ham xuddi shunday samara beradi. Bunday amallar zararsizdir va keng tavsiya etilishi mumkin.

Tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa xodimi ayol kechirayotgan og'riq sezgisini iloji boricha kamaytirishga harakat qilishi zarur. Buning uchun tug'adigan ayolni avaylab, o'ziga xos yondashuv, hurmat bilan va ogohlantirib, tekshirib ko'rish lozim. Ijobiy kayfiyat baxsh etish, ayolni tinchlantirish unda endogen endorfinlar ishlab chiqarishga sharoit yaratadi va bu esa og'riqsizlantiruvchi samara beradi.

Tug'ruqning ikkinchi davrini olib borish. Tug'ruq faoliyatining rivojlanishini baholash. Ona va bolaning umumiy holati doimiy ravishda kuzatilib turilganda ma'lum vaqt oralig'ida hayotiy muhim alomatlarni qayd qilib borish lozim. Shuningdek, bir xil vaqt oralig'ida muntazam ravishda tug'ruq to'lg'oqlarining kuchi va sonini ham yozib qo'yish kerak. Tug'ruq jarayonining grafik yozuvi misoli bo'lib tug'ruqni kechishi va rivojlanishining barcha xususiyatlari ko'rgazmali, grafik shaklda ifodalangan partogramma hisoblanadi. Partogramma yuzaga keladigan muammoni mumkin qadar oldindan bilish va aniqlab

olishga imkon beradigan tarzda tuziladi. Shu sababli tibbiyot xodimi uchun partogramma qimmatli qurol hisoblanadi. Ilmiy ma'lumotlar, partogrammadan to'g'ri foydalanilganda patologik tug'ruqlar sonini keskin kamayishini ko'rsatadi. ***Partogramma keyin emas, balki faqat tug'ruq jarayonida to'lg'aziladi.***

Tug'ruqlar birinchi davrining rivojlanishi bachadon og'zining ochilish dinamikasiga qarab belgilanadi (oxirgi ma'lumotlar bo'yicha soati 0.5 sm). Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi deganda (umumiy andozalar bo'yicha), uni 10 sm. ga ochilishi tushuniladi. Bachadon bo'ynini ochilishini baholash uchun u qin orqali tekshirib ko'riladi. Esda tuting, infeksiya kirishi oldini olish uchun ehtiyotlik choralari saqlanishi zarur. Tekshirishdan oldin antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilingan holda qo'llarni yaxshilab yuvish, tekshirishda esa steril rezina qo'lqoplardan foydalanish lozim. Qoida bo'yicha qin orqali tekshirishni to'lg'oq vaqtida o'tkazish yaramaydi. Qin orqali tekshirish faqat tegishli tibbiy ko'rsatmalar asosida bajarilishi kerak.

Partogramma

Partogramma - hozirgi kunda tug'ruqlarni olib borishda eng oddiy va samarali vosita bo'lib hisoblanadi.

Partogrammaning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

Bu – bachadon bo'yni ochilishini uzluksiz grafik holda aks ettirish usulidir, shu bilan bir vaqtning o'zida;

bu - ona, bola ahvolining, tug'ruq kechishining boshqa ko'p xususiyatlarini - grafik holda aks ettirish usulidir.

Xususiyatlarni bunday birgalikda namoyon bo'lishi partogrammani yanada ahamiyatli qiladi. Partogramma - tibbiy yordam ko'rsatishning barcha sharoitlarida samarali: oddiy va eng murakkab jihozlarga ega bo'lganda ham, tibbiy muassasalarning hamma darajalarida, barcha tug'ruqlarda qo'llanilishi lozim.

Partogrammadagi yozuvlarning - yuqori qismida quyidagi ma'lumotlar yoziladi:

Ayol:

- ismi;

- akusherlik ma'lumotlar (anamnezidagi tug'ruqlar, homiladorliklar soni);

- ro'yxat raqami;

- qabul qilingan sana;

- qabul qilingan vaqt nolga hisoblanadi. Kunning haqiqiy vaqti vaqt chizig'i ostida ko'rsatiladi.

- qog'onoq pardasining yirtilish vaqti homila:
- yurak qisqarishi tezligi;
- homila suvi: tiniq(S), qon bilan bo'yalgan (V) yoki mekoniy bilan bo'yalgan (M) yoki qog'onoq pardasi butun (I);
- bachadon bo'yni: ochilishi sm. larda, diagrammada "X" belgisi bilan belgilanadi.

Homila boshi harakati: (homila boshining keluvchi sathi), besh barmoq bilan qorin qismida paypaslash bilan aniqlanadi, diagrammada 0 belgisi bilan belgilanadi, qorinni paypaslash har bir qin ko'ruvidan oldin bajariladi.

Homila boshining shakllanishi: bu jarayon quyidagicha yoziladi: bosh suyaklar biriktiruvchi to'qimalar bilan ajralib turibdi, buni yengil paypaslash mumkin (0), suyaklar bir-biriga biroz tegib turibdi (+); suyaklar bir-birining ustida joylashgan (++); suyaklar bir-birining ustida anchagina joylashgan (+ + +);

Bachadon bo'yni ochilishi:

- bu tug'ruq kechishining eng muhim ko'rsatkichi. Bachadon bo'ynini ochilishi jadvalda "X" belgisi bilan belgilanadi.

- Qisqarishlar (to'lg'oqlar): tezligi (10 daqiqa davomida qisqarishlar soni). Davomiyligi soniyalarda.

- Oksitosin:

- Dozasi tug'ruqning har davriga 1 soatga mo'ljallanib yoziladi.

- Dori-darmonlar va vena tomiri ichiga yuboriladigan suyuqliklar ma'lumotlar uchun joy;

- Qon bosimi, harorat va puls: qon bosimi va puls har soatda yoki tezroq yozib borish tavsiya etiladi.

- Tana harorati har 3-4 soatda yozib borishi tavsiya etiladi;

Siydik:

- Miqdori

- Tahlili (qon,oqsil va aseton). Har bir peshobdan so'ng yozib boriladi.

Bachadon bo'yni ochilishi to'g'risidagi birinchi belgilar tug'ruqning faol davrida ogohlik chizig'ining tegishli nuqtalarida qo'yiladi. Namunaviy holatlarda tug'ruq ogohlik chizig'i bo'ylab kechadi. Agar tug'ruq sust kechsa, ochilish vaqtiga qarab, chizig'imiz harakat chizig'i tomonga ko'chadi.

Harakat chizig'i partogrammada ogohlik chizig'idan o'ngga 4 soatga surilgan bo'ladi. Agar belgilanayotgan chiziq, harakat chizig'ini kesib o'tsa, tegishli aralashuvlar to'g'risida o'ylash lozim.

Tekshirish soniga nisbatan tekshirish usullari ko'proq ahamiyatga egadir. Homila yurak qisqarishlari tezligini haqqoniy ko'rsatish uchun homila yuragini auskultatsiya qilish vaqti juda ahamiyatli ekanligi partogrammada yaqqol ko'rinadi. Bu holat, yurak qisqarishlari variantlari misolida tasvirlanadi (uda qisqa), vaqti-vaqti bilan auskultatsiya qilish ma'qulroq va afzalroq.

Partogrammadan maqsad ona va bola holatini umumlashtirilgan holatda aks ettirishdir va shuning uchun, har tomonlama nazorat zarur. Partogrammaning yana bir ahamiyatli qismi bachadon bo'ynini vaqt davomida ochilishini hamda homilaning oldinda joylashgan qismining (odatda boshi) siljishini kuzatishdir. Ta'kidlab o'tish zarurki, tug'ruq vaqtidagi qin orqali tekshiruvlar homila joylashgan qismining holatini kuzatish bilan barobar olib borilishi kerak, yana shuni aytib o'tish kerakki, tug'ruq olib borishdagi ko'pgina xatoliklar aynan shunday kuzatuv bo'lmagani uchun ro'y beradi. Harakat chiziqlari va ogohlik chizig'ini ahamiyati va xususiyati, tik chizig'i shunday chiziqki, undan tashqarida bachadon bo'yni ochilishi tezligi "istalgan" tezlikdan 1 soatda 1 sm. dan kam bo'ladi. Kuzatuv olib boriladi, lekin harakat talab etilmaydi. Bunga qarama-qarshi, harakat chizig'i - bu shunday chiziqki, shu chiziqdan tashqarida bachadon bo'yni ochilishi tezligini istalgan darajagacha tiklash uchun talab qilinadigan harakatlar to'g'risida o'ylashni taqozo etadi.

Bu chiziqlar ahamiyati shundaki, ular shifokorlarga, tug'ruq kechishidagi o'zgarishlarni so'z bilan tasvirlashdan (jadvalga nisbatan) ko'ra, erta aniqlashga yordam beradi. Undan tashqari, ular ham bir tug'ruqqa yordam berish muassasasi bo'limlar, ham turli darajadagi akusherlik xizmatlari orasida harakat birligini ta'minlashga yordam beradi.

Agar ayolni qin orqali ko'ruv, ogohlik chizig'ida bajarilgan bo'lsa, keyingi tekshiruv 4 soat o'tgandan so'ng (agar erta ko'ruv uchun klinik ko'rsatmalar bo'lmasa) bajarilishi kerak. Agar ko'ruvgacha tug'ruqning sust kechishi, kuzatilgan bo'lsa va jadvaldagi nuqtamiz ogohlik va harakat chiziqlari orasida joylashsa, unda aniqki, keyingi tekshiruvni ertaroq bajarish lozim.

Partogrammani o'z vaqtida to'ldirish, tug'ruq kechishining me'yordan tashqariga o'zgarishlarni o'z vaqtida aniqlash va asossiz aralashuvlardan qochish imkonini beradi.

Tug'ruq vaqtida ayolni ovqatlanshish. Tug'ruqlar quvvat sarflashni talab qiladi. Tug'ruq qancha vaqt davom etishini oldindan aytish mumkin bo'lmaganligi tufayli kuch-quvvat manbai doimo

to'ldirilib turilishi zarur. Ovqatlanishni keskin chegaralanishi tug'ruq vaqtida suvsizlanish va asidozga olib keladi, ularni tug'ruq davrida suyuqliklar ichish va yengil ovqat qabul qilish yo'li bilan oldini olish mumkin. Zamonaviy yondashuvlar fiziologik tug'ruqlar vaqtida ovqat va ichimlik qabul qilish to'g'risidagi masalani ayolning o'zi hal qilishiga qo'yib beradi.

Hamkorlik tug'ruqlari. Hamkorlik tug'ruqlari o'tkazilganda doya hamshiraning vazifasi nafaqat barcha muhim klinik belgilarni qayd qilish, balki butun tug'ruq davomida ayolni jismonan va emotsional qo'llab-quvvatlab turishdan ham iborat bo'ladi. Tug'ruqlarda ishtirok etayotgan doya o'tkazilayotgan barcha muolajalar va tibbiy tekshiruv natijalarini ayolga tushuntirishi kerak. Tug'ruq faoliyatining kechishi va bolaning kutilayotgan tug'ilish vaqti to'g'risida ayolni xabardor qilishi lozim.

Tug'ruq zalida ayolning yaqin odamlaridan biron-tasini bo'lishi (doya bilan birlikda) tug'ruqlarni rivojlanishi va natijasi onaning tug'ruqdan keyingi adaptatsiyasi, ona va bolaning o'zaro munosabati, ko'krak suti bilan boqish va oilaviy er-xotinlik munosabatlariga sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda tug'ruqlar davomlilikigi va kesar kesishlarning soni sezilarli qisqaradi, og'riqsizlantirish vositalarini qo'llanilishi kamayadi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarga zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishga ham ehtiyoj kam bo'ladi. Shuningdek, ko'krak suti bilan boqish va yangi tug'ilgan chaqaloqni yaxshi holatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Tug'ruqning uchinchi davrini olib borish. Tug'ruqning uchinchi davri (yo'ldosh davri) bola tug'ilgandan to' yo'ldoshni bachadondan ajralishi va uni chiqishigacha bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi va odatda 15-20 daqiqani egallaydi.

Bola tug'ilgandan so'ng bachadon qisqaradi va yo'ldoshning ajralishi yuz beradi. Bu - qon ajralmalarini boshlanishidan hamda kindikning tashqi qismini uzayishidan bilinadi.

Tug'ruq fiziologik olib borilganda yo'ldosh faqat onaning kuchi yordamida ajralib chiqariladi. Yo'ldosh va homila pardalarini ularning butunligini sinchiklab tekshirish lozim. Agar yo'ldosh ajralgandan keyin bachadon gipotoniyasi tufayli qon oqishi davom etsa, aylanma harakatlar bilan bachadonning yuqori qismini uqalashni boshlash lozim (lekin uning tubini siqish kerak emas), bunda bachadondagi qon quyqalari chiqib ketadi. Yengil uqalashdan keyin bachadon qisqarishi va

qattiq bo‘lib qolishi kerak. Bachadonni qisqartirish uchun muzdan foydalanish tavsiya qilinmaydi.

Yo‘ldosh ajralgandan keyin faqat bachadon butunligini tekshirish va qon oqishiga gumon qilingandagina jarroxlik gemostazini ta‘minlash uchun yumshoq, tug‘ruq yo‘llari ko‘zdan kechiriladi. Tug‘ruqdan keyin vaqti-vaqti bilan puls va arterial qon bosimini nazorat qilish, yaxshi qisqargailigiga ishonch xosil qilish va kamida 24 soat davomida qindan qon oqmayotganligiga guvoh bo‘lish uchun bachadon holatini tekshirib turish zarur (JSST tasnifiga binoan tug‘ruqdan keyingi qon ketish birlamchi va ikkilamchi deb ta‘riflanadi: birlamchi - tug‘ruqdan keyingi 24 soat davomida, ikkilamchi - tug‘ruqdan 24 soat keyingi vaqt ichida).

Nazorat uchun savollar

1. Ayollarni tug‘ruqqa fiziopsixoprafilaktik tayyorlash usuli.
2. Demedikolizatsiya (normal tug‘ruqni dori-darmonsiz olib borish).
3. Tug‘ruqni zamonaviy og‘riqsizlantirish usullari

Tayanch so‘z va iboralar.

Fiziopsixoproflaktika	Yosh onlar maktabi
Peridural anesteziya	Demedikolizatsiya
Autoanalgiya	Parasakral anesteziya
Trankvilizatorlar	Kuldiruvchi gaz

TESTLAR

1. Tug‘ruqqa fiziopsixoprafilaktik tayyorlashning 3-mashg‘ulotida quyidagi ma‘lumotlar beriladi.

- a) jinsiy a‘zolarning anatomiyasi va fizologiyasi
- b) dard va to‘lg‘oq haqida tushuncha
- c) tug‘ruq davrlarida ayol qanday o‘zini tutishi va qaysi autoanalgeziya usulidan foydalanishi haqida ma‘lumot beriladi
- d) tuqqan ayollarni parvarishlash haqida
- e) tug‘ruqni dorilar bilan og‘riqsizlantirish haqida ma‘lumot beradi

XI BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI. TUQQAN AYOLNI PARVARISH QILISHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

Chilla davri (tugʻruqdan keyingi davr-puerperium) homilaning tugʻilgan paytidan boshlanib, 6-8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tugʻruq munosabati bilan roʻy bergan oʻzgarishlarning deyarli hammasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoriga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan baʼzi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz koʻra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (koʻpincha emizish davri tugagandan keyin) hayz koʻradi. Emizikli ayollardan faqat baʼzilari tugʻruqdan 6-8 hafta keyin hayz koʻra boshlaydi.

TUQQAN AYOL ORGANIZMIDAGI OʻZGARISHLAR

Jinsiy aʼzolarining oʻz asliga qaytish jarayoni – jinsiy involyutsiyasi. Yoʻldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati choʻzilgani uchun bachadon ancha harakatchan boʻlib qoladi. Bachadon tubi tugʻruqdan bevosita keyin kindikdan 1-2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bogʻliq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bemalol siljiydi. Qovuq toʻlib ketganda bachadon tubi qovurgʻalar ravogʻi ostigacha yetishi mumkin. Bachadon boʻyni tugʻruqdan keyin yopqqa devorli xalta shakliga kiradi, boʻyin kanali qoʻl panjasini bemalol oʻtkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma boʻlib osilib tushadi. Bachadonning ichki yuzasi platsenta va pardalar koʻchgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tugʻruqdan keyinroq bachadonning boʻyi oʻrta hisob bilan 15 sm (13-16 sm), bachadon naylari boshlangan joy roʻparasidagi eni 12-13 sm, vazni 1000 g keladi.

Tugʻruqdan keyin qin ilvillagan, keng, tashqi jinsiy aʼzolar shishgan, boʻrtgan, jinsiy yoriq ochiq boʻladi. Tashqi jinsiy aʼzolar va qin devorlari koʻpincha yoriladi va chaqalanadi.

Chilla davrida bachadon kichrayadi, boʻyni avvalgi shakliga keladi, bachadonning sidirgʻa jarohat boʻlgan ichki yuzasi bitadi.

Chilla davrida bachadon muskullarining qisqarishi (chilladagi dard tutishi) sababli hajmi kichrayadi. Bachadon muskullarining qisqarishi natijasida muskul tolalaridan bir qismi qonsirab (anemizatsiya), yog‘ distrofiyasiga uchraydi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa bo‘ladi. Tug‘ruqdan keyingi dastlabki 10-12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tug‘ruqdan keyin bachadon tubi 1-2-kuni kindik ro‘parasida (qovuq to‘lmagan bo‘lsa), 3-kuni kindikdan 1-2 barmoq enicha pastroqda, 4-kuni kindikdan 2-3 barmoq enicha pastroqda, 5-kuni qovning yuqori chekkasi bilan kindik orasidagi masofaning o‘rtasida bo‘ladi, 6-kuni bachadon tubi hozirgina ko‘rsatilgan sathdan taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi, 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10-12-kuni bachadon tubi odatda qov orqasiga o‘tib, qo‘lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o‘lchab olinadigan ma’lumotlarga asoslanib, bachadon involyutsiyasi haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo‘shatilgach santimetrli lentada o‘lchanadi. Bachadonning bo‘yi kichrayish bilan bir vaqtda eni va vazni ham kamayadi.

Bachadon bo‘yni ichkaridan tashqariga qarab shakllanadi, ichki teshigi ertaroq, tashqi teshigi kechroq yopiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig‘arli ochiq turadi, 7-10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug‘ruqdan keyin 3-haftada yumiladi.

Bachadon qisqarishi bilan bir vaqtda bezlarining tub bo‘limlaridagi epiteliy va endometriy bazal qavatining stromasi o‘sishi hisobiga bachadon shilliq pardasi tiklanadi (regeneratsiya). Shilliq parda regeneratsiyasi ayolda bachadon jarohatining bitish jarayonidan iborat. Bachadon jarohati bitgan vaqtda leykositlar devori (grapulyatsion val) hosil bo‘ladi. Bu val bachadon devoriga va jinsiy yo‘llarning boshqa bo‘limlariga mikroblar kirishiga to‘sqinlik qiladi.

Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug‘ruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo‘ladi, 20-kunga borib endometriy to‘la tiklanadi.

Bachadon involyutsiyasining tezligi ayolining umumiy ahvoriga, yoshiga, tug‘ruqning qanday o‘tganiga, bola emizishiga va shu kabi sabablarga bog‘liq, quvvatsizlanib qolgan va ko‘p tuqqan ayollarda, keksayib birinchi marta tuqqan ayollarda, patologik tug‘ruqdan keyin

bachadon involyutsiyasi sekinroq boradi; emizikli ayollar bachadoni bola emizmaydigan ayollarnikiga nisbatan tezroq qisqaradi.

Chilla davrida qin tonusi avvalgi asliga keladi, qin hajmi kichrayadi, shish va giperemiya qaytadi, tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'ynining chaqalangan, yorilgan (va yirtilgan) joylari bitadi.

Bachadon boylamlari sekin-asta kaltalanadi, bachadon naylari va tuxumdonlar odatdagi o'rniga qaytadi va homiladorlikdan oldingi holiga keladi. Qorin devori sekin-asta qisqaradi va chanoq tubining muskullar tonusi tiklanadi. Ba'zi ayollar tuqqandan keyin qorin devori avvalgiday elastik bo'lmaydi. Homiladorlik chandiqlari oq tusga kiradi, qorin oq chizig'ining pigmentatsiyasi (dog'i) yo'qoladi yoki juda ham kamayadi.

Loxiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar — loxiyalar (lochia) keladi. Loxiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, ya'ni jarohat sekretidir. Loxiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi desidual parda qoldiqlaridan, leykositlardan iborat; dastlabki kunlarda loxiyalarga anchagina qon aralashgan bo'ladi,

Dastlabki 3-4 kunda loxiyalar qonday qizil bo'ladi (lochia rubra). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, picha qon aralash seroz suyuqlikka o'xshaydi (lochia serosa), 10-kunga borib tiniq, qonsiz bo'lib keladi (lochia alba). Loxiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab loxiyalar kam kelib, shilimshiq bo'lib qoladi, 5-6-haftaga borib chiqmay qo'yadi.

Bachadon involyutsiyasi sekin davom etganda loxiyalar chiqishi cho'zilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa loxiyalar bachadon bo'shlig'iga to'planishi mumkin, loxiometra (lochiometra) deb shuni aytishadi.

Sut bezlarining funksiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari o'zgarib, kelajakdagi funksiyasini o'tashga, sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq emchak uchidan og'iz suti – sekret tomchisini siqib chiqarish mumkin. Og'iz suti ishqoriy reaksiyali suyuqlik bo'lib, unda oqsil, yog' tomchilari, bez pufakchalari va sut yo'llarining epiteliy hujayralari va og'iz suti tanachalari (yog' tomchilari bilan to'lgan leykositlar) bor (83-rasm, a).

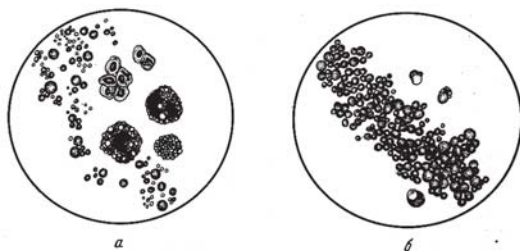
Tug'ruqdan keyin 2-3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda shu paytda sut bezlari to'lishadi va sezuvchan bo'lib qoladi, ular to'lishganda ayol sut bezlarining tirsillab og'riyotganini aytadi, bu og'riq qo'ltiqqa o'tadi, qo'ltiqda ba'zan bezillab turgan tugunchalar paypaslab topiladi.

Sut murakkab reflekslar va gormonlar ta'sirida ishlanib chiqadi. Sut hosil bo'lishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi.

Sut bezlari sutdan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involyutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqarsa kerak. Bola emganda emchak uchidagi nerv elementlarining ta'sirlanishi tufayli bachadon refleks yo'li bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleks yo'li bilan qisqarishini tuqqan ayol ko'pincha dard tutganga o'xshash og'riq sezadi.

Sut oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan mayda-mayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat (83-rasm, *b*). Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibi: suv 87-88%, oqsil (kazein va albumin) 1,5-2%, yog'lar 3,5-4%, qand 6,6-7,5%, tuzlar 0,18-0,2%.

Tuqqan ayolning umumiy ahvoli va ichki a'zolari. Chilla davri normal o'tayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi bo'ladi. Tuqqan ayol ba'zan dastlabki kunlari tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasida og'riq sezadi, bu og'riq doimiy bo'lmaydi. Tuqqan ayollar ba'zan ayniqsa bola emizish vaqtida og'riq tutayotganini aytishadi. Tuqqan ayol bir daqiqada 14-16 marta chuqur nafas oladi. Pulsi bir tekis, yaxshi to'lishgan bo'ladi, tomiri bir daqiqada 70-75 marta uradi, puls ko'pincha siyraklashadi (fiziologik bradikardiya). Arterial bosim dastlabki kunlarda norma doirasida yoki sal-pal pasaygan bo'ladi. Chilla davri fiziologik o'tganida tana harorati normal bo'ladi. Chilla davrining o'tishi odatda tana harorati va puls bilan ta'riflanadi. Tomirning tez-tez (bir daqiqada 90 marta va undan ortiq) urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37° dan ortishi chilla davri og'irlashganini, ko'pincha chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo bo'lganligidan darak beradi.



83-rasm. Og'iz suti va sut (mikroskopda ko'rinishi).

a-og'iz suti, og'iz sutining tanachalari va yog' tomchilari ko'rinib turibdi; b-sut faqat yog' tanachalari ko'rinib turibdi.

Tuqqan ayol, ayniqsa, ko'p suyuqliq ichganda terlashga moyil bo'ladi.

Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, keyinchalik asliga keladi. Gavda vazni tug'ruqdan keyingi kunlarda kamayadi, odatda yog' to'planishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydi-yu, qovuq funksiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish ko'pincha qiyinlashadi. Siydik chiqarishning qiyinlashuvi aksari shundan iboratki, tuqqan ayol qovug'i ancha to'lib ketganda ham siygisi qistayotganini sezmaydi. Ba'zan siygisi qistagani holda siydik chiqarish qiyinlashadi, ba'zan esa siydik chiqayotganda og'riq seziladi. Siydik chiqarishning buzilishi qovuq atoniyasiga yoki shilliq pardasining homila boshi bilan qisilib shishganiga bog'liq bo'lishi mumkin. Siydik chiqarishda og'riq sezilishi odatda tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasining yorilgan va chatnagan joylariga siydik kirishiga bog'liq. Ba'zi ayollar yotgan holda siydik chiqara olmagan uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funksiyasi. Chilla davrida ko'pincha ich kelmay qoladi (qabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bog'liq. Qorin pressining bo'shashuvi, turmasdan o'rinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab bo'ladi.

Tuqqan ayollarda ba'zan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo bo'ladi, bular odatda aytarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa defekatsiya vaqtida og'riq seziladi.

CHILLA DAVRINI BOSHQARISH

Chilla davri normal o'tsa, tuqqan ayolni sog'lom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj bo'ladi, bu rejim jinsiy a'zolar involyutsiyasining to'g'ri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funksiyasiga yordam beradi.

Tuqqan ayolni parvarish qilishda **aseptika va antiseptika qoidalariga** rioya qilish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Bachadoning jarohat yuzasi, tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infeksiya kirishi mumkin. Modomiki shunday ekan, tuqqan ayolning jinsiy yo'llariga infeksiya kiritishi chilla davrining septik infeksiyasi avj olishi nuqtai nazaridan katta xavf tug'diradi. Tuqqan ayollarning ko'pincha

emchak uchlari yoriladi, unga infeksiya kirishi ham xavfli. Emchak uchining yorilgan joylaridan infeksiya kirishi natijasida sut bezi yallig'lanadi (mastit).

Shunday bo'lgach, chilla davrida palata, o'rin-bosh va barcha parvarish buyumlarini g'oyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tuqqan ayolning jinsiy a'zolariga va sut bezlariga uriladigan hamma asboblar, material va parvarish buyumlari steril bo'lishi kerak. Tuqqan ayollarning tagini tozalaganda qo'lni sinchiklab yuvib, dezinfeksiya qilish va niqob tutish talab etiladi. Meditsina xodimlari shaxsiy gigiyenaning hamma qoidalariga rioya qilishlari zarur.

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

Tuqqan ayollarning yotish sharoiti. Tuqqan ayollar, yotadigan palatalar yorug' va keng bo'lishi kerak. Har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon to'g'ri keladigan bo'lsin. Palatalar sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va ko'p marta shamollatib turiladi. Har 7-10 kunda hozirgi davrda 5-6 kunda (tuqqan ayollar uyiga jo'natilgandan keyin) palata bo'shatiladi, so'ngra sinchiklab yig'ishtiriladi, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfeksiyalanadi. Tuqqan har bir ayol uyiga jo'natilgach, karavot va kleyonkalar suv va dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmalayotgan ayollar uyiga jo'natilgach, o'rin-boshi dezinfeksiya qilinadi.

Tuqqan ayol tug'ruq bo'lmasidan palataga keltirilgach, toza o'ringa yotqiziladi. Tuqqan ayolning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning o'rtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (o'lchami o'rta hisob bilan 1x1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashtiriladi. Boshqa choyshab va ko'ylak ifloslangan sayin yangilab turiladi. Choyshab-ko'ylak obdon qaynatib yuviladi va yaxshilab issiq dazmol uriladi.

Har bir koyka yonida individual tuvak bo'lishi kerak, u qaynatib olingan bo'ladi va tuqqan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizofom) bilan yuviladi (84-rasm).



84-rasm. Tuqqan ayollar palatasining umumiy ko‘rinishi.

Tuqqan ayol sinchiklab kuzatiladi: a) umumiy ahvoli va ruhiyati (uyqusi, ishtahasi, kayfiyati) aniqlanadi; b) pulsi sanaladi va tana harorati kuniga kamida 2 marta o‘lchanadi; v) sut bezlarining qanchalik bo‘rtganligi, emchak uchlarining yorilgan-yorilmagani, bezillash-bezil-lamasligi va shu kabilar aniqlanadi; g) bachadon tubining qanchalik balandda turganligi, bachadon konsistensiyasi, palpatsiyada og‘rish-og‘-rimasligi tekshiriladi; d) tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechirilib, loxi-yalar xarakteri va miqdori aniqlanadi; ye) qovuq va ichak funksiyasidan xabardor bo‘lib turiladi. Tuqqan ayoldan so‘rab va obyektiv ravishda tekshirib olinadigan shu ma‘lumotlarning hammasi tug‘ruq tarixiga yozib boriladi.

Chilla davrida og‘riqli dard tutsa piramidon, aspirin, antipirin, fenasetin (0,3-0,5 g) dan biri ichiriladi. Og‘riq qattiq bo‘lsa, pantopon, belladonna ekstrakti va boshqa dorilardan tayyorlangan shamcha qo‘yish mumkin.

Chilla davri normal o‘tganda va ayol bolasini muntazam emizib turganda bachadon involyutsiyasi to‘g‘ri boradi va bachadonni qisqartiradigan dorilarga ehtiyoj qolmaydi. Bachadon involyutsiyasi sust borganda (subinvolyutsiya) bachadon qisqarishini kuchaytiradigan dorilar: qoramig‘ning suyuq ekstrakti (Extr. Secalis cornuti fluidum) kuniga 2 mahal 25 tomchidan, stiptisin (Stypticinum) kuniga 2-3 mahal 0,05 g dan ichiriladi, pituitrin (Pituitrinum) kuniga 1-2 mahal 1 ml dan inyeksiya qilinadi.

Qovuq va ichakning o‘z vaqtida bo‘shab turishi bachadon involyut-siyasining to‘g‘ri borishiga yordam beradi.

Siydik chiqarish qiyinlashganda tuqqan ayol chanog‘i tagiga tuvak-ni isitib qo‘yiladi, qovuq ustiga 15-20 daqiqa isitgich qo‘yish mumkin. Refleks yo‘li bilan (vodoprovod jo‘mragidan, obdastadan jildiratib suv tushirib va shunga o‘xshash yo‘llar bilan) siydik chiqartirishga urinib

ko'rsa bo'ladi. Pituitrin kuniga 1-2 mahal 1 ml dan va magniy sul'fat (25% li eritmasi 5-6 ml dan muskul orasiga) inyeksiyalari yaxshi amal qiladi.

Bu dorilar naf bermasa, qovuqni kateterizatsiya qilishga to'g'ri keladi, bunda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi (kateter qaynatiladi, qo'l yuviladi, uretra sohasi dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritma bilan tozalanadi). Kateterizatsiyadan keyin urotropin (kuniga 3 mahal 0,5 g dan) yoki ayiqquloq qaynatmasi (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0:200,0) kuniga 4-5 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi.

Ich to'xtalib qolganda tug'ruqdan keyin 3-kuni ichni tozalash uchun klizma qo'yiladi yoki surgi (Natrii sulfas yoki Magnesii sulfas 10-20 g) ichiriladi.

Katta gemorroidal tugunlar paydo bo'lib, bezillab turgan bo'lsa oraliqqa muzli xalta qo'yish (xaltani steril yo'rgakka o'rash kerak), belladonna yoki pantopon shamchalari tavsiya etiladi. Bu choralar foyda bermasa, qo'lqop tutib va unga vazelin surib, gemorroidal tugunlar avaylab joyiga kiritib qo'yiladi.

Chilla davri normal o'tayotgan va oraliq yirtilmagan bo'lsa tuqqan ayol 2-kuni o'tirishi, 3-kuni yurishi mumkin. Oralig'i yirtilgan ayol yoniga ag'darilsa va o'rinda yotganda harakatlarni cheklamasa bo'ladi, oraliq yirtig'i birlamchi usulda bitgan bo'lsa, 6-kunigacha chok olingach yurish ruxsat etiladi, lekin o'tirishga ruxsat berilmaydi.

Tug'ruqda yordam beradigan ko'pgina muassasalarda ayollarni barvaqt, tug'ruqdan keyin 2-kundan boshlab oyoqda turg'izishmoqda, bu esa jismoniy faollikni oshiradi.

Ovqatlanishi. Tuqqan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda oson hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyali ovqatlar bulka, pechenye, tvorog, smetana, manniy bo'tqasi, kisel, novvotli choy va kofe tavsiya etiladi. 3-kundan boshlab odatdagi ovqatlar beriladi. Ho'l meva-sabzavot va vitaminlarga boy boshqa ovqatlarni iste'mol qilish zarur. Ayniqsa, qishda va ho'l meva-sabzavot yo'q joylarda tuqqan ayollarga vitamin C, B, D, A preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar (yog'li go'sht, to'sh, po'stdumba, no'xat, xasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklar ichish man etiladi.

Tuqqan ayollar uchun tayyorlangan ovqat sifatini tekshirish, bola emizish tartibiga qarab turish, ayolning uyidan keltirilayotganligiga ko'z-quloq bo'lib turish kerak. Haddan tashqari ko'p ovqat keltirilishiga ruxsat berilmaydi.

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

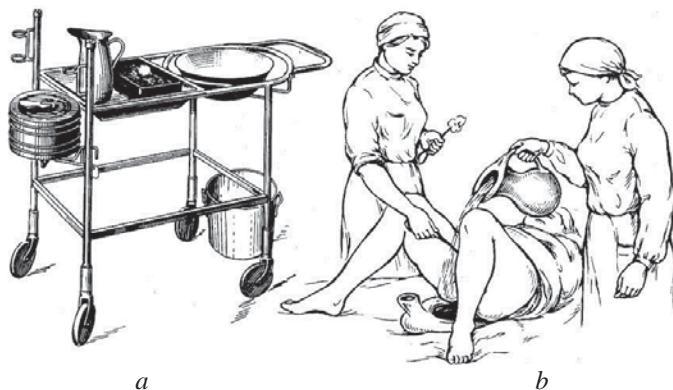
Tashqi jinsiy a'zolarining toza bo'lishiga katta e'tibor beriladi. Jinsiy yo'llardan chiqadigan loxiyalar tashqi jinsiy a'zolarini va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning ko'payishiga yordam beradi. Shunday bo'lgach, tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolarini kuniga kamida 2 mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

Tashqi jinsiy a'zolar quyidagicha tozalanadi. Steril paxtani ushlaydigan asboblar (kornsanglar yoki uzun pinsetlar qaynatilgan) olinadi. Tuqqan har bir ayolga alohida asbob ishlatiladi, shuning uchun tuqqan ayollar nechta bo'lsa, o'shancha asbob turishi kerak. Kaliy permanganat (1:4000-1:6000) yoki xloramin B, xlorli ohak, septoksin, septobak, novodez eritmalari keragicha tayyorlab qo'yiladi.

Asboblar, steril material (paxta sharchalar), spirt, yod ko'chma stolchaga qo'yiladi (85-rasm, a). Akusher niqob tutadi, qo'llarini yuvadi, steril qo'lqop kiyib, tashqi jinsiy a'zolarini tozalaydi, farrosh stolchani bir ayolning yonidan ikkinchi ayolning yoniga surib beradi, tuvak tutadi va oladi, dezinfeksiyalovchi eritmani Esmarx krujkasidan yoki obdastadan tashqi jinsiy a'zolariga quyib turadi (85-rasm, b).

Tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolari **qo'lda emas**, balki kornsangga qisilgan **steril paxta sharcha bilan yuviladi**. Tuqqan ayol chanog'ining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfeksiyalovchi eritmani jildiratib qo'yib, tashqi jinsiy a'zolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. So'ngra yuvilgan a'zolar steril paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choyshab olinib, yangisi yoziladi. Defekatsiyadan keyin ham shunday tozalash kerak.

Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy a'zolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, shu maqsadda steril paxta qo'yiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4-5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tug'ruqdan keyin 6-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi.



85-rasm. Tuqqan ayollar jinsiy a'zolarini tozalash.
a-tuqqan ayolni tozalash uchun maxsus stolchani jihozlash; b-tuqqan ayolni tozalash.

Harorati ko'tarilgan, yuqori nafas yo'llari shamollagan, terisiga yiringli yaracha toshgan va infeksiyaning boshqa belgilari bo'lgan ayollarni sog'lom ayollardan ajratib, alohida boks xonaga yotqizish zarur. Bunday ayollarning tashqi jinsiy a'zolari sog'lom ayollardan keyin tozalanadi.



86-rasm. Sut bezlarini yuvish.

Infeksiya yuqqan ayollarni o'z vaqtida ajratib qo'yish tuqqan ayollar va chaqaloqlar o'rtasida kasalliklarning oldini olish uchun juda katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta e'tibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kechqurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5 % li eritmasi yoki iliq suvda sovuqlab yuvish tavsiya etiladi.

Dastlab emchak uchi, so'ngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi (86-rasm). Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun o'ziga loyiq lifchik tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan bo'lsa, suyuqlikni kamroq ichish tavsiya etiladi, surgi (20-30 g magnizey sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi to'la bo'shamasa, har bir emizishdan keyin sutni qo'lda yoki molokootsos (sut so'radigan asbob) da sog'ib olish kerak.

TUG‘RUQDAN KEYINGI DASTLABKI KUNLARDA GIMNASTIKA

Tuqqan sog‘lom ayollarga 2-kundan boshlab gimnastik mashqlar buyuriladi, bu mashqlar organizm tonusini oshiradi qon aylanishi, nafas olish, modda almashinuvi, ichak va qovuq funksiyasini yaxshilaydi. Gimnastik mashqlar jinsiy aʼzolar involyutsiyasini tezlatadi, qorin pressi va chanoq tubi muskullarini mustahkamlaydi. Oraliq yirtilgan bo‘lsa, qisqartirilgan kompleks bo‘yicha mashg‘ulotlar o‘tkaziladi, bu kompleks asosan nafas mashqlaridan iborat.

Gimnastikani shifokor yoki mustaqil ishlayotgan akusher buyuradi, mashg‘ulotni akusher yoki meditsina hamshirasi o‘tkazadi. Tuqqan ayollarga har bir mashqdan oldin akusher mashqni bajarish tartibini tushuntiradi. Har bir mashq nafas olish ritmiga yarasha bajarilishiga qarab turish zarur.

Gimnastika mashg‘ulotini o‘tkazganda ayollarning kayfiyatini kuza-tib turish, pulsini va nafas olishini sanash kerak. Puls tezlashganicha qolaversa va ayol halloslasa, mashg‘ulotlar to‘xtatiladi, tuqqan ayol charchasa mashqlar kamaytiriladi, murakkab mashqlar qoldiriladi yoki yengilroq mashqlar bilan almashtiriladi. Tana harorati ko‘tarilganda gimnastika to‘xtatiladi.

Mashqlar ertalab shifokor yoki akusher ko‘rgach, nonushtadan kamida 30 daqiqa keyin o‘tkaziladi. Gimnastikadan oldin palata sinchiklab shamollatiladi. Iliq faslda mashqlar fortochka yoki derazani ochib qo‘yib bajariladi.



87-rasm. Chilla davridagi gimnastika.

Mashqlar karavotda o'tkaziladi. Tuqqan ayol ko'ylagini yechadi, ammo lifchigini olib qo'ymaydi, tashqi jinsiy a'zolar va chanoq sohasi dazmollangan toza yo'rgak ("oddiy ishton") bilan berkitiladi. Qorin pressi bo'shashib qolgan bo'lsa, mashqlardan oldin qorinni bintlash tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning o'rnidan turishi ruxsat etilsa, mashqlar tugagandan keyin badanini iliq suvga ho'llangan sochiq bilan artiladi, so'ngra quruq qilib artinadi.

Mashqlarning I kompleksi -tug'ruqdan keyin 2-kuni

1-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi⁵. **Bajarish**⁶: 1- 2-qo'llarni sal-pal ko'tarib, yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 3-4-qo'llar boshlang'ich vaziyatga keltiriladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-qo'llar yonga uzatilib, yelka baravar ko'tariladi, ayni vaqtda barmoqlar keriladi (nafas olinadi); 2-barmoqlar mushtum qilinib, qo'llar ko'krakka keltiriladi (nafas chiqariladi).

3-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-tanani yuqoriga bir oz burgan holda o'ng qo'l karavotning qarama-qarshi chetiga tekkiziladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

4-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-qo'l barmoqlari yoziladi, ayni vaqtda oyoq panjalari tanaga qarata oxirigacha yoziladi; 2-barmoqlar musht qilinadi, ayni vaqtda oyoq panjalari tanadan tashqariga qarata oxirigacha bukiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

5-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-2-tana yonga ag'dariladi; 3-4 yonlama yotib turiladi; 5-6-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

6-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-orqa chiqaruv teshigi ichkariga tortiladi-orqa chiqaruv teshigini muskullari qisiladi (nafas olinadi); 2-orqa chiqaruv teshigi bo'shashtiriladi, orqa chiqaruv teshigining muskullari bo'shashtiriladi (nafas chiqariladi).

⁵ Yotgandagi asosiy vaziyat: ayol chalqancha yotib, qo'llarini tana bo'ylab uzatadi va kaftlarini pastga qaratadi; oyoqlari uzatilgan, tovonlari va oyoq uchlari juftlashirilgan, boshini to'g'ri ushlaydi.

⁶ Mashqni qaysi qismi qay sanoqda bajarilishi raqamlar bilan ko'rsatilgan.

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-2-chap oyoq tizzadan bukiladi, panjasi o'rindan uzilmaydi (nafas olinadi); 3-4-oyoq yoziladi (nafas chiqariladi); 5-6-o'ng oyoq tizzadan bukiladi (nafas olinadi); 7-8-oyoq yoziladi (nafas chiqariladi).

8-mashq. Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

I kompleksga eslatmalar:

1) 1, 2, 4, 6-mashqlar 3-4 marta, 3-mashq 2- 3 marta va 5-mashq 1 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3, 4-mashqlarni bajarishadi.

Mashqlarning II kompleksi - tug'ruqdan keyin 3-kuni

1-mashq. I kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotib, qo'llar yonda turadi. **Bajarish:** 1-tana chapga bukiladi, ayni vaqtda o'ng qo'l tana bo'ylab yuqoriga, chap qo'l pastga sirpantiriladi, shu bilan birga bosh chapga engashtiriladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi); 3-tana o'ngga bukiladi, ayni vaqtda chap qo'l tana bo'ylab yuqoriga, o'ng qo'l pastga sirpantiriladi, shu bilan birga bosh o'ngga engashtiriladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

3-mashq I kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-2-qoringa ag'darilib olinadi; 3-4-qorin bilan yotib turiladi; 5-6-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

5-mashq **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi; oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukilgan, qo'llar tana bo'ylab uzatilgan kaftlar pastga qaragan bo'ladi. **Bajarish:** 1-tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoqlarning panjalariga va qo'llarga tayanib turib, chanoq ko'tariladi (nafas olinadi); 2-chanoq pastga tushiriladi (nafas chiqariladi).

6-mashq I kompleksning 6-mashqi takrorlanadi.

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi, oyoq panjalari o'rindan uzilmaydi (nafas olinadi); 2-oyoqlar yoziladi (nafas chiqariladi).

8-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

II kompleksga eslatmalar:

1) 1, 3, 5, 6, 7, 8-mashqlar 3-4 marta, 2-mashq 2-3 marta, 4-mashq 1 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va I kompleksning 5-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning III kompleksi - tug'ruqdan keyin 4-kuni

1-mashq I kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

2-mashq II kompleksining 2-mashqi takrorlanadi.

3-mashq **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-oyoq panjalarining uchlari keriladi, ayni vaqtda qo'l barmoqlari ham yoziladi (nafas olinadi); 2-oyoq panjalarining uchlari juftlashtiriladi, ayni vaqtda qo'l barmoqlari ham juftlashtiriladi (nafas chiqariladi).

4-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** qorin bilan yotiladi; qo'llar engak ro'parasida tirsak bo'g'imlaridan to'g'ri burchak ostida bukilib, biri ikkinchisining ustiga qo'yiladi; engak qo'llar ustida turadi. **Bajarish:** 1-tirsaklarga va oyoq uchlariga tayanib, tana va bosh ko'tariladi, opqa bir-muncha bukiladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

5-mashq **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotiladi, oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi; qo'llar tana bo'ylab uzatiladi, kaftlari pastga qaratiladi. **Bajarish:** 1- tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoq panjalariga va tana bo'ylab uzatilgan qo'llarga tayanib, chanoq ko'tariladi. Ayni vaqtda orqa chiqaruv teshigining muskullari ichkariga tortiladi (nafas olinadi); 2-chanoq pastga tushiriladi, ayni vaqtda orqa chiqaruv teshigining muskullari bo'shashtiriladi (nafas chiqariladi).

6-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-o'ng qo'l yonga uzatiladi, ayni vaqtda bosh chapga buriladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi); 3-chap qo'l yonga uzatiladi, ayni vaqtda bosh o'ngga buriladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-chap oyoq tizza bo'g'imdan bukilib, panjasi o'ng oyoqning ichki yuzasi bo'ylab sirpantiriladi (nafas olinadi); 2-chap oyoq yozilib, panjasi sirpantiriladi (nafas chiqariladi); 3-o'ng oyoq tizza bo'g'imdan bukilib, panjasi chap oyoqning ichki yuzasi bo'ylab sirpantiriladi (nafas olinadi); 4-o'ng oyoq yozilib, panjasi sirpantiriladi (nafas chiqariladi).

8-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** krovatda o'tirib, qo'l bosh orqasiga qo'yiladi. **Bajarish:** 1-tana o'ngga bukiladi; 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (tana rostlanadi); 3-tana chapga buriladi; 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (tana rostlanadi),

9-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

III kompleksga eslatmalar.

1. 1, 3, 4, 5, 8, 9-mashqlar 3-4 marta, 2, 6, 7-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2. Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va I kompleksning 5-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning IV kompleksi - tug'ruqdan keyin 5-kuni

1-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-qo'llar yuqoriga ko'tariladi, kaftlari bosh ustida juftlashtiriladi (nafas olinadi); 2-qo'llar pastga tushirilib, boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotib, qo'llar kaftini yuqoriga qaratib yonga uzatiladi. **Bajarish:** mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-o'ng qo'lning kafti chap qo'lning kaftiga tekiziladi, tananing yuqori yarmi chapga buriladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi); 3-chap qo'lning kafti o'ng qo'lning kaftiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

3-mashq III kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. III kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotib, qo'llar yonda, oyoqlar uzatilgan bo'ladi. **Bajarish:** 1-oyoqlar keriladi, ayni vaqtda qo'llar yonga uzatilib, yelka baravar ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich. vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-uzatilgan chap oyoq yuqoriga ko'tariladi; 2-o'sha oyoq pastga tushiriladi; 3-uzatilgan o'ng oyoq yuqori ko'tariladi; 4-shu oyoq pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** krovatda o'tirib, oyoqlar krovatdan tushiriladi, qo'llar bosh orqasida turadi. **Bajarish:** mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-tana oldinga engashtiriladi (nafas chiqariladi); 2-tana rostlanadi (nafas olinadi).

9 mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

IV kompleksga eslatmalar:

1. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9-mashqlar 3-4 marta 2 va 7-mashqlar esa 2-3 marta o'tkaziladi.

2. Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va qo'shimcha ravishda quyidagi mashqni (10-mashq) bajarishadi.

10-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1- chanoq ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

Mashqlarning V kompleksi - tug'ruqdan keyin 6-kuni

1-mashq. IV kompleksning 1-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-barmoqlarni kerib, kaftlar yuqoriga buriladi; ayni vaqtda oyoq panjalari tepaga qarata yozilib, uchlari keriladi (nafas olinadi); 1-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

3-mashq **Boshlang'ich vaziyat:** qorin bilan yotiladi, tirsak bo'g'imlaridan bukilgan qo'llar tana bo'ylab uzatiladi, kaftlari pastga qaratiladi; oyoqlar uzatilgan bo'ladi. **Bajarish:** 1-qo'l kaftlariga va oyoq uchlariga tayanib, bosh va tana ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

4-mashq. III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

5-mashq IV kompleksning 6-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-uzatilgan oyoqlar yuqoriga ko'tariladi; 2-oyoqlar pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** o'rnida o'tiriladi, qo'llar yonda bo'ladi. **Bajarish:** 1-qo'llar yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 2-tanani picha bukib, qo'l barmoqlarining uchlari uzatilgan oyoqlarning uchlariga tegiziladi (nafas chiqariladi); 3-tana rostlanib, qo'llar yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

8-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

V kompleksga eslatmalar

1) 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9-mashqlar 3-4 marta, 2 va 8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va qo'shimcha ravishda IV kompleksning 10-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning VI kompleksi - tug'ruqdan keyin 7-kuni

1-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-qo'llarni yonga uzatib, bosh orqasiga qo'yiladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; chap tirsakka tayanib, tananing yuqori qismini sal-pal ko'tarib va burib, o'ng qo'l uzatilgan chap oyoqning tizza bo'g'imiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladp (nafas olinadi); 3-o'ng tirsakka tayanib turib, chap qo'l uzatilgan o'ng oyoqning tizza bo'g'imiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

3-mashq. V kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. V kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi; ayni vaqtda qo'llar yuqoriga ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-uzatilgan oyoqlar ko'tariladi; 2-oyoqlar keriladi; 3-oyoqlar juftlashtiriladi; 4-oyoqlar pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. V kompleksning 8-mashqi takrorlanadi.

9-mashq. Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

VI kompleksga eslatmalar

1) 1, 3, 4, 5, 6, 9-mashqlar 3-4 marta, 2, 7, 8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1,2,3,5-mashqlarni va III kompleksning 4-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning VII kompleksi - tug'ruqdan keyin 8-kuni

1-mashq. VI kompleksning 1-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. VI kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

3-mashq. V kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. V kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq. III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotiladi, qo'llar yonda turadi. **Bajarish:** 1-oyoqlar tizzadan bukiladi, keriladi; ayni vaqtda qo'llar yonga uzatilib, kaftini yuqoriga qaratgan holda yelka baravar ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi),

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-chap oyoq tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukiladi, ayni vaqtda o'ng oyoq yoziq turadi; 8-o'ng oyoq bukiladi, ayni vaqtda chap oyoq yoziladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** o'rinda o'tiriladi; qo'llar yonga uzatilib, kaftlarini pastga qaratgan holda yelka baravar ko'tariladi. **Bajarish:** mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi: 1-o'ng qo'l barmoqlari chap oyoq uchiga tegiziladi, ayni vaqtda tana picha bukiladi va yon tomonga buriladi: chap qo'l, yelka baravarida tanadan uzoqlashtirilganicha qoladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi); 3-chap qo'l barmoqlari o'ng oyoq uchiga tegiziladi, ayni vaqtda tana picha bukiladi va yon tomonga buriladi; o'ng qo'l yelka baravarida tanadan uzoqlashtirilganicha qoladi (nafas chiqariladi).

9-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

VII kompleksga eslatmalar.

1) 1, 3, 4,5, 6, 7, 9-mashqlar 3-4 marta, 2 va 8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi,

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3, 4 va 5-mashqlarni bajarishadi.

Tug'ruqdan keyin 8-kunga tavsiya etiladigan mashqlar kompleksini 9-kuniga ham tavsiya etish mumkin.

KUN TARTIBI

Chilla bo'limi uchun quyidagi kun tartibini tavsiya etish mumkin.

6.00-uyqudan turish.

6.00-6.40-yuvinish va tana haroratini o'lchash, palatalarni shamollatish.

6.40-7.00-chaqaloqlarni emizish.

7.00-8.00-tuqqan ayollarning ertalabki tozalanishi, binoni tozalash va shamollatish; shifokorning buyurganlarini bajarish.

8.00-8.30-farroshlarning navbatchilik ayirboshlashi.

8.30-9.00-nonushta, akusherlarning navbatchilik ayirboshlashi.

9.00-9.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlash.

9.30-10.00-chaqaloqlarni emizish.

10.00-13.00-tuqqan ayollarni shifokorlar ko'rihi, gimnastika, davolash muolajalarini bajarish.

13.00-13.30-chaqaloqlarni emizish.

13.30-14.30-tushki ovqat, palatalarni shamollatish.

14.30-16.00-tushki ovqatdan keyingi uyqu.

16.00-16.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlash.

16.30-17.00-chakaloqlarni emizish.

17.00-18.30-tana haroratini o'lchash; tuqqan ayollarning kechqurungi tozalanishi; palatalarni shamollatish; shifokorning buyurganlarini bajarish.

18.30-19.00-kechqurungi ovqat.

19.00-20.00-tuqqan ayollarni kechki ko'rikdan o'tkazish, chaqaloqlarni emizishga tayyorlash,

20.00-20.30-chaqaloqlarni emizish.

20.30-21.00-navbatchilik ayirboshlash.

21.30-23.00-uyqu

23.00-23.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlash.

23.30-24.00-chaqaloqlarni emizish.

22.00-24.00- binoni kechqurun tozalash.

24.00-uyqu.

Tuqqan ayollar chilla davri normal o'tganda 7-8-kuni uyiga jo'natiladi. Tuqqan ayolni uyiga jo'natishdan oldin bola parvarishi va chilla davrining gigiyena qoidalari mukammal tushuntiriladi. Tuqqan ayol uyiga jo'natilgandan bevosita keyin dushda issiq suv bilan yuvinish, tug'ruqdan 3-4 hafta keyin vannaga tushish ruxsat etiladi. Jinsiy aloqaga tug'ruqdan kamida 6-8 hafta keyin ruxsat beriladi.

Tuqqan ayol uyiga jo'nashdan oldin almashtiriladigan karta oladi, tug'ruq va chilla davrining o'tish xususiyatlari o'sha kartaga yozib qo'yiladi. Tuqqan ayol kartani ayollar maslahatxonasiga topshiradi. Chaqaloq haqidagi ma'lumotlar bolalar maslahatxonasiga ma'lum qilinadi.

Tuqqan ayol uyiga jo'natilayotganda bolaning tug'ilganligini FHDYO da qayd qilish uchun ma'lumotnoma ham beriladi.

Ishchi va xizmatchi ayollarning tug'ruqdan keyingi ta'ili maslahatxonada (tug'ruq kompleks spravkasi bilan) yoki ayolni tug'ruq kompleksidan uyiga jo'natishdan oldin rasmiylashtiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Chilla davrida tuqqan ayol organizmidagi endokrin, markaziy asab tizimi, yurak qon tomir tizimi va jinsiy a'zolaridagi fiziologik o'zgarishlar.

2. Sut bezlarining funksiyasi, mastitni oldini olish.
3. Tuqqan ayollarni parvarishlash.
4. Chilla davridagi septik kasalliklarni oldini olish.
5. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda o'tkaziladigan gimnastika mashqlari.

Tayanch so'z va iboralar

Puerperium	og'iz suti
Lohiyalar	Lohiya rubra
qovuq atoniyasi	Lohiya syeroza
qabziyat	Lohiya alba
aseptika	bachadon tubi balandligi
antiseptika	laktostaz
bachadon involyutsiyasi	bachadon subinvolyusiyasi
kateterizatsiya	gemorroidal tugunlar
infeksiya	

TESTLAR

1. Normal chilla davri necha kun, necha hafta, necha oy davom etadi?

- a) 40 kun
- b) 28 hafta
- c) 6-8 hafta
- d) 2-1 oy
- e) 4-5 hafta

2. Chilla davri normal holda kechganda bachadon bo'yni kanalining tashqi bo'g'izi necha haftada o'z shakliga qaytadi.

- a) birinchi sutkada
- b) ikkinchi sutkada
- c) uchinchi haftada
- d) turtinchi haftada
- e) 6 - 8 chi haftada.

XII BOB. CHAQALOQLIK DAVRI FIZIOLOGIYASI. CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

Chaqaloqlar gavda tuzilishi va funksional xususiyatlari bilan kattaroq bolalardan va katta yoshli kishilardan anchagina farq qiladi.

Chaqaloqlarda ko'p a'zo va tizimlar, jumladan markaziy asab tizimining taraqqiyoti tugamagan bo'ladi. Chaqaloqlar organizmining to'qimalari sersuv, funksional jihatdan to'la yetilmagan, oson jarohatlanadigan, noqulay ta'sirlarga chidamsiz bo'ladi. Ayniqsa chala tug'ilgan chaqaloqlarda termoregulyatsiya takomillashgan emas. Chaqaloqlar shuning uchun salga sovqotadi va qizib ketadi.

Chaqaloqlar infeksiyaning ko'p turlariga chidash bermaydi; ular ayniqsa septik infeksiyaga moyil, bu infeksiya kindik qoldig'i, teri, burun-halqum, me'da-ichak yo'llari orqali organizmga kiradi.

Chaqaloqlar organizmi infeksiyaga qarshilik ko'rsatish imkoniyati kam, shunga ko'ra mikroblar qon va limfa tizimiga osongina kirib oladi va butun organizmga tarqaladi.

Chaqaloqlik davri ona qornidan tashqaridagi yangi muhit sharoitiga moslanish davridir. Tashqi muhit sharoiti qulay, yaxshi bo'lsa, chaqaloq organizmi bu sharoitga oson moslashadi. Noqulay sharoitda moslanish jarayoni buziladi va chaqaloq turli kasalliklarga osongina chalinadi.

Chaqaloqlarni emizish va parvarish qilishda ularning infeksiyaga, sovish va qizib ketishga, ovqatlanish sharoitining buzilishiga sezuvchan ekanligini esda tutmoq kerak.

TUG'RUQ KOMPLEKSLARIDA CHAQALOQLAR BO'LIMI (PALATASI) ISHINI TASHKIL ETISH

Hamma yirik tug'ruq komplekslarida chaqaloqlar uchun maxsus bo'limlar bor, ularda yetilib tug'ilgan sog'lom bolalar palatasi, chala tug'ilgan, tug'ruq vaqtida jarohatlangan chaqaloqlar palatasiga ajratiladi. Infeksiya yuqqan deb gumon qilingan chaqaloqlar boksli palataga, kasallanganlari esa izolyatorga yotqiziladi.

Ikkinchi (shubhali) akusherlik bo'limida chaqaloqlarning maxsus palatasi bo'ladi.

Tugʻruqda yordam beruvchi kichik muassasalarda chaqaloqlar uchun boʻlimlar emas, balki palatalar tashkil etiladi.

Chaqaloqlarni parvarish qilish uchun meditsina hamshiralarning maxsus shtati ajratiladi.

Chaqaloqlar boʻlimi (palatalari) uchun eng yorugʻ, quruq, keng, yaxshi shamollatiladigan binolar ajratiladi. Har bir chaqaloq oʻrniga kamida 2,5 m² maydon toʻgʻri kelishi kerak.

Chaqaloqlar boʻlimi (palatalari)da faqat zarur asbob-anjomlar turadi, ortiqcha buyumlarni saqlashga yoʻl qoʻyilmaydi. Barcha mebel va parvarish buyumlari oson yuviladigan boʻlishi kerak. Chaqaloqlar palatasida karavotchalar, tarozi, yoʻrgaklash stoli, asboblari, dorilar va material turadigan shkafcha, toza kiyim shkafchasi, ifloslangan taglik tashlanadigan bak, issiq va sovuq suv beriladigan umivalnik, chaqaloqning rivojlanish tarixini toʻldirish stolchasi turadi.

Karavotchalar metall dan yasilib, och rangga boʻyalgani maʼqul. Karavotchaga qil yoki gubka tiqilgan toʻshak yoziladi. Par toʻldirish yaramaydi Toʻshakka kleyonka solinadi, buning ustidan choyshab yoziladi. Yostiqcha jildi yupqa boʻlib, ichiga qil yoki gubka toʻldiriladi; yostiq ishlatmasa ham boʻladi.

Yengil yoʻrgak va ishtonchalari oq rangli yumshoq ip gazlamadan, issiq yoʻrgak va koftochkalar bumazi, paxmoq yoki yumshoq paxtali gazlamadan tayyorlanadi. Yoʻrgak va ishtonchalar choki dagʻal boʻlmasligi, tugma qadalmasligi kerak. Qishlik adyollar jun gazlamadan, yozlik adyollar matodan boʻladi.

Har bir chaqaloqda bir sutkada 3 ta ishtoncha, 3 koftochka, 20 ta taglik, 20 ta yengil yoʻrgak, 10 ta issiq yoʻrgak, ikkita adyol jildi, 1 choyshab kerak. Chaqaloq koykasiga kerakli buyumlarning umumiy miqdori ularning qanchalik tez yuvilishiga bogʻliq. Hozirgina koʻrsatilgan buyumlarning umumiy miqdori kamida uch sidra kerak boʻladi.

Yetilib tugʻilgan chaqaloqlar palatasidagi harorat 20-22°, chala tugʻilgan bolalar palatasidagi harorat 22-24°. Qishda, zarur boʻlsa, qoʻshimcha isitish asboblari oʻrnatiladi. Yozda bolalarning qizib ketishiga qarshi choralar koʻriladi (derazalar qorongʻilatiladi, nam choyshablar tutiladi, sutkaning salqin vaqtida shamollatiladi). Chaqaloqlarni har gal emizgan vaqtda palatalarni shamollatish zarur, yozda derazalar lang ochib qoʻyiladi.

Chaqaloqlar yotadi-gan palatalar nihoyatda toza tutiladi. Bolalarni emizgan vaqtda bino namlab tozalanadi va barcha mebel artiladi. Har kuni bir necha marta tozalashdan tashqari, palatalar, siklik ravishda

muntazam tozalab turiladi. Palatalar navbat bilan bo‘shatiladi (bir sutkada tug‘ilgan bolalar bir palataga yotqiziladi va odatda bir vaqtda uyiga jo‘natiladi), bir sutka shamollatiladi; palatalar va mebel sinchiklab yuviladi va dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi, matraslar dezinfeksiya qilinadi. Yuvilgan palata va mebelga simob-kvars lampasidan nur tushiriladi. Palata shu tariqa tozalangach, tug‘ruq bo‘lmasidan chaqaloqlar olib kelib yotqiziladi. Bolalar kiyimi va yo‘rgagining tozaligiga alohida e‘tibor beriladi. Bolalar kiyimi va yo‘rgagi alohida yuviladi, sinchiklab qaynatiladi, issiq dazmol uriladi. Bolalar uchun tegishli sharoit mavjud bo‘lsa, dastlabki kunlari steril yo‘rgak tutiladi va steril ishtoncha kiygiziladi.



88-rasm. Chaqaloqlar palatasi (umumiy ko‘rinishi).

Chaqaloqlar bo‘limining idish-tovog‘i, so‘rg‘ichlari, asboblari va shunga o‘xshashlar har gal ishlatilgandan keyin qaynatilishi zarur

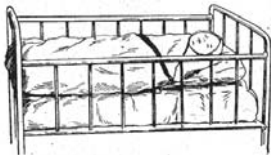
Chaqaloqlar bo‘limlarining xodimlari shaxsiy gigiyena qoidalariga, ayniqsa qo‘l, xalat, ro‘mol, niqob tozaligiga qat’iy rioya qilishlari kerak.

Chaqaloqlar bo‘limining xodimlari muntazam ravishda tibbiy ko‘rikdan (jumladan, rentgenologik va laboratoriya tekshirishlaridan) o‘tkazib turiladi.

Kasallangan, basilla tashiydigan, turmushda infeksiyali bemorlarga yaqin yurgan kishilar bolalar bo‘limida ishlashga ruxsat berilmaydi.

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

Chaqaloqlar parvarishida ularning rivojlanishi uchun qulay sharoit tug‘dirishga yordam berishi kerak. Chaqaloqlarni tashqi muhitning noqulay ta’siridan, ayniqsa infeksiyadan saqlash parvarishning asosiy qoidalaridan hisoblanadi.



89-rasm. Chaqaloqning karavotchada yotishi.

Chaqaloqlar parvarishi tegishli tayyor-garlikdan o'tgan medisina hamshiraloriga topshiriladi; kichik tug'ruq komplekslarida (tug'ruq bo'limlarida) chaqaloqlarni akusher parvarish qiladi. Texnik xodimlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga qo'yilmaydi, farroshlarga tozalash va boshqa turli yordamchi ishlar ruxsat etiladi.

Xodimlar navbatchilikka kelgach, qo'llarini tirsagigacha cho'tkada sovunlab obdon yuvadi, so'ngra dezinfeksiya qiladi (spirt, 2,4% C-4 eritmasi vodorod peroksidi va chumoli kislotasi aralashmasi – pervomur, xlorgeksedin biglyukonat, degmisin, yodopiron va boshqalar). Har bir chaqaloqni yo'rgaklashdan oldin xodim qo'llarini yuvadi va dezinfektsiyalovchi eritma bilan artadi.

Tug'ruq bo'limidan chaqaloqlar palatasiga keltirilgan chaqaloqqa isitilgan ko'ylak kiygiziladi, karavotchaga yotqiziladi va ahvoli diqqat bilan kuzatiladi. Chaqaloq qusishi, nafas olishi buzilishi (sianoz), kindigi qonashi mumkinligini esda tutmoq kerak.

Chaqaloqlar sutkasiga ikki marta (ertalab birinchi emizishdan oldin va kechqurun) tozalanadi. Ayni vaqtda bola ko'zdan kechiriladi, terining hamma burmalari, kindigidagi boylam tekshiriladi, terisi va sezgi a'zolari parvarish qilinadi, tana harorati o'lchanadi, shifokorning buyurganlari bajariladi. Ertalabki tozalashda chaqaloqlar tortib ko'riladi.

Teri parvarishi juda katta ahamiyatga ega. Bolaning nozik terisi noto'g'ri parvarish qilinsa, osongina bichiladi, chaqalanadi va boshqa shikastlarga uchraydi, bulardan esa infeksiya kiradi. Shu sababli terida yiringli jarayonlar paydo bo'lib, septik kasallik ro'y berishi mumkin.

Ertalabki va kechqurungi tozalash (tualet) da bolaning butun badani sinchiklab ko'zdan kechiriladi, oson bichishadigan teri burmalariga (quloq orqasi, bo'yin, qo'ltiq, chov va hokazo) ahamiyat beriladi.

Chaqaloqning kindik qoldig'i tushib ketguncha cho'miltirilmaydi, chunki kindik jarohati bitmasdan turib cho'miltirilganda infeksiya kirishi mumkin. Shu sababli kindik qoldig'i tushib ketguncha va kindik



90-rasm. Chaqaloqning tagini yuvish.



91-rasm. Chaqaloqni ko'zini yuvish.

jarohati bitguncha bolaning yuzini qaynagan iliq suvga yoki 2% li borat kislota eritmasiga ho‘llangan paxtada yuvish bilan kifoyalaniladi; quloq orqasidagi teri, quloq suprasi, bo‘yin burmalari, qo‘l-oyoq kafti nam paxta bilan artiladi, quritiladi, so‘ngra butun badani quritiladi.

Chaqaloq badanini ko‘zdan kechirganda terining qizargan joylari topilsa, steril vazelin moyi yoki kungaboqar moyi surtiladi.

Chaqaloq siyib qo‘ygan yoki bulg‘angan bo‘lsa, bir emizish bilan ikkinchi emizish orasida yo‘rgak almashtiriladi va tagi tozalanadi. Ifloslangan yo‘rgak yig‘ishtirib olinadi, badanning pastki yarmi iliq suv quyib turib yuviladi. Ayni vaqtda kindik qoldig‘iga suv tegmasligi uchun ehtiyot bo‘lish kerak. Teri yuvilgandan keyin u namni oson shimadigan toza yo‘rgak bosish yo‘li bilan quritiladi (yo‘rgakka artilmaydi!). Dumba terisi va chov burmalariga profilaktika maqsadida steril moy surtiladi.

Chaqaloqning badani odatda noto‘g‘ri parvarish natijasida bichiladi. Buni bartaraf qilish uchun parvarishni yaxshilash, terini siydik va najas tegishidan saqlash kerak. Teri osongina bichilaversa (qizarsa), steril moy surtish bilan kifoyalaniladi. Qizargan teri bichilsa (maseratsiya) 3% li kaliy permanganat eritmasidan surtib, quyidagi tarkibdagi poroshok sepiladi: Acidi borici 1,0, Bismuthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,0, Talci veneti, Amyli tritici aa 50,0.

Yiringli kasalliklarning oldini olishga alohida e‘tibor beriladi. Yiringli yara-chaqa bo‘lgan chaqaloq ajratiladi. Har bir yara-chaqaga gramisidinning spirtli eritmasi (0,04%), streptosid (1-2%) mazi yoki kaliy permanganat (3%) surtiladi. Ko‘pincha bir vaqtning o‘zida penisillin eritmasi muskul orasiga yuboriladi, bolani shifokor kuzatib turishi kerak.

Sezgi a‘zolari parvarishi. Chaqaloqning ko‘z-qovoqlari 2% li borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharcha bilan yuviladi. Har bir ko‘z alohida paxtada ko‘zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi.

Quloq parvarishi ertalabki tozalashda quloq supralarini artish bilan kifoyalanadi. Odatda eshituv yo‘lini tozalashning hojati yo‘q.

Chaqaloq nafas olishga qiynalib, burnini shilimshiq bosgandagina burun yo‘llari tozalanadi. Burun teshiklari vazelin moyi shimdirilgan paxta pilikda avaylab artiladi.

Og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasini artish mutlaqo yaramaydi, chunki aks holda og‘iz shilliq pardasi chaqalanishi va kasalliklar ro‘y berishi mumkin. Chaqaloqni yaxshi parvarish qilmaslik va to‘g‘ri

emizmaslik sababli og‘zi oqarganda ham, og‘iz shilliq pardasini artmasdan, 10% li bura eritmasi bilan gliserin aralashmasini avaylab surtish tavsiya etiladi.

Chaqaloqlarni yo‘rgaklash. Yetilib tug‘ilgan bolalarni yo‘rgaklaganda dastlabki kunlari boshi va qo‘llari berkitiladi, keyinchalik boshi bilan qo‘llari ochiq qoldiriladi. 3-4-kundan boshlab chaqaloqqa ishtoncha va koftochka kiygiziladi (ikkalasi ham yumshoq bog‘ichli bo‘lib, orqa tomondan berkitiladi). Koftochkaning yenglari uzun, uchi berk (tikib qo‘yilgan). Badanning pastki qismi ketlik va yo‘rgakka o‘raladi.

Yo‘rgaklash texnikasi quyidagicha. Bola yo‘rgaklar ustiga yozilgan taklikka qo‘yiladi. Yo‘rgak ostidan adyol solinadi.

Taklik uchburchak qilib buklangan kvadrat yo‘rgakdir. Taklikning keng asosi bel sohasiga yetadi, pastki uchlari oyoqlar orasidan o‘tkaziladi, tashqi uchlari tana tevaragiga o‘raladi. Chaqaloqning tanasi katta yumshoq yo‘rgakka o‘raladi. Chaqaloq issiq yo‘rgak va adyolga ham shunday o‘raladi. Yengil va issiq yo‘rgak orasidan kichkina oq kleyonka qo‘yiladi.

Yo‘rgak ko‘p bo‘lsa, kleyonka o‘rniga 6-8 marta buklangan qo‘shimcha yo‘rgak qo‘yish mumkin. Bu terining bichilishi va teri kasalliklarining oldini olish nuqtai nazaridan afzal.

CHAQALOQLAR PARVARISHINING ZAMONAVIY USULLARI

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti mezonlariga mos ravishda chaqaloqni tug‘ilgan zahotiy oq tanadan issiqlikni yo‘qotmaslik uchun issiqlik zanjiri tamoyiliga amal qilgan holda tezda artib quritiladi va ona qorniga yotqiziladi. Onasi bilan birga issiq ko‘rpa (adyol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Chaqaloqni sovqotishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak. Chaqaloqda emishga tayyorlashning birinchi belgilari (birdaniga tez nafas olishi, so‘rish harakatlari, ko‘krakni qidirish) paydo bo‘lgach, 30-60 daqiqa davomida ko‘krakdan emizish mumkin.

Bevosita teri-teri aloqasi – chaqaloqni ona terisi bilan bevosita aloqasi uchun ko‘kraklar orasiga yotqiziladi va issiqlikni saqlash uchun ona-bola ko‘rpa bilan o‘raladi. Bu usulni sog‘lom tug‘ilgan chaqaloqlarda amalga oshiriladi. Agarda teri ranglarida sianoz bo‘lsa, asab buzilishlari aks etsa, nafas olish notekis bo‘lsa bu usul qo‘llanilmaydi.

Bevosita teri-teri aloqasi, “issiqlik zanjiri” asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda, chaqaloq tug‘ruq zalida bo‘lishi davrida davom etadi.

Agar chaqaloq tug‘ilganda gipotermiya holatida bo‘lsa, uni isitish juda qiyin bo‘ladi. Ularni issiqda, kyuvez yoki maxsus isitgich apparatlarida saqlashga to‘g‘ri keladi.

Sog‘lom chaqaloqlarda nafas yo‘llaridan uzoq vaqt shilimshiq moddani so‘rib olish uning bir tekis nafas olishiga to‘sqinlik qilishi va bronxospazmga olib kelishi mumkin. Shuning uchun og‘iz bo‘shlig‘ini tozalashda bir marotaba ishlatiladigan balloncha yoki maxsus yumshoq so‘ruvchi kateterdan foydalanish yaxshiroq. Kateter bolaning og‘ziga 3 sm gacha kiritilishi kerak, avval og‘iz, keyin burun tozalanadi. Muolaja 5 sekunddan oshmasligi kerak.

Kindikni qisish – tug‘ilgandan taxminan bir daqiqa o‘tgach, kindik pulsatsiyasi to‘xtagach amalga oshiriladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilingan holda, qurituvchi moddalardan foydalanmasdan, ochiq usulda olib boriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolasini chilla davri palatasiga o‘tkazishdan avval bajariladi, ya‘ni birinchi ikki soat davomida, teriteriga aloqasi o‘tkazilgandan keyin antropometriya, tana haroratini o‘lchash, gonoblenoreyaning oldini olish uchun ko‘zlariga 1% tetrasiklin yoki 1 % eritromisin mazi, qizlarning jinsiy yorig‘iga ushbu moddalardan yoki u bo‘lmasa 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi. Gemorragik sindromning oldini olish maqsadida vitamin “K” beriladi. So‘ngra kindik bo‘lakchasiga Rogovin qisqichi yoki rezina halqacha o‘rnatilgan yopiq qisqich qo‘yiladi. Ular kindik halqasi chetlaridan 3-4 sm masofada bo‘lishi kerak. Chaqaloqqa infuzion-transfuzion muolaja o‘tkazish rejasi bo‘lsa, kindikka ipak ligatura bilan bog‘lash maqsadga muvofiqdir.

Yo‘rgaklashda ko‘krak qafasini qattiq qismaslik lozim, yo‘rgaklash o‘rniga chaqaloqqa ko‘ylakcha va ishtoncha kiydirish tavsiya etiladi.

Qattiq qilib yo‘rgaklash diafragmaning erkin harakatiga qarshilik ko‘rsatadi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asabni, mushaklarning koordinatsiyasini qon aylanishini buzadi, emizishga xalaqit beradi.

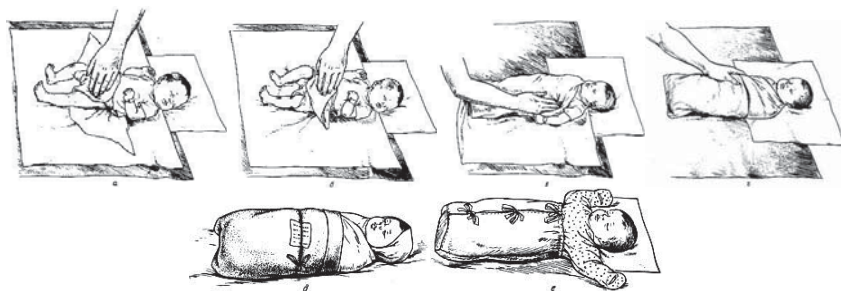
CHAQALOQLARNI EMIZISH ONA SUTINING AHAMIYATI VA TARKIBI

Chaqaloqlar uchun normal ovqat — **ona sutidir**. Bola emizib boqilgandagina tamomila to‘g‘ri o‘sadi va yetiladi. Emizib boqilayotgan bolalar o‘rtasida kasallanish va o‘lim sun‘iy boqilayotgan bolalarga nisbatan bir necha marta kam uchraydi. Ona suti bilan boqish bolani

oziqa bilan ta'minlashdan tashqari boshqa ko'pgina afzalliklarga ega: infeksiya xavfini kamaytiradi, allergiya rivojlanishining oldini oladi, bola bilan ruhiy aloqani taraqqiy ettiradi, laktasion amenoreya usuli sifatida istalmagan homiladorlikning oldini oladi. Shuning uchun medisina xodimlari emizishning ahamiyatini ayollarga tushuntiradilar va har bir ona o'z bolasini emizishi uchun barcha chorani ko'radilar.

Tarkibi: ona suti oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan maydamayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat. Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibida 77-78 % suv, 1,5 – 2 % oqsil (kazein, albumin), 3,5-4 % yog'lar, 6,6 – 7,5 % qand, 0,18-0,2 % tuzlar mavjud.

Bu vazifa ancha oson hal etiladi, chunki tuqqan ayollarning aksariyati (80-90%) o'z bolalarini ayniqsa dastlabki hafta va oylarda emiza oladi. Ko'krak suti bilan boqish muvaffaqiyati emizish qoidalari va texnikasiga rioya qilishga ko'p jihatdan bog'liq.



92-rasm. Chaqaloqlarni yo'rgaklash texnikasi.

a-birinchi moment. Taglik burchaklari oyoqlar orasiga tortilgan; b-ikkinchi moment. Taglik uchlari qorin atrofiga o'ralgan; v-uchinchi moment. Chaqaloq yo'rgakka o'raladi; g-to'rtinchi moment. Chaqaloq yo'rgakka o'rab qo'yilgan; d-chaqaloq yo'rgaklanib bo'lgan; e-ishtonchaga o'ralgan chaqaloq.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar odatda tug'ruqdan keyin ko'p o'tmay birinchi marta emiziladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar boshqa asoratlar bo'lmasa 30-60 daqiqa ichida emizilishi kerak.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar sutkada 6 marta, har 3 soatda emiziladi, kechasi 6 soat emizmay tanaffus qilinadi.

Emizishda chaqaloqqa infeksiya yuqmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilinadi.

1. Tomchilar orqali yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun ona emizgan vaqtda og‘iz-burniga niqob tutadi.

2. Tuqqan ayol har gal bola emizishdan oldin qo‘llarini iliq suvda sovunlab yuvadi.

3. Har gal bola emizishdan oldin emchak uchlari qaynagan suvga yuviladi.



93-rasm. Karavotda o‘tirib bola emizish.

Chaqaloqni emizgan vaqtda onaning yotgan o‘rniga maxsus yo‘rgak solinib, bola shu yo‘rgakka yotqizaladi.

Emizish texnikasining katta ahamiyati bor. Tug‘ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ona yonida yotgan bolasiga salgina burilib va uni qo‘l bilan ushlab turib emizadi. Tuqqan ayol 4-kundan boshlab bolasini o‘tirib emizadi. Keyinchalik ona stul yoki kursiga o‘tirib, bir oyog‘ini skameykaga qo‘yadi, bolani tizzasiga olib, boshi va orqasidan bir qo‘li bilan ushlab turadi.

Ayol bola emizishdan oldin bir necha tomchi sutni bo‘sh qo‘li bilan sog‘ib chiqaradi va shu tariqa, sut yo‘llarining ifloslanishini bartaraf qiladi. Shundan keyin emchak uchini ishora va bosh barmoqlari bilan ushlab, qoramtir doirachasi bilan birga bolaning og‘ziga soladi. Bola emchak uchini va uning atrofidagi qoramtir doirachani og‘ziga olganda to‘g‘ri emadi va havo yutib yubormaydi. Bola emizgan vaqtda uning burun kataklari ko‘krakka tegib qolmasligiga qarab turish kerak. Burun kataklari berkilib qolsa, bolaning nafas olishiga halal beradi. Tuqqan ayol bola emizib bo‘lgandan keyin emchak uchini quritadi va toza lifchik tutadi (lifchik sut bezlarini tagidan ko‘tarib turadi). Emchak uchining terisi nozik bo‘lsa, bola emizishdan keyin steril vazelin moyidan surtib, bir parcha paxta yoki doka yopib qo‘yish kerak. Har bir emizishda bolaning og‘ziga faqat bir emchaknigina solish kerak.

Tug‘ruqdan keyingi dastlabki kunlarda sut hali kam bo‘ladi, shuningdek sut sekretsiyasi susayganligi (gipogalaktiya) qayd qilinadi, faqat o‘sha kunlari ikkinchi emchakni ham solish mumkin. Har bir emizish 15-20 daqiqada davom etadi, yaxshi emadigan bola zarur miqdordagi sutning qariyb yarmini dastlabki 5 daqiqada so‘rib oladi.



94-rasm. Tuqqan ayolga o‘rindan turib yurish ruxsat etilgandan keyin bola emizish.

Har bir emizishda ko‘krak bezi sutdan batamom bo‘shashi kerak. Sut bezlari chala bo‘shaganda sut kam ishlanadigan bo‘lib qolishi mumkin.

Bola emizishdan keyin ko‘krakda qolgan sutni qo‘lda sog‘ish yoki qaynatilgan sutso‘rg‘ich bilan tortib olish zarur.

Emchak uchi yassi va ichiga tortilgan bo‘lsa, shuningdek yorilganda rezina so‘rg‘ichli shisha nakladka orqali emizish tavsiya etiladi.

KO‘KRAK SUTI BILAN BOQISH (SHIFOXONALARDA BOLAGA DO‘STONA MUNOSABATDA BO‘LISH TASHABBUSI (SHBDMT)

Ko‘krak suti - chaqaloqlar va bolalar uchun yagona oziqa turidir.

Ko‘krak suti to‘yimliliigi bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go‘daklar kasalliklari va o‘limini oldini olishning juda yaxshi usuli bo‘lib ham xizmat qiladi.

Har bir tug‘ruqqa yordam beruvchi muassasa ko‘krak suti bilan boqishni 10 ta tamoyillariga rioya qilinayotgan “Shifoxonalarni bolaga do‘stona munosabatda bo‘lish tashabbusi” statusiga mos kelishga harakat qilishi kerak:

1. Ko‘krak suti bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qo‘yilgan siyosatiga ega bo‘lish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari e‘tiboriga muntazam yetkazib turish;

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish ko‘nikmalariga o‘rgatish;

3. Barcha homilador ayollarga ko‘krak suti bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida ma‘lumot berish;

4. Onalarga, tug‘ruqdan so‘ng dastlabki 2 soat ichida, ko‘krak suti bilan boqishni boshlashga yordam berish;

5. Onalarga ko‘krak suti bilan boqishni va balki bolalaridan ajratilgan bo‘lsalar ham laktasiyani saqlab turishni o‘rgatish;

6. Chaqaloqqa ko‘krak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik, tibbiy ko‘rsatmalar bundan mustasno;

7. Ona va chaqaloqni birga bo‘lishini amaliyotga tadbiq qilish va ularni 24 soat davomida palatada birga bo‘lishlariga ruxsat berish;

8. Talab bo‘yicha ko‘krak suti bilan ovqatlantirishni rag‘batlantirish;



95-rasm. Karavotda yotib bola emizish.

9. Ko‘krak suti bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki ko‘krakni aks ettiruvchi sun‘iy vositalarni bermaslik;

10. Ko‘krak suti bilan boqishni qo‘llab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini rag‘batlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan so‘ng ushbu guruhlarga yuborish:

“Bolalarga do‘stona munosabatdagi shifoxona” sertifikatini borligidan qat‘iy nazar, har bir tibbiyot muassasasi barcha 10 ta tamoyilga rioya qilishlari talab qilinadi:

–ko‘krak tutishni 4 ta asosiy momentiga rioya qilish;

–ko‘krak suti bilan boqishni vaqti va oralig‘ini chegaralamaslik;

–emizishgacha va emizishdan so‘ng ko‘krakni yuvmaslik;

–ko‘krak so‘rg‘ichlariga ishlov berish uchun hech qanday malhamdan foydalanmaslik;

–ona va bolani asossiz bir-biridan ajratmaslik;

–so‘rg‘ichli idishdan boqmaslik va havoli so‘rg‘ichdan foydalanmaslik;

–ko‘krak sutini o‘rnini bosuvchi glyukoza, suv va boshqalardan foydalanmaslik;

–olgan suti miqdorini aniqlash uchun, emizishdan oldin va keyin bolani o‘lchab ko‘rish shart emas. Chaqaloqda peshob ajralishini kuzatish yetarli; kun davomida emizish 10 martadan ko‘p bo‘lishini saqlashga erishish kerak (bola yetarli sut olayotganligini eng ishonchli belgisi);

Emizishdan avval ona qo‘lini sovunlab yuvadi. Har bir emizishdan avval ko‘krakni yuvish shart emas. Agar zarur bo‘lsa, emizgandan so‘ng ko‘krak toza suv bilan (sovunsiz) yuviladi, quritiladi (artmasdan) va areola sohasi sut bilan artiladi, havoda quritib berkitiladi.

Onada sut ishlab chiqarilishi bola qancha sut emishi, ko‘krakni to‘g‘ri tutilishiga bog‘liq; bola qancha ko‘p sut emsa, shuncha ko‘p sut ishlab chiqariladi. Agar bolaga ko‘krak suti o‘rnini bosuvchi suv yoki glyukoza berilgan bo‘lsa, u holda bola kam emadi va sut kam ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu holat keyinchalik onada “juda kam sut” ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu esa bolani yetarli oziqlanmasligi va laktatsiyani kamayishiga olib keladi.

KO‘KRAK SUTI BILAN BOQISHGA MONELIKLAR

– agar bolada galaktozemiya (50000 boladan 1 tasida yuzaga chiquvchi kamdan-kam uchraydigan kasallik) yoki fenilketonuriya bo‘lsa;

– onasi radiofaol va sitostatik moddalar qabul qilayotgan bo‘lsa;

– OIV bilan zararlangan onalar, havo tomchi yo‘li bilan yuquvchi yuqumli kasalliklar bilan kasallangan onalar (difteriya va atipik pnevmoniyaning og‘ir shakli).

Qo‘shimcha ovqatlantirishni talab qiluvchi holatlar:

– ko‘krak sutidan boshqa parenteral ovqatlantirish vazni 1000 grammdan kam bo‘lgan, homiladorlikning 32 haftasi va undan erta tug‘ilgan chaqaloqlarda qo‘llaniladi. Qo‘shimcha parenteral ovqatlantirish esa og‘ir gipoglikemiyali yoki gipoglikemiyani davolash zarur bo‘lgan, shuningdek, enteral ovqatlanish mumkin bo‘lmagan chaqaloqlar uchun talab qilinishi mumkin;

– diareyali chaqaloqlarga tez-tez ko‘krak suti bilan boqish va zarurat bo‘lganda parenteral ovqatlanish talab qilinadi. Fitoterapiya olayotgan bo‘lsa.

KO‘KRAK SUTI BILAN OZIQLANTIRISHDA YUZAGA KELUVCHI MUAMMOLAR:

Ona tomonidan:

Ko‘krak bezi uchining shakli - emizish vaqtida so‘rg‘ich shakliga (kichkina, silliq, tortilgan) bog‘liq qiyinchiliklar uchrab turadi, lekin bola har qanday ko‘krak bezini so‘ra oladi, chunki barcha shakldagi ko‘kraklarda sut bezlari miqdori taxminan bir xil bo‘ladi, shakl esa yog‘ to‘qimasi miqdoriga bog‘liq. Onani bolaga ko‘krak tutish texnikasiga o‘rgatish kerak.

Ko‘krak bezi uchining yorilishi va yallig‘lanishi - bolaga noto‘g‘ri ko‘krak tutish natijasida og‘riq va yoriqlar kelib chiqadi. Ko‘krak uchini tez-tez (1 kunda 1 martadan ko‘p) yuvish, teri sekretsiyasi himoya qavatini yo‘qotib, yoriqlar paydo bo‘lishiga olib keladi.

Sut bezlarining shishishi - onaning sut bezlari sut bilan tez to‘ladi, taranglashadi va shishadi, natijada bola ko‘krak uchi va uning atrofi aylanasini qamrab ololmaydi. Bunday holda qo‘lda sutni 20-30 ml sog‘iladi, bolaga qoshiq yordamida beriladi, so‘ngra ko‘krak tutiladi. Lekin, ko‘krakni sog‘ish sut ishlab chiqarishni ko‘payishiga olib kelishi va shishni ko‘paytirishini unutmash kerak.

Sut bezi absessi - ko‘krak tutishni noto‘g‘ri qo‘llash natijasida rivojlanadi, bu esa sutni to‘lanib qolishini chaqiradi va bezlarni o‘tkir yallig‘lanishiga olib keladi. Bunday hollarda onaga antibiotiklar buyuriladi. Onani ko‘krak suti bilan boqishni davom ettirishga ko‘ndirish kerak. Antibiotiklar bolada suyuq ich kelishini keltirib chiqarishi mumkin, lekin unga zarar qilmaydi. Ko‘krak suti bolani ichaklaridagi

kerakli mikroflorani tiklaydi. Ko'krak suti bilan ayniqsa zararlangan ko'krak suti bilan boqishni to'xtatish yallig'lanish jarayonini faqat og'irlashtirishini yodda tutish kerak. Shuning uchun zararlangan ko'krakni (ajralsmalar xarakteridan qat'iy nazar) emizish maqsadga muvofiqdir.

Sut yetishmasligi sabablari - kam emizish, kechasi emizmaslik, ko'krak suti bilan emizishni (qisqaligi) davomsizligi, ko'krakni noto'g'ri tutish, ko'krakni to'liq bo'shamasligi, havoli - so'rg'ichdan foydalanish, qo'shimcha ovqatlanishni kiritilishi. Sut miqdorini ko'paytirish uchun tez-tez emizish, emizish orasidagi vaqtni qisqartirish va ko'krakni tez-tez sog'ish (sog'ilgan sutni o'z bolasiga berish zarur) kerak.



96-rasm. Sutni sog'ish

Bola tomonidan:

Uyquchanlik - ba'zi bolalarda uyqu davomiyligi 3-4 soatgacha cho'zilishi mumkin, bunda nafas buzilishi, yurak tug'ma nuqsonlari, Daun sindromi yoki birlamchi asab-mushak kasalliklari, gipoglikemiya, infeksiya yoki og'iz bo'shlig'i anomaliyalari bor-yo'qligini aniqlash kerak bo'ladi. Agar yuqoridagi belgilar bo'lmasa va bola vazni bir me'yorda ortsa, u holda bolaga o'z xohishiga ko'ra uyg'onish imkonini berish kerak.

Muddatiga yetmay tug'ilgan va kam vaznli bolalar - gestatsiya muddati va vazniga qarab, so'rish refleksini kuchsizligi va yo'qligi kuzatilishi mumkin. Bu holda o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida ovqatlantiriladi.

So'rish refleksining pasayishi - asfiksiya, jarohat, dori-darmonlar (onaga umumiy narkoz berilishi), onaning MNS faoliyatiga ta'sir qiluvchi moddalar qabul qilishi natijasida MNS zararlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bolaning ahvoli yaxshilanguncha, o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida oziqlantirish kerak.

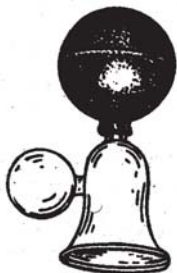
Yangi tug'ilgan bolaning emib so'radigan sut miqdori uning rivojlanishi uchun katta ahamiyatga ega. Zarur sut miqdorini aniqlash uchun quyidagicha hisob qilinadi. Dastlabki 8-9 kunda chaqaloq necha kunlik bo'lsa, o'sha kunlar soni 10 ga ko'paytirilganda qanday son chiqsa, har gal emganda o'shancha sut so'rishi kerak. Masalan, bola hayotining ikkinchi kuni har gal 20 ml, uchinchi kun 30 ml, beshinchi kuni 50 ml sut so'rishi kerak va hokazo. Bu yoshdagi bolaga bir sutkada zarur sut miqdori quyidagi formulaga qarab belgilanadi:

$$X = 10 \cdot n$$

bu yerda X - sutkada zarur sut miqdori, n - bola hayotining kunlari.

Bolaning yaxshi kayfiyatda bo'lishi, tinch uxlashi, berilib emishi uning yetarli miqdorda sut olayotganligidan guvohlik beradi. Bola so'rayotgan sut yetarli ekanligiga shubha tug'ilsa, emizishdan oldin va keyin bola nazorat maqsadida tortib ko'riladi (vazndagi tafovut bola so'rib olgan sutning miqdorini ko'rsatadi). Bola hayotining dastlabki kunlaridanoq unga har kuni 30-50 ml choy yoki qaynagan suv ichirishi tavsiya etiladi. Yilning issiq vaqtida 100-120 ml gacha suv yoki choy ichiriladi.

Chaqaloq hayotining 3-4-kunida vazni kamayadi, bu fiziologik hodisa hisoblanadi. Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar vazni 100-300 gr chamasi kamayadi, bu dastlabki vaznining 6-8 foizini tashkil etadi 4-5 kundan boshlab bola vazni osha boshlaydi. Tug'ruq kompleksidan uyiga jo'natiladigan paytgacha chaqaloq vazni dastlabki (tug'ilishdagi) miqdoriga yetadi yoki undan ham oshadi.



97-rasm. Sut so'rg'ich



98 rasm. Rezina so'rg'ichli shisha nakladka



99-rasm. Dyatlov nakladkasi

CHALA TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH



100-rasm. Yopiq turdagi kuvez

Bolaning chala tug'ilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishining ma'lumotlari, hammadan muhimi – chaqaloqni tekshirish ma'lumotlari hisobga olinadi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar bo'shang, uyquchan bo'lib, chinqirganda ovozi past chiqadi, yuzaki nafas oladi, ko'pincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslari susayganligi qayd qilinadi. Bola anchagina chala bo'lsa, sut emish va yutish reflekslari yuzaga chiqmaydi. Chala tug'ilgan bolalarda

termoregulyatsiya yaxshi rivojlangan emas, shuning uchun havo soviganda tana harorati pasayadi, isib ketganda esa ko‘tariladi.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda immunitet pasaygan, shuning uchun ular yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis) ga moyilroq bo‘ladi.

Chala tug‘ilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi parvarish bilan boqishga anchagina bog‘liq. Chala tug‘ilganlar badani sovuqdan ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash (tualet) avaylab tez o‘tkaziladi, ayni vaqtda yo‘rgaklash stolchasi isitiladi (isitgich qo‘yiladi, yo‘rgagi isitiladi), isituvchi lampa ostida issiq yo‘rgak va adyolga o‘raladi. Keyinchalik yo‘rgaklash va tozalash vaqtda bola albatta issiq tutiladi.

Chala tug‘ilganlarni issiq tutish uchun kuvez va isitgichlardan foydalaniladi. Kuvezlarning konstruksiyasi har xil, hozirgi davr harorati, namligi va shu kabilar avtomatik ravishda boshqariladigan kuvezlar bor. Oddiy kuvezlar qo‘shdevorli vannachalarga o‘xshaydi: kuvez devorlari orasidagi bo‘sh kamgakka zaruratga qarab qariyb 60° temperaturadagi suv quyiladi. Kuvez tubidagi choyshabli matrasga issiq qilib o‘ralgan bola yotqiziladi. Bolaning yoniga termometr joylanadi, kuvezdagi harorat 30-32° bo‘lishi kerak.

Kuvezlar bo‘lmasa, 60° gacha isitilgan suvli isitgichlardan foydalaniladi. Bolaning har tomoniga bittadan va karavotchasing oyoq tomoniga yana bitta isitgich qo‘yiladi. Isitgichlarni bolaning tagidan qo‘yish yaramaydi, ularni birato‘la almashtirmasdan, navbat bilan almashtirish kerak.

Chala tug‘ilgan bolalar qizib ketishga chidash bermaydi. Ular qizib ketganda bezovtalanadi, harorati ko‘tariladi, badani qizaradi, terlab ketadi. Bunday hollarda isitgich (yoki kuvez) haroratini pasaytirish kerak. Vazni kam bolalarni paxtaga urab qo‘yish mumkin.

Chala tug‘ilgan bolalar infeksiyadan ehtiyot qilinadi, shu maqsadda maxsus palatalar ajratiladi. Maxsus palata ajratishning iloji bo‘lmagan kichkina muassasalarda chala tug‘ilgan bolani chaqaloqlarning umumiy palatasiga yotqizib, oynavon devor bilan ajratib qo‘yishga to‘g‘ri keladi. Chala tug‘ilgan bolalarni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi.



101-rasm. Chala tug‘ilgan va alohida parvarishga muhtoj bo‘lgan chaqaloqlarni yo‘rgaklash uchun maxsus isitiladigan shkaf.

Chala tugʻilgan bolani ayolning koʻkrak suti bilan, yaxshisi onasining suti bilan boqish nihoyatda muhimdir. Chala tugʻilgan bolalarni boqish usuli ularning nechogʻli chalaligiga, umumiy ahvoriga, sut soʻrish va yutish qobiliyatiga bogʻliq. Chala tugʻilgan bolani tugʻruqdan 2 soat keyin birinchi marta emizgan maʼqul. Ularni bir sutkada necha marta emish kerakligi bolaning xususiyatlariga bogʻliq. A. F. Tur vazni 2000-2500 gr keladigan bolalarni sutkasiga 7-8 marta, 1500-2000 gr vaznli bolalarni 8-10 marta, 1000-1500 gr vaznli bolalarni 10-14 marta emizishni tavsiya etadi.



102-rasm. Chaqaloqqa sut ichirish uchun qoshiqcha



103-rasm. Sutni zond orqali berish

Chala tugʻilgan bola tuzukkina emsa, umuman qabul qilingan qoidalar asosida emizaverish kerak. Bola sutni yaxshi soʻrmasa, tez charchab qolsa, bir gal emizgandan keyin ikkinchi gal sutni shishadan rezina soʻrgʻich orqali ichirish mumkin. Dastlab sutkasiga 1-2 marta emchak solinadi; bola oʻzini tutib olgach, bot-bot emiziladi, bora-bora u soʻrgʻichdan butunlay voz kechadi emchak olmasa yoki soʻrgʻich orqali soʻrolmasa, sutni sogʻib, iliq holda oz-oz qoshiqda ichiriladi. Kichkina choy qoshiqdan foydalanishadi; uchi choʻziq qoshiqcha hammadan qulay. Bolaga sut berishdan oldin va

keyin kisloroddan nafas oldiriladi. Nimjon bolalarga sutni pipetkada ichirish mumkin. Pipetkadagi sut bolaning yuqori labiga burun kataklari yaqinidan tomiziladi. Sut burun-halqum orqali oqib tushib, qiziloʻngachga oʻtadi.

Sut soʻrish va yutishga ojiz boʻlgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi. Buning uchun 13-15-sonli yumshoq kateterdan foydalaniladi, kateter shisha naycha orqali voronkaga ulanadi. Zond bolaning qiziloʻngachiga ogʻzidan avaylab kiritiladi. Zond kiritishdan oldin uchiga steril vazelin moyi surtiladi. Bolaning meʼdasiga havo kirib qolmasligi uchun sut zondan uzluksiz kirib turishi kerak.

Chala tugʻilgan bolaning tana haroratiga, vazniga, terisiga, sezgi aʼzolariga, ichining yurishib turishiga, umumiy ahvoriga va xulq-atvoriga eʼtibor bilan qarab turiladi. Chala tugʻilgan bolalar tugʻruq

kompleksida kamida ikki hafta parvarish qilinadi, anchagina chala bo'lsa, tug'ruq kompleksida uzoqroq saqlanadi.

Onasi uyiga jo'natilayotganda chala bolani parvarish qilish va boqish to'g'risida mukammal yo'l-yo'riqlar beriladi, chala tug'ilgan bolaning uyiga jo'natilayotganligi bolalar poliklinikasiga oldindan ma'lum qilinadi.

HOMILA VA CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI
(ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi - AB (0)
bo'yicha izoserologik mos kelmasligi)

Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligining rivojlanishi ona qornida boshlanib, ona va homila qonining rezus-faktor bo'yicha (onaning rezusi-manfiy, bolasi rezus musbat) yoki AB0 qon guruhi bo'yicha mos kelmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Rezus–konflikt holatlarida ona organizmida rezus–antitelalar ishlab chiqarilib, ular platsentar to'siq orqali homila qoniga o'tadi va eritrositlar gemoliziga sababchi bo'ladi. Eritrositlar gemolizining intensivligi ona qonidagi rezus-antitelalar titri konsentratsiyasiga bog'liq bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi ko'pincha ikkinchi va asosan uchinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi. Birinchi homiladorlikda bola sog'lom tug'iladi, chunki ona organizmida homilaning rezus-musbat qoni hisobiga anti rezus antitelalar ishlab chiqilmagan, ona organizmi sensibilizatsiyalanmagan bo'ladi. Ikkinchi homiladorlikda anemiyaning yengil darajasi bilan, uchinchi homiladorlikda esa kasallikning aniq belgilari bilan tug'iladi. Agar ayol organizmi homilador bo'lgunga qadar rezus–musbat qon quyilishlar oqibatida sensibilizatsiyalangan bo'lsa, birinchi homiladorlik bola tushishi, o'lik homila tug'ilishi yoki og'ir darajali gemolitik kasallik belgilari rivojlangan holda bolaning tug'ilishi bilan tugashi mumkin. Qon guruhining AB0 tizimi bo'yicha mos kelmaslik holatlarida gemolitik kasallikning yengil klinik ko'rinishi kuzatiladi va asosan birinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi uch xil klinik ko'rinishda namoyon bo'ladi – anemiya, gemolitik sariqlik va shish shakllarida.

Gemolitik kasallikning anemiya turi – kasallikning yengil turi hisoblanadi. Odatda, hayotining birinchi haftasi oxirlarida namoyon bo'ladi. Eritrositlar miqdori 2-3 mln. ga tushib ketadi. Jigar va taloq

kattalashishi mumkin. Diaqnoz ona va bola qon guruhlarini aniqlash va rezus-faktorga tekshirish asosida qo'yiladi. Chaqaloqlar gemolitik kasalligining mazkur turida davu choralari yaxshi samara beradi.

Chaqaloqlarda gemolitik sariqligi – gemolitik kasallikda eng ko'p uchraydigan sindromdir. Odatda bola muddatiga yetib, terisida sariqlik belgilari bilan tug'iladi yoki sariqlik birinchi va ikkinchi sutkalarda rivojlanib boradi. Terisi sariq-yashil yoki sariq-malla tusga kiradi. Homila oldi suvlari ham sariq rangda bo'lishi mumkin. Jigari va talog'i kattalashgan, bola shalpaygan, ko'krakni apatik va sust so'radi. Yurak tomirlari bo'g'iq. Siydigi to'q rangda, ahlati o'zgarmagan, anemiya kuzatiladi va kindik qonida billirubin pegmentining yuqori konsentrat-siyasi qayd qilinadi (3-10 mg % va undan ham baland, normada 1,5 mg % gacha).

Qonda billirubin miqdorining keyingi keskin ko'tarilishi bolaning markaziy asab tizimi uchun zaharli bo'lib, bolada yadroli sariqlikning klinik belgilarini namoyon qiladi – mushaklarning tortishishi, rigidligi va opistotonusi, ko'z harakati buzilishlari, “quyosh botishi” simptomi paydo bo'lishi mumkin. Sariqlikning klinik davomiyligi uch haftagachaga va undan ko'p bo'lishi mumkin. Og'ir turlarida, ayniqsa yadroli sariqlikda birinchi haftada o'lim holati kuzatiladi. Tirik qolgan bolalarda psixik va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish kabi jiddiy asoratlar kuzatiladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining shish turi – kasallikning eng og'ir darajasi bo'lib, bunda ko'pincha chaqaloqlar maseratsiya belgilari bilan tug'iladi va dastlabki soatlarda o'ladi. Tug'ilgan chaqaloqning tashqi ko'rinishida o'ziga xos belgilar - terisi va shilliq qavvatlari keskin oqargan, ter osti kletchatkasining tarqalgan shishi, plevra va qorin bo'shliqlarida suyuqlik yig'ilishi, og'ir anemiya (eritrositlar miqdori 1-1,5 mln. , gemoglobinlar miqdori 20-30 gacha tushishi) kuzatiladi.

Diagnostikasi: kasallik akusherlik-ginekologik, hayot anamezi, homilador ayol qonidan rezus-faktor va antirezus antitela titrini aniqlab (xotin-qizlar maslahatxonalarida) yangi tug'ilgan chaqaloqning kindik venasidan billirubin miqdorini, gemoglobini va rezus faktorini aniqlash uchun qon olib, laboratoriya tahlili o'tkaziladi va uning natijasi hamda klinik belgilariga asoslanib diaqnoz qo'yiladi.

Davolash. Gemolitik kasallikning og'ir turlarida rezus-manfiy qonni almashlab quyish zarur bo'ladi. Bunda 1 kg bola vazniga 150 ml hisobida qon quyiladi (maksimum 1 kg vazniga 160-170 ml). Tibbiy ko'rsatmalardan kelib chiqib, qon quyish muolajasini takrorlash

mumkin. Glyukozaning 10 va 20 % eritmasini vena ichiga tomchilab yuborish, plazma qo'yish (1 kg vaznga 10 ml) tavsiya qilinadi. Shuningdek, V guruh vitaminlari, gormonal preparatlar (3 ml kortizon mushak orasiga kuniga 2 mahal 5-7 kun davomida) qo'llaniladi. Asab tizimining zararlanish holatlarida glyutamin kislotasi va V vitaminlar tavsiya qilinadi.

Anemiya turida kam-kam va tez-tez rezus - manfiy bir guruhli qon (30-50 ml dan) quyiladi. Ona sutida rezus-antitelalar bo'lganligi sababli ikki hafta davomida chaqaloq ko'krakka berilmaydi, donor suti bilan ovqatlantiriladi.

Profilaktikasi. Barcha homilador ayollar qoni rezus-faktor bo'yicha tekshiriladi. Rezus-manfiy qonli ayollarda rezus-faktorga antitelalar mavjudligi aniqlanadi. Homiladorlikning oxirgi haftalarida antitelalar titri konsentratsiyasining sezilarli oshishi tug'ruqni tezlashtirish ya'ni homiladorlikning 36-37 haftalarida tug'ruq kuchlarini stimulyatsiya qilib tug'dirib olishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Nazorat uchun savollar:

1. Chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil qilishga qo'yilgan talablar.
2. Chaqaloqlarni parvarish qilishning zamonaviy usullarining amaldagi usullardan farqi.
3. Ko'krak suti bilan emizishning afzalliklari nimadan iborat?
4. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning o'ziga xos xususiyatlari qanday ifodalanadi?

XIII BOB. HOMILADORLIGI PATOLOGIK KECHAYOTGAN AYOLLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan bogʻliq boʻlgan, homiladorlik tugashi bilan oʻtib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik gestozlari deyiladi. Gestozlar homiladorlik vaqtida roʻy beradi va odatda homiladorlik tamom boʻlishi bilan oʻtib ketadi. Tugʻruq (yoki abort) dan keyin gestozlarning barcha belgilari odatda butunlay yoʻqoladi; shu kasalliklarning uzoq davom etuvchi ogʻir shakllaridan keyin ayrim asoratlari kuzatiladi.

Homiladorlik gestozlarini homila tuxumidan (homila va platsentadan) ayol organizmiga oʻtadigan yot oqsillarga sezgirlik ortishi bilan tushuntiradigan nazariya diqqatga sazovordir.

Homiladorlik gestozlarining kelib chiqishi ayol asab tizimining funksional xususiyatlariga koʻp jihatdan bogʻliq. Homiladorlik ayol organizmiga yangi, ortiqroq talablar qoʻyadi. Shu munosabat bilan homiladorlikda deyarli barcha organ va tizimlar funksiyasi oʻzgaradi, modda almashinuvida kattagina oʻzgarishlar roʻy beradi. Bu oʻzgarishlar moslanish tariqasidagi fiziologik oʻzgarishlar boʻlib, homiladorlikning eson-omon oʻtishiga va homilaning rivojlanishiga yordam beradi. Hozirgina koʻrsatilgan oʻzgarishlarning hammasi asab tizimining nazorati ostida kelib chiqadi va avj oladi. Ayolning asab tizimida oʻzgarishlar mavjud boʻlsa, moslanish tarzidagi fiziologik reaksiyalar toʻgʻri rivojlanmaydi. Bir qancha organ va tizimlar faoliyatidagi oʻzgarishlar patologik tus oladi; moddalar almashinuvi buziladi, homilador ayol organizmining tashqi va ichki muhitdan keluvchi taʼsirlarga javob reaksiyasi oʻzgaradi. Mana shu oʻzgarishlarning hammasi gestozlar paydo boʻlishiga olib keladi. Ilgari boshdan kechirilgan ogʻir kasalliklar, notoʻgʻri ovqatlanish, gigiyenik rejimning buzilishi, haddan tashqari charchash va ayol organizmining chidamini kamaytirib qoʻyadigan boshqa omillar asab tizimi funksiyalarning oʻzgarib ketishiga, demak gestozlar kelib chiqishiga ham sabab boʻladi. Gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, buyrak, jigar, ichki sekretsiya bezlari kasalliklari (diabet, tireotoksikoz va boshqalar) va boshqa organ hamda tizimlarning kasalliklari bilan ogʻrib yurgan ayollarda kechki gestozlar koʻprok paydo boʻladi va ogʻirroq oʻtadi.

Boshqa kasalliklar ustiga paydo bo'lgan gestozlar “qo‘shilgan” gestozlar deb ataladi.

Homiladorlik gestozlarining tasnifi. Homiladorlik gestozlarining quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. Homiladorlikning ilk gestozlari: homiladorlarning qusishi, so‘lak oqishi. Ilk gestozlarda, asosan, ovqat hazm qilish tizimida o‘zgarishlar kuzatiladi.

2. Homiladorlikning kechki gestozlari: homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya. Kechki gestozlarda qon tomirlarda degenerativ o‘zgarishlar bo‘ladi.

3. Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan turlari: homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalyatsiya, xoreya kabilar.

Homiladorlarning qusishi (emesis gravidarum). Ko‘p ayollar, ayniqsa, birinchi marta bo‘yida bo‘lgan ayollar homiladorlikning dastlabki oylarida ertalab ko‘ngli aynib, qusadi. Ular har kuni qusmaydi; qusish ayolning sog‘lig‘iga ta’sir etmaydi. Bunday qusish gestoz emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi gestozga aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko‘ngli ayniydi, aksari ishtahasi pasayadi, o‘tkir va sho‘r ovqatlarni ko‘ngli tusaydi. Ayol qusishiga qaramay ovqatning bir qismi organizmda qoladi va homilador ayol vazni aytarli kamaymaydi. Homilador ayol darmoni quriyotganini, jirtaki, uyquchan, ba’zan esa uyqusiz bo‘lib qolganini aytadi. Homilador ayolning umumiy ahvoli qoniqarli, temperaturasi normal bo‘lib; pulsi bir qadar tezlashuvi (tomiri bir daqiqada 90 marta qadar urishi) mumkin. Homiladorlarning qusishi dastlabki 2-3 oyda kuzatiladi, dori-darmon qilish natijasida yoki o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi.

Homiladorlik qusishlarining uch darajasi tafovut qilinadi:

1 – yengil shakli;

2 – o‘rta og‘irlikdagi qusish;

3 – tiyilmaydigan qusish – og‘ir shakli.

Bularning barchasi yagona rivojlanuvchi patologik jarayonning turli darajalari hisoblanadi va ular birinchi darajada tugallanishi yoki og‘irlashuvi mumkin. Qusishning yengil shakli asab tizimida funksional o‘zgarishlar (nevroz fazasi) bilan, o‘rtacha og‘irlikdagi shakli – intoksikatsiya (toksikoz fazasi), og‘ir shakli esa – distrofik (distrofiya fazasi) jarayonlar bilan xarakterlanadi.

Homiladorlik qusishning yengil shakli. Qusishning bu shaklida asosan asab tizimidagi funksional o‘zgarishlar kuzatiladi. Kasallikning

asosiy simptomi qusish. Qusish ko'ngil aynish, ishtahaning pasayishi, ba'zan achchiq va sho'r narsalarga ko'ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2-4 martagacha qusish takrorlanadi, ko'pincha ovqat yegandan keyin. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi, pulsi 1 daqiqada 90 marta, arterial qon bosimi normal holatda bo'ladi. Qonda va siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan darmonsizlik, uyquchanlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish davolanganda yengil o'tib ketadi, ba'zan o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi. 10-15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

Qusishning o'rta og'irlikdagi shakli. Gestozning bu fazasida asab tizimidagi o'zgarishlar kuchayadi.

Gestozning bu fazasida ichki sekretsiya bezlari faoliyatida katta o'zgarishlar bo'ladi. Klinik manzarasi qusishning tezlashuvi (bir sutkada 10 marotaba va undan ham ko'proq) bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayolning vazni kamayadi, oriqlab ketadi. Tana harorati subfibril ($37,5^0$ gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95-100 marotaba 1 daqiqada, terisi quruq, darmonsizlik va befarqlik bo'lishi mumkin. Siydik ajralishi kamaygan, ko'pincha siydikda aseton topiladi. Tili karashlangan, quruq, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasa-da, eritrositlar va gemoglobin pasayishi mumkin.

Bemorni shifoxona (tug'ruq kompleksi) sharoitida o'z vaqtida to'g'ri davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi va qaytadan davolash kursini o'tkazishga to'g'ri keladi. Kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiyilmaydigan qusishga o'tishi mumkin.

Homiladorlikning tiyilmaydigan (haddan tashqari) qusishi (hyperemosis gravidarum) og'ir kasallik hisoblanadi. Tez-tez qusishga organizmdagi eng muhim funksiyalarning buzilganidan darak beruvchi boshqa simptomlar ham qo'shiladi.

Ayol bir sutkada 20 marta va undan ortiq qusadi; kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning ovqatdan ko'ngli qoladi. Qusish ustiga ko'pincha so'lagi ham oqadi. Ayolning tana vazni kamayadi. Kasallik uzoq davom etganda ayol juda ozib ketadi, teri ostidagi yog' qatlami yo'qoladi. Terisi quruq va ilvillagan, tilini karash bosgan bo'lib, og'zidan qo'lansa hid keladi.

Tana temperaturasi subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi (tomiri bir daqiqada 100-120 martacha uradi), arterial bosim pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Bemor quvvatdan ketadi, miriqib uxlamay-

di, qo'zg'algan yoki beparvo (apatiya) bo'ladi. Kasallik ayniqsa og'ir o'tganda temperatura ko'tarilib, badan sarg'ayadi, puls juda ham tezlashib, aritmiya qayd qilinadi; bemor alahlashi mumkin. Qusishi tiyilmayotgan bemorni o'z vaqtida davolash zarur. Bemor davolanmasa, organizmda og'ir distrofik o'zgarishlar ro'y berib, ayol o'lib qolishi mumkin.

Homiladorlarning qusishini va tiyilmaydigan qusishini davolash va parvarishlash. Bemorlar statsionarga yotqizilib, ruhan va jismonan to'liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni kasalxonaga yotqizib, hatto davo qilinmaganda ham umumiy ahvoli, ko'pincha yaxshilanib ketadi.

Bemorni yaxshi parvarish qilish, tinch qo'yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o'tib ketishiga va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishiga ayolni toqat bilan ishontrishning ahamiyati katta.

Bemorga oson hazm bo'ladigan yengil ovqatlar (suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog'siz go'sht, baliq, tuxum, sariyog') uning istagiga qarab buyuriladi. Bemor ovqatni yotgan hoida, bot-bot, oz-ozdan yeb turadi; ba'zan sovuq ovqat yaxshiroq singadi.

Agar ovqat singmasa, venaga glyukoza (40% li eritmasi 30-50 ml) yuboriladi yoki tomchili klizma qilib yuboriladigan fiziologik eritmaga glyukoza qo'shiladi. Glyukoza bilan fiziologik eritmadan qilinadigan tomchili klizmalar (1 l fiziologik eritmaga 40% li glyukoza eritmasidan 100 ml qo'shiladi) keng qo'llaniladi, ular organizmni suvsizlanishdan saqlaydi va oziq moddalarning yetib borishiga yordam beradi. Tomchili klizmalar yo'li bilan kuniga 1, 5-2 l fiziologik eritmaga glyukoza qo'shib yuboriladi.

Tomchili klizmaga bulon, sut, tuxum, tolqon qo'shsa bo'ladi. Eritma bir daqiqada 60-80 tomchi (soatiga 200-300 ml) tezlik bilan kiritiladi. Ayolning ahvoli hademay yaxshilanadi va uni odatdagicha ovqatlantirish mumkin bo'lib qoladi.

Vitaminlar (avvalo C va B₁) glyukozaga qo'shib venaga yuboriladi yoki ichiriladi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, dorilar bilan davolashga to'g'ri keladi. Bromidlar ko'rinishidagi mikroklizmalar (4% li natriy bromid eritmasidan kuniga bir mahal 50 ml) muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

N.V.Kobozeva bromni kofein bilan birga ishlatishni taklif etdi. Natriy bromidning 10% li eritmasi har kuni 10 ml dan venaga yuboriladi; 10% li kofein eritmasi terining ostiga kuniga ikki mahal 1 mldan yuboriladi; davolash 10-15 kun davom etadi.

Fiziologik uyquni uzaytirish uchun amital-natriy (barbamil) kuniga 2 mahal 0,1-0,15 g dan ichiriladi; davolash 7-10 kun davom etadi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, barbamilidan mikroklizma qilinadi (30-40 ml fiziologik eritmaga 0,15-0,2 g barbamil qo'shiladi). Uyquni uzaytirish uchun lyuminal ichirish mumkin.

Kalsiy xlorid yaxshi naf beradi (10% li eritmasidan 10 ml olib venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasidan 1 osh qoshiq olib 1/4 stakan suv yoki sut bilan klizma qilinadi). Oz-oz (100- 150 ml dan) qon quyib turish foydali.

Homiladorlarning qusishiga davo qilish uchun tabletkalar yoki kapsulalarda aminazin ichiriladi (kuniga 2-3 mahal, 0,025 g aminazin, 0,5 g glyukoza) yoki uning 2,5% li eritmasidan 1 ml ni glyukoza bilan qo'shib, sutkasiga 1 marta venaga yo bo'lmasa novokain eritmasi bilan qo'shib, muskullar orasiga yuboriladi, novokain ham odatda qusishning to'xtashiga yordam beradi. Qusishning to'xtashiga yordam qiladigan boshqa preparatlar (droperidol va boshqalar) ham bor.

To'g'ri dori-darmon qilinganda davo ko'pincha yaxshi naf beradi. Dori-darmon natija bermaganda homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Homiladorlikning kechki gestozlari. Homiladorlikning kechki gestozlariga (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi.

Kechki gestozlar akusherlik amaliyotida o'rtacha 1-2, 7% homilador ayollarda uchraydi. Uning og'ir shakllaridan bo'lgan va akusherlikda tez va shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiluvchi va aksariyat hollarda (50% gacha) onalar o'limi bilan tugashi mumkin bo'lgan eklampsiya holati hayotda 0,1% gacha uchraydi. Kechki gestozlarda asosan qon tomirlar tizimida distrofik o'zgarishlar sodir bo'lib, ularning elastikligi yo'qoladi, sinuvchan bo'lib qoladi.

Homiladorlar gipertenziyasi

Homiladorlik davrida arterial qon bosimining ko'tarilishi, siydikda oqsilning va tanada shishlar paydo bo'lishi homiladorlikning kechki gestozlari deyiladi. Hozirgi vaqtda bu xil patologiyalarni homiladorlik vaqtida gipertenziv buzilishlar deb baholanadi. Bunday patologiyalarga homiladorlik istisqosi, nefropatiyasi, preeklampsiya va eklampsiya holati kiradi.

Homiladorlar nefropatiyasi (nephropathia gravidarum) ga; 1) shish, 2) siydikda oqsil borligi (albuminuriya), 3) arterial bosimning ko'tari-

lishi (gipertoniya) kabi simptomlar triadasi xarakterli. Buni Sange-meyster triadasi ham deyiladi. Baʼzan nefropatiyada qayd etilgan simptomlarning uchasi emas, balki ikkitasi (gipertoniya bilan shish, shish bilan albuminuriya, gipertoniya bilan albuminuriya) yaqqol koʻzga tashnalanishi mumkin yoki bir (monosipmtomli) simptomli nefropatiya ham boʻlishi mumkin.

Badandagi shishlar ustiga arterial bosimning koʻtarilishi va albuminuriya qoʻshiladi, maksimal arterial bosim simob ustuni hisobi bilan aytganda 130 mm dan ortib, 150-180 mm gacha, ogʻir hollarda esa 200 mm gacha koʻtariladi va bundan ham oshib ketadi. Siydikdagi oqsil miqdori 0, 1 g/l dan 5-8 g/l gacha boradi va undan ham oshadi; nefropatiya ogʻir oʻtganda siydikda silindrlar topiladi, sutkalik siydik miqdori kamayadi.

Arterial bosimning koʻtarilishi nefropatiyaning eng doimiy simptomidir. Nefropatiyaning ogʻir shakllarida jigar funksiyalari oʻzgarib, sutuz almashinuvigina emas, balki oqsil va yogʻ almashinuvi ham buzilishi mumkin. Shy munosabat bilan oqsillar va yogʻlar almashinuvining toʻla oksidlanmagan chiqindilari organizmda toʻplanadi.

Nefropatiya birinchi marta boʻyida boʻlgan ayollarda koʻproq uchraydi. Odatda homiladorlikning soʻnggi oylarida, tugʻruqqa yaqin roʻy beradi. Nefropatiya uzoqqa choʻzilib, koʻpincha tugʻruqqacha davom etadi.

Nefropatiya eklampsiyaga oʻtishi mumkin, shuning uchun u ayolning sogʻligʻiga xavf tugʻdiradi. Nefropatiyada homilaning rivojlanishi koʻpincha orqada qoladi, oʻlik tugʻish koʻpayadi.

Davolash va parvarishlash. Nefropatiya faqat statsionarda davolanadi. Har bir homilador ayolda nefropatiya belgilari hatto uncha yaqqol koʻrinmaganda ham, uni tugʻruq kompleksining homiladorlik patologiyasi boʻlimiga (palatasiga) joʻnatish zarur. Bemor yotqizib qoʻyiladi, yengil parhez taomlar buyurilib, suv va tuz isteʼmol qilish cheklanadi. Nefropatiyaning ogʻir shakllarida tuzsiz, asosan uglevodli ovqatlar (kisel, boʻtqa, muss, pechenye, qand, pyure, hoʻl meva va boshqalar) buyuriladi. Oqsil tariqasida qaynatib pishirilgan goʻsht yoki baliq (ozroq miqdorda) beriladi. Badanga koʻp shish toʻplanib, qon bosimi ancha koʻtarilib ketgan boʻlsa, baʼzi kunlari bemorga hech qanday ovqat yedirilmay, faqat 1-1,5 kg olmaga shakar qoʻshib beriladi. Vitaminlar, ayniqsa C, A, B gruppasi tavsiya qilinadi. Bemor ahvolini kuzatib borib, arterial bosimini har kuni oʻlchab, oʻzini tortib turiladi, sutkalik siydik miqdori aniqlanadi, siydigi 2-3 kun oralatib tekshiriladi. Bemor issiq tutiladi, palata tez-tez shamollatib turiladi; iliq dushga

tushish tavsiya etiladi (bemorning qurbi yetsa, har kuni dushga tushiriladi).

Dori moddalardan magniy sulfat qo'llaniladi (25% li eritmasi bir kunda 4 mahal – har 6 soatda 20 ml dan muskul orasiga yuboriladi). Zarur bo'lsa, magniy sulfat eritmasi bilan davolash 2-3 kundan keyin takrorlanadi. Bu dori arterial bosimni pasaytiradi, siydik kelishini kuchaytiradi (shishni kamaytiradi), asab tizimining qo'zg'aluvchanligini bartaraf qiladi. Venaga glyukoza (40% li eritmasidan 25-30 ml), yaxshisi, unga askorbin kislota qo'shib yuborib turiladi. Magniy sulfat yuborilmaydigan kunlari kalsiy xlorid ichish buyuriladi (10% li eritmasi 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal). Qon bosimini pasaytirishga aminazin yaxshi kor qiladi. Bu dori ichish, venaga, muskullar orasiga yuborish uchun buyuriladi. Magniy sulfat (20-25% li eritmasidan kuniga 2 mahal) bilan aminazindan (1 ml 2,5% li eritmasini kuniga 1-2 mahal muskullar orasiga) foydalanish tavsiya qilinadi. Aminazinni rezepin bilan birga (0,1-0,25 mg dan kuniga 2-3' mahal ichish) qo'shib ishlatilsa ham bo'ladi. Boshqa dorilar ham qo'llaniladi (dibazol, pentamin va boshqalar). Badanga shish kelgan bo'lsa, siydik haydovchi dorilar, uyqu buzilganida esa arslonquyruq va valeriana ildizi damlamasi, kechasi ichib yotish uchun nembotal (0,1 g), noksiron (0,2 g) va boshqalar beriladi. Oqsil almashinuvini yaxshilash maqsadida metionin 1,0 dan bir kunda 2-3 marta beriladi. Gipotenziv preparatlardan dibazol 1%-1,0 teri ostiga, eufillin 0, 1-2-3 marta ichishga, agarda A/B juda baland bo'lsa, boshqariladigan gipotoniya usuli qo'llaniladi. Bu maqsadda arfonad, pentamin, geksoniy, benzogeksoniy 0,1%-0,5% eritmalari har daqiqada 50-70 tomchidan tomchilab qon tomirga quyiladi. Agar ahvol yaxshilanmasa tezlik bilan tug'dirish chorasi ko'riladi.

Preeklampsiya. Homiladorlik nefropatiyasi o'z vaqtida davolanmasa, tegishli davolash muhofaza tartibiga rioya qilinmasa, kechki gestozlarning preeklampsiya bosqichiga o'tish xavfi tug'iladi.

Preeklampsiya – nefropatiya simptomlariga (shish, albuminuriya, arterial qon bosimining ko'tarilishi) qo'shimcha boshning qattiq og'rihi, ko'rish funksiyasining buzilishi (ko'z tinishi, ko'z oldining qorong'lashuvi, ko'z oldida doirachalar paydo bo'lishi), to'sh osti (epigastral) sohasida qattiq og'riq bo'lishi bilan ifodalanadi.

Bosh og'rig'i va ko'rish funksiyasining buzilishi markaziy asab tizimi (MNS) faoliyatining hamda miyada qon aylanish jarayonining buzilishi miya ichki bosimining oshishi, miyada istisqo (shish) sodir bo'lishining oqibatidir. Bular natijasida ko'zning to'r pardasida

o'zgarishlar (shish, qon quyilish va to'r parda qon tomirlari to'qimadan ajralishi) paydo bo'lishi ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Preeklampsiyada qon tomirlar, buyraklar, jigar funksiyalari va modda almashinuvining buzilishi nefropatiyaga nisbatan ancha kuchayadi. To'qimalarda kislorod tanqisligi ko'payadi.

Preeklampsiya juda qisqa muddat (bir necha soat, kun) davom etishi va kutilmaganda kechki gestozning eng og'ir shakli eklampsiya holatiga o'tishi mumkin. Bundan tashqari preeklampsiya eklampsiyaga o'tmasidan, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolarga qon quyilishi, platsenta barvaqt ko'chishi, homila uchun xavfli bo'lgan boshqa og'ir asoratlar sodir bo'lishi mumkin. Ko'pincha homila gipoksiyasiga olib keladi va homila tug'ilmasdan yoki tug'ilishi davrida halok bo'lishi mumkin.

Davolash va parvarishlash. Bemor organizmidagi patologik jarayonlar mohiyati eklampsiya holati bilan yaqin yoki bir xilda bo'lganligi uchun eklampsiyani davolashdagi tamoyillarga amal qilinadi, ya'ni bemor darhol tug'ruq kompleksiga, qishloq vrachlik punktlarida bo'lsa kunduz kuni bemorlar yotib davolanadigan xonalardan alohida joy tayyorlab yotqiziladi.

Preeklampsiya belgilari ko'zga tashlanganda darhol homilador ayol uy sharoitida bo'lsa to'shakka, tez yordam mashinasida nosilkaga, tug'ruq kompleksi sharoitida kushetkaga yotqizilib raush efir narkozi berilib uxlatiladi va qon bosimini pasaytiruvchi dori moddalari ineksiya qilinadi. Homilador ayol narkoz holatida transportirovka qilinib, yaqindagi tug'ruq muassasasiga keltirilib, unga davolash muhofaza rejimi tashkil etiladi. Barcha dori moddalari narkoz ostida parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Preeklampsiyani dori vositalari bilan davolash eklampsiya singari amalga oshiriladi (eklampsiyani davolashga qarang).

Eklampsiya. Eklampsiya hurujida nafas olish mushaklarining spazmi ro'y beradi, bu esa apnoega (nafas tutilishi) olib keladi, nafas olish buziladi, til orqaga ketib nafas yo'llarini berkitishi mumkin, oqibatda gipoksiya va giperkapniya yuzaga keladi. Bu holat barcha bezlar sekreti yasini kuchaytiradi. Shuning natijasida oshqozon va ichak soki, so'lak va bronxlar sekreti ko'p ajrala boshlaydi. Hushidan ketgan bemorning yo'talish refleksi yo'qoladi, so'lak va bronxlardan ajralgan sekret nafas yo'lini yopib qo'yib, atelektaz hosil bo'lishga va gazlar almashinuvining buzilishiga olib keladi.

Eklampsiyada 75% kasallarda jigar, buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Eklampsiya – klinik jihatdan juda ko‘p a‘zolar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan sindromdir, shu tufayli bir yoki bir necha marta qaytalanuvchi tutqanoqlar tutishi bilan xarakterlanadi, etiologik jihatdan boshqa patologik holatlarga bog‘liq emas (epilepsiya, miya qon aylanishining buzilishi), homiladorlarda, tug‘uvchi va tuqqan ayollarda uchraydi.

Eklampsiya uchun bir marta yoki qayta-qayta tutqanoq tutilishi tutqanoqdan keyin hushiga kelmaslik eklampsiya komasi, ba‘zan esa tutqanoq tutmasdan hushidan ketish “eklampsiya statusi” ko‘rinishidagi belgilar xarakterlidir.

Tutqanoq tutishida va komada birinchi yordam ko‘rsatish

1. Bemorni tekis joyga ehtiyotlik bilan yotqizib, jarohat olishini oldini olish maqsadida boshini yonboshga qaratish, raush efir narkozi berish, qolgan muolajalar barchasini narkoz ostida bajarish;

2. Bemor og‘zini og‘iz kergich yoki qoshiq yordamida ochib til ushlagich yordamida tilini oldinga tortishi va og‘iz bo‘shlig‘i va nafas yo‘lini shilimshiqlardan tozalash;

3. Tutqanoq tugagan zahoti nafas olish tiklansa kislorod beriladi, uzoq vaqt apnoe holati ro‘y bersa o‘pkani sun‘iy ventilyatsiya apparatiga ulanadi.

4. Yurak faoliyati to‘xtasa o‘pkaga sun‘iy nafas berish bilan bir vaqtning o‘zida yurakni yopiq massaj qilish va yurak tomir reanimatsiya usullaridan foydalaniladi.

5. Qayta tutqanoq tutishini oldini olish maqsadida vena qon tomiriga sibazon (sinonimi seduksen), diazepam, relanium 0, 5% – 2 ml yuboriladi. Bundan tashqari 20 ml 25% magneziy sulfat, kerak bo‘lsa 250-300 mg geksenal yuboriladi va intubatsiya qilinadi.

Fenobarbital 20 ml yoki geksenal 1% eritmasi 200-300 mg mu-shaklar orasiga yoki vena qon tomirga yuboriladi. Magneziy sulfat boshida 25% eritmasidan 20 ml 100-200 ml reopolyuglikin eritmasida aralastirilib 15-20 daqiqa davomida qon bosimini nazorat qilib yuboriladi. Keyinchalik tana vazniga, individual sezgirligiga qarab, bemor ahvolining og‘irligiga, qon bosimi balandligiga qarab bir sutkada bir necha bor yuborilishi mumkin.

Neyroleptoanalgeziya sifatida 0,25% – 3-4 ml droperidol yoki 0,005% – 1-2 ml fentanil ishlatiladi, muskul orasiga yoki vena qon tomiriga yuboriladi. Shuningdek 0,02 g diazepam yuboriladi. Gipotenziv terapiya sifatida ganglioblokatorlarning qisqa muddatda ta’sir etuvchi

guruhlaridan (gigroniy, arfonad) foydalanib, keyinchalik 25% 20 ml magnezii sulfat ishlatiladi. Lozim bo'lganda pentamin 5% – 1-2 ml, benzogeksoniy 2, 5% – 0, 5 – 1 ml vena ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi.

Gestozlarda homiladorlarni tug'dirish

Gestozlarning og'ir shakllarida, eklampsiya, preeklampsiya va nefropatiyaning III darajasida homiladorlarni tug'dirish davolashning ko'pincha asosiy usullaridan hisoblanadi.

Bemorlarni tug'dirish dastlab oldindan tug'ruqqa tayyorlash, intensiv davolash chora-tadbirlari o'tkazilgandan keyin amalga oshiriladi. Bu jarayon bir necha soatdan bir yoki bir necha sutkagacha cho'zilishi mumkin. Agarda eklampsiyaning yuqorida qayd etilgan asoratlari ko'zga tashlansa yoki uni xavfi paydo bo'lsa, shu zahotiy oq tug'dirish chorasi ko'riladi.

Agarda tug'ruq yo'llari tug'ruqqa tayyor bo'lsa, bachadon bo'yni kanali orqali qog'onoq pufagini yirtish (amneotomiya) imkoniyati bo'lgan taqdirda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq. Agarda tug'ruq yo'llari tayyor bo'lmasa, kesar-kesish operatsiyasini kechiktirmasdan amalga oshirish lozim.

Ayollarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish

Gestozlarning I-II og'irlik darajalarida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish uchun (bachadon bo'yni yetilmagan hollarda) dastlab prostaglandin yordamida tug'ruq qo'zg'atiladi. Bu holda oksitosin qo'llashda ehtiyot bo'lish lozim. Prostoglandin yuborishdan 30 daqiqa oldin qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lishning oldini olish maqsadida 1 ml dan promedol yoki diprazinni muskul orasiga yuborish kerak. Tug'ruq paytida gestozlarning kechishi chuqurlashuvi (og'irlashuvi) kuzatiladi. Shu nuqtai nazardan tug'ruqni og'riqsizlantirishning barcha tamoyillariga amal qilishga to'g'ri keladi. Boshqa holatlarda tug'ruq kesar-kesish operatsiyasi bilan tugallanadi.

Gestozlar profilaktikasi

Profilaktika quyidagilarni o'z ichiga oladi: a) ayollar homilador bo'lmasdan oldin ekstragenital kasalliklarni aniqlash maqsadida terapevt ko'rigidan va to'liq tekshiruvdan o'tishi lozim; b) turli xil yuqumli

o'choqlarni (surunkali angina, kasal tishlar, boshqa surunkali yuqumli kasallik manbalarini) sog'lomlashtirish; v) ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni xavfi yuqori guruhlarga kiritib, sog'lomlashtirish, ular orasidan kelajakda homiladorlik va tug'ruq mumkin bo'lmagan ayollarni ajratib alohida dispanser nazoratiga olish.

Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitatsiya)

Bu jarayon uch bosqichdan iborat:

1. Tug'ruq komplekslarining chilla davri bo'limlarida tuqqan ayollarni tekshirish va asoratlarni davolash. 10 kun davomida davolash samara bermasa, bemorlarni ixtisoslashtirilgan kasalxonalariga o'tkazish (kardiologiya, nevrologiya, urologiya va h. z.).

2. Bir yil davomida ayolni akusher-ginekolog va terapevt bilan birgalikda nazorat ostiga oladi va yurak qon-tomir tizimi, buyrak, jigari va ko'zning tubini tekshirib turiladi.

3. Akusher-ginekolog bilan terapevt birgalikda lozim topilsa ayolni kelgusi homiladorlikka tayyorlaydi.

Ayolning bolasi esa neonatologlar tomonidan atroflicha tekshiriladi, keyin pediatrning dispanser nazoratiga olinadi.

Homiladorlik kechki gestozlari haqida zamonaviy ma'lumotlar darslikning akusherlikda tez va shoshilinch yordam bobida keltirilgan.

Abort (bola tashlash)

Homiladorlikning dastlabki 28 haftasida (akusherlik hisobicha 7 oyda) to'xtashi **abort** (abortus) deb ataladi. Homiladorlikning 29 haftadan 38 haftagacha to'xtashi **chala tug'ish** (partus prematurus) deb ataladi.

28 haftagacha tug'ilgan homila yashab ketishi qiyin (juda kam istisnolarni qo'shmaganda). **Chala tug'ilgan** bola yaxshilab parvarish qilinsa (masalan, vazni 1000 g, - 2500 g, bo'yi 35 sm dan – 47 sm gacha) bo'lganda ham yashab va rivojlanib ketadi.

Dastlabki 14 haftadagi abort **ilk abort** deb, 14 haftadan 28 haftagacha bo'ladigan abort **kech abort** deb ataladi.

Abort o'z-o'zidan va sun'iy bo'ladi. **O'z o'zidan** bo'ladigan abortga (bola tushish) (abortus spontaneus) – ayolning ixtiyoridan tashqari ro'y beradi. Bola tushishi takrorlanib tursa, **odat bo'lib qolgan** abort deb ataladi.

Homiladorlikni davolash muassasalarida ataylab to'xtatish **sun'iy abort** (abortus artificialis) deb yuritiladi.

Meditsina muassasalaridan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort **kriminal** (jinoiy) **abort** deyiladi.

Ko'pgina mualliflarning fikricha o'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tushish) 2-8% uchraydi.

N.S. Baksheyev bo'yicha sun'iy abort qilish 2,5-4% gacha, homiladorlikning muddatidan oldin to'xtashi 3,5-4% ga yetadi. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bunday hodisalar shaharda yashovchi ayollar o'rtasida qishloqda yashovchilarga nisbatan 2-3 marotaba ko'p uchrar ekan. Ayniqsa, bu 25 yoshgacha bo'lgan bitta tuqqan, yoki birinchi homilasini abort qildirgan ayollarda ko'proq kuzatiladi.

O'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tashlash). Bola tushushining sabablari har xil: o'tkir yuqumli kasalliklar (gripp, qorin tifi va boshqalar) ning mikroob toksinlari homilaga o'tib, uni nobud qiladi yoki bemor ayolning tana harorati ko'tarilishi natijasida bachadon vaqtidan ilgari qisqaradi. Bu holat bola tushishiga sabab bo'ladi.

Abortning o'tishi quyidagi stadiyalarga bo'linadi: Abort xavfi, yoki tahdid qiluvchi abort (abortus imminens), boshlangan abort (abortus insipiens), jadallashgan abort (abortus progrediens), chala abort (abortus incompletus), to'liq abort (abortus completus).

Oy-kuni yetmasdan tug'ish (chala tug'ish)

PARTUS PRAYEMATURUS

Oy-kuni yetmasdan, chala tug'ish deb homiladorlikning 28 haftasidan keyin to 38 haftasigacha yetmasdan turib tug'ishga aytiladi. Chala tug'ilgan chaqaloq vazni 1000 gr dan kam, bo'yi 35 sm gacha bo'lsa ham, yashab ketishi mumkin.

Homilaning nechog'li erta tug'ilganligi va homilaning qanchaliq yetilganligi anamnez, homilador ayol va tug'ilgan bolani obektiv tekshirishda olingan jami ma'lumotlarga qarab bilib olinadi.

Muddatidan oldin tug'ishning sabablari xilma-xildir. Ular ona organizmi, homila holati hamda yo'ldoshning patologik xususiyatlariga bog'liq. Sabablar orasida homilador ayol kasalliklari alohida o'rin tutadi. Bunga yuqumli kasalliklar (gripp, virusli gepatit, toksoplazmoz va boshqalar), yurak va qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, ichki sekretiya bezlar patologiyasi, kamqonlik va boshqalar, jinsiy

a'zolar yallig'lanishi, *infantilizm*, bachadon bo'ynidagi nuqsonlar (yetishmovchiligi) kirishi mumkin. Bundan tashqari shuni ham ta'kidlab o'tish kerakki, bizning region sharoitimizda chala tug'ishning asosiy sabablaridan biri, homiladorlik gestozlaridir.

Chala tug'ishning kechishi. Chala tug'ish muddati yetib tug'ishga o'xshaydi. Dard va to'lg'oq tutadi, bachadon bo'yni tekislanadi, bachadon bo'ynining teshigi ochiladi, qog'onoq suv ketadi, homila tug'iladi, so'ngra yo'ldosh tushadi. Ammo chala tug'ish muddati yetib tug'ishga qaraganda ko'proq og'irlashadi. Avvalo qog'onoq suvlari barvaqt (va ilk) ketib qoladi, tug'ruq kuchlari sust bo'ladi.

Chala tug'ishda ko'proq homilaning chanoq tomoni oldinda yotadi, homila qiyshiq va ko'ndalang vaziyatlarni oladi, tug'ruq vaqtida va ayniqsa yo'ldosh tushish davrida qon ketadi.

Homila asfiksiyasi, tug'ruq shikastlari - kalla ichining travmasi va o'lik tug'ishi, muddati yetib tug'ishdagiga qaraganda ko'proq uchraydi.

Chala tug'ishni davolash va tug'ruqni boshqarish. Tug'ruq alomatlari boshlangan paytda chala tug'ishning oldini olish uchun choralar ko'rishga harakat qilish, tug'ruq jarayonini to'xtatish mumkin.

Ayolni tug'ruqxonaning patologiya bo'limiga yotqiziladi. Qat'iy o'rinda yotish buyuriladi. Uyquning normal bo'lishi va davolash muhofaza rejimini saqlash katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir vaqtda bachadon mushaklari qo'zg'aluvchanligini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Bular vitamin E, magniy sulfat eritmasi, tokolitik preparatlardan partusisten 0,5 mg, ritodrin 1 mg va boshqalar. Ritodrin 1 mg 250-400 mg natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi. Qon bosimi pasayib, ko'ngli aynishi, qusish, bosh og'rishi bilinadi. Shamchalardan papaverin gidroklorid, indometasinli shamchalar qo'llaniladi.

Tug'ruq kuchlari anomaliyalari

Tug'ruq kuchlarining anomaliyalari zamonaviy akusherlikning aktual muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya hamma tug'ruqning 15-17% tashkil etadi. Bu asorat tug'ruqdan keyin patologik qon ketishi, tug'ruq travmatizmi va homilaning o'lik tug'ilishi hamda chaqaloqlar o'limi ko'payishiga olib keladi.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi. Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: ayolning bolalik va o'smirlik davrida rivojlanishdan orqada qolishi, surunkali infeksiyon kasalliklar, modda almashinuvining o'zgarishi, salbiy hissiyotlar, bacha-

donning neyrotrofik o'zgarishi, ichki sekretiya bezlarining o'zgarishi, yassi qog'onoq pufagi, gipergidroamnion, egiz homiladorlik, homilaning ko'ndaleng yotishi, bachadon bo'ynidagi o'zgarishlar va hokazo.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligida quyidagi asoratlar ro'y berishi mumkin: homila asfiksiyasi, yo'ldosh tushish davrida va ilk chilla davrida patologik qon ketishi, platsenta va uning bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi, chilla davrida septik kasalliklari.

Diagnoz qo'yishda Venkel usulidan, gisterograf apparati ma'lumotlariga va klinik manzarani kuzatish ma'lumotlariga tayaniladi. Agar birinchi marta tug'uvchilarda tug'ruq boshlangandan 6 soat, qayta tug'uvchilarda 3 soat o'tgach, bachadon bo'yni 2-3 santimetr ochilmasa, dard zaif va kalta, dard tutishlar orasidagi pauza davomiy bo'lsa, bunday holda tug'ruq kuchlarning birlamchi sustligi diagnostika qo'yish mumkin. Gisterograf apparati yordamida tekshirilganda 1-2 soat davomida diagnoz qo'yish mumkin.

Davolash murakkab vazifa bo'lib, asosiy sababni aniqlash va uni bartaraf yetishga qaratilgan bo'ladi. Tug'ruq kuchlarining sustligiga qarshi kurashda umumiy choralar: siydik pufagini o'z vaqtida bo'shatish, ichak funksiyasini tartibga solish, tug'uvchi ayolning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishning ahamiyati katta.

Dard sustligida bachadon bo'yni 2-3 barmoq eni ochilishi bilan qog'onoq pufagini yorish tavsiya etiladi. Dardni kuchaytirishning xilma-xil usullaridan foydalaniladi.

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi. Odatda homilaning tug'ilish davrida yoki bachadon bo'yni ochiladigan davrning oxirida tuzikkin dard tutgandan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi boshlanadi. Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: homila boshi o'lchamlarining onaning chanoq o'lchamlariga mos kelmasligi, tor chanoq, bachadon bo'ynining rigidligi, homila pufagi kechikib yorilganda, bachadonning cho'zilib ketishi, egiz homiladorlik, muddatidan o'tgan homiladorlik, salbiy hissiyotlar, tug'uvchi ayolning charchab qolishi.

Dard tutishi susayganda yoki to'xtab qolganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari, qovuq, uretra va to'g'ri ichak homila boshi bilan chanoq devorlari orasida uzoq qisilib qoladi. Shuning natijasida qon aylanishi buziladi, oqibatda to'qimalar nekrozga uchraydi va qovuq bilan qin o'rtasida yoki to'g'ri ichak bilan qin o'rtasida oqma paydo bo'lishi mumkin.

Tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligida homila asfiksiyasiga qarshi kurash olib boriladi, tugʻruq kuchlarini kuchaytirish choralari koʻriladi. Tugʻruq kuchlari homila pufagining kechikib yorilishi sababli susaygan boʻlsa, qogʻonoq pardalarini yirtish kerak. Bachadon boʻyni toʻla ochilgan, homila boshi chanoq boʻshligʻida yoki chanoqning chiqish tekisligida turgan boʻlsa, teri ostiga pitutrin yoki oksitosin yuborish mumkin, bular dard tutishini tezlashtiradi.

Tugʻuvchi ayol charchab qolganda va tugʻruqni tez tugallash zarurati boʻlmaganda, ayolga dam berish zarur. Tugʻruq kuchlarining sustligiga barham berish uchun qovuq va toʻgʻri ichakni oʻz vaqtida boʻshatishning ahamiyati katta.

Chanoq anomaliyalari (tor chanoqlar)

Ayollardagi chanoq anomaliyasi tugʻruqning fiziologik kechishini izidan chiqaruvchi, ona va bola hayotiga xavf soluvchi ogʻir sabablardan biri hisoblanadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga sabab boʻladi.

Oʻzining shakli va oʻlchami bilan normal chanoqdan ancha farq qiladigan chanoq – notoʻgʻri chanoq deyiladi. Oʻlchamlari kichrayib toraygan chanoq homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishiga toʻsiq boʻlishi mumkin.

Tor chanoq. Agar ayol chanogʻi yetilgan homilaning, ayniqsa, homila boshining oʻtishiga toʻsqinlik qilish darajasida toraygan boʻlsa, bunday chanoq **tor chanoq** deyiladi.

Tor chanoqlar ikki turga ajratiladi:

1. Anatomik tor chanoqlar deb uning hamma yoki asosiy oʻlchamlaridan biri kamida 1,5-2 sm qisqarishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tugʻuvchi ayollar orasida oʻrtacha 2,5-3,5% ni tashkil yetadi.

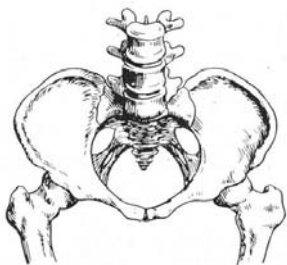
2. Funksional (klinik) tor chanoqlar deb tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Funksional tor chanoq yoki klinik tor chanoq faqat tugʻruq paytida yuzaga keladi va umumiy tugʻruqlarga nisbatan 1,5-2,5% hollarda uchraydi.

Anatomik tor chanoqlardan koʻpincha umumiy tekis toraygan chanoq uchraydi, uning xarakterli belgisi shuki, hamma (toʻgʻri, koʻndalang va qiyshiq) oʻlchamlari baravar qisqargan, aksari 1,5-2 sm qisqargan (104-rasm). Umumiy tekis toraygan chanoq past boʻyli,

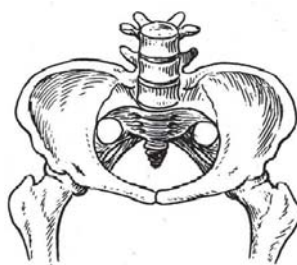
infantilizm belgilari (sut bezlari kichik, qovuq sohasidagi junlar siyrak, tashqi jinsiy a'zolar yetilmagan va hokazo) bo'lgan ayollarda uchraydi. Bundan tashqari yassi (yapaloq) chanoqlar ham akusherlik amaliyotida uchrab turadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga asosiy sabablardan biri bo'lib hisoblanadi.

Tor chanoqni aniqlash. Tor chanoq o'z vaqtida aniqlansa tug'ruq vaqtida ba'zan homiladorlik oxirida ham ro'y beradigan ko'ngilsiz hodisalarning oldi olinadi. Chanoq keskin darajada torayganda yesa kesar-kesish operatsiyasi haqida ogohlantiriladi.

Tor chanoqni aniqlash uchun anamnez bilan tanishiladi, ayol tanasi ko'zdan kechiriladi, chanog'i o'lchanadi, qin orqali tekshirish o'tkaziladi.



104-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoq.



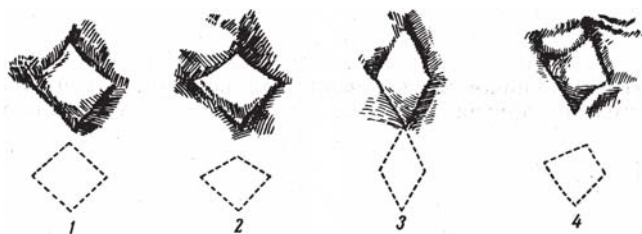
105-rasm. Oddiy yassi chanoq

Ayol tanasi ko'zdan kechirilganda chanoqning torligini ko'rsatuvchi muhim ma'lumotlar olinadi. Ayolning past bo'yli, infantilizm belgilari, skeletning raxitik o'zgarishlari, chanoq-son bo'g'imining ankilozlari, son suyagi chiqqanligi chanoq tor deb taxmin qilinishiga imkon beradi.

Tor chanoqni aniqlash uchun Mixayelis rombinning shakli ahamiyatli. Normal chanoqda romb to'g'ri shaklda, yassi raxitik chanoqda rombnning yuqori yarmi pastki yarmidan kichikroq bo'ladi, chanoq raxitda anchagina deformatsiyalangan bo'lsa, romb deyarli uchburchak shaklida bo'ladi. Umumiy tekis toraygan chanoqda romb uzunasiga cho'zilgan: yuqori va pastki burchaklari o'tkir, yon burchaklari o'tmas bo'ladi (106-rasm).

Chanoq ro'y-rost tor bo'lsa, homilador ayol homiladorlik oxirida homila boshi chanoq og'ziga kira olmay, tug'ruq boshlanguncha ancha yuqorida turadi, shu sababli homiladorlik oxirida bachadon tubi pastga

tushmaydi. O‘sayotgan bachadon qorin bo‘shlig‘iga sig‘may qoladi (ayol bo‘yi past bo‘lsa bachadon kaltalangan bo‘ladi) va qovurg‘alar ostidan yuqoriga hamda oldinga buriladi. Birinchi marta homilador bo‘lgan ayollarning qorin devori elastik bo‘lganidan qorin o‘tkir uchli bo‘ladi (107-rasm), ko‘p tuqqan ayollarning qorni osilib tushadi (108-rasm). Ayol ko‘zdan kechirilganda suyakning yo‘g‘onligiga e‘tibor beriladi, bu esa chanoq suyaklarining yo‘g‘onligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Shu maqsadda bilak kaft usti bo‘g‘imining hajmi ya‘ni Solovev indeksi o‘lchanadi. Shu bo‘g‘imning hajmi 14 sm dan ortiq ekanligi skelet suyaklarining, shu jumladan chanoq suyaklarining qalinligini ko‘rsatadi.

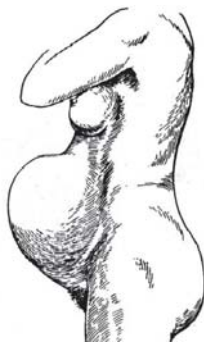


106-rasm. Normal chanoq bilan tor chanoqlarda Mixaelis rombi.

1-normal chanoq; 2-yapaloq raxitik chanoq; 3-umumiy tekis toraygan chanoq;
4-qiyshiq toraygan chanoq.

Chanoqni o‘lchashning alohida ahamiyati bor. Katta chanoq o‘lchamlari kichik chanoq o‘lchamlari haqida muayyan tasavvur beradi. Diagonal konyugata chanoqning torayish darajasini aniqroq ko‘rsatadi. Shuni nazarda tutib, hamma homiladorlar va tug‘uvchi ayollarning diagonal konyugatasi albatta o‘lchanadi. Shu maqsadda qin orqali tekshirish o‘tkazilib, dumg‘aza yassilanganligi va chanoqning boshqa deformatsiyalari bor-yo‘qligi bilinadi, chanoqning sig‘imi taxminan aniqlanadi, dumg‘aza burni paypaslab topiladi va uni barmoq bilan paypaslab bo‘lsa, diagonal konyugata o‘lchanadi.

Chanoqdan chiqish teshigi toraygan degan gumon tug‘ilsa, bu teshikning **to‘g‘ri** va **ko‘ndalang** o‘lchamlari o‘lchanadi. Chanoq o‘lchamlarinigina emas, qorindagi homilaning kattaligini ham bilish tug‘ruq uchun zarur. Shu maqsadda homilaning uzunligi va boshining peshona-ensa o‘lchami, qorin devori orqali tazomer bilan o‘lchanadi.



107rasm. O'tkir uchli qorin.



108-rasm. Osilib tushgan qorin.

Tor chanoqda homiladorlikning kechishi. Tor chanoqda homiladorlikni birinchi yarmi bemalol o'tadi, ikkinchi yarmida esa kech gestozlar ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik oxirida homila boshi chanoqning tor og'ziga suqilmaydi, bachadon tubi balandda bo'lib, diafragmani yuqoriga surib yuboradi. Shu sababli homilador ayol ko'pincha halloslaydi, yurak urishi tezlashadi, tez charchaydi.

Homila boshi chanoq og'ziga kira olmaganidan homila ortiqroq harakatchan bo'ladi. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlari, chanoq tomonining oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchrashiga sabab shu. Homila boshi harakatchan bo'lganidan, yozilib oldinda yotadi: homila boshi tepasining, yuzining va peshonaning oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchraydi. Homila boshining asinklitik suqilishi kuzatiladi, bunga qorinning osilib tushganligi ham sabab bo'ladi.

Homila boshi harakatchan bo'lsa, tegish belbog'i vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmaydi, qog'onoq suvi homilaning pastki qutbiga intiladi. Shu sababli tor chanoqda qog'onoq suvlari ko'pincha barvaqt ketadi.

Chanog'i tor homiladorlar ayollar maslahatxonasida maxsus hisobga olinib, sinchiklab kuzatib turiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida bandaj tutish shart. Homiladorlik yaxshi o'tganda ayol tug'ishdan 2-3 hafta oldin tug'ruqxonaga yuboriladi.

Tor chanoqda tug'ruqning kechishi. Chanoq torayishining 3-4 darajalarida yetuk tirik homilaning tug'ilishi mumkin emas. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bachadon yorilib, septik infeksiya yoki boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berib, ona va homila nobud bo'ladi.

Chanoq birinchi va ikkinchi daraja tor bo'lganida, homilaning o'rtacha kattalikda bo'lishi, homila va uning oldinda keluvchi qismining to'g'ri joylashgan bo'lishi, homila boshining yaxshi konfiguratsiyalana olishi katta ahamiyatga egadir.

Homilaning oldinda keluvchi qismi to'g'ri joylashsa, tug'ruq normal o'tadi va hech qanday og'ir holat ro'y bermaydi. Yuqorida aytib o'tilgan qulay sharoitlardan birontasi bo'lmay, chanoq sal toraygan bo'lsa ham, tug'ruqning normal kechishi izidan chiqishi, tug'ruq vaqtida turli og'ir holatlar ro'y berib, uning patologik holatga aylanishi, ona va homila hayoti uchun xatarli bo'lishi mumkin.

Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish. Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni boshqarish akusherlikda eng qiyin va asosiy masalalardan biri bo'lib hisoblanadi. Tug'ish jarayonida operatsiya yo'li bilan tamomlashni talab qiladigan turli va juda ko'p og'ir holatlarni uchratish mumkin binobarin, homiladorning chanog'i anatomik jihatdan tor bo'lsa, albatta uni tug'ishdan 10-15 kun ilgari shifokor nazorati uchun stasionarga yotqizish kerak.

Funksional (klinik) tor chanoq. Funksional tor chanoq deb, tug'ruq paytida homila boshi o'lchamlarining homilador ayol chanog'i o'lchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Tug'ruqning o'z-o'zidan kechishi yoki jarrohlik aralashuvlar yordamida kechishidan qat'iy nazar, homila o'lchamlariga to'g'ri kelmaydigan har bir holat funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

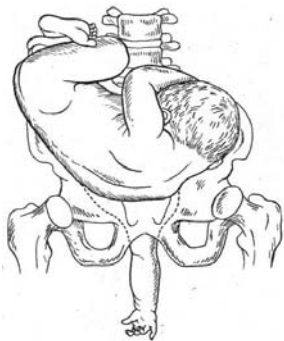
Funksional tor chanoqlar aniqlanganda tug'ruq kesar-kesish operatsiyasi yo'li bilan amalga oshiriladi.

Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi

Homilaning noto'g'ri yotishi deb shunday klinik holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan bo'ladi. Bunday holatlarga homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishlari kiradi va ular barcha tug'ruqlarning 0,5-0,7% ini tashkil qiladi.

Homilaning ko'ndalang yotishi deb (situs trasversus) shunday holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri burchak hosil qiladi, homilaning qiyshiq joylashishi (situs obliqvus) esa homila o'qi bachadon o'qi bilan o'tkir burchak ostida kesishadi. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda pozitsiyasi boshiga qarab aniqlanadi: boshi chapga qaragan bo'lsa –

birinchi pozitsiya (109-rasm), o'ngga qaragan bo'lsa – ikkinchi pozitsiya (110-rasm) deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko'ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.



109-рasm. Homilaning ko'ndalang yotishi, birinchi pozitsiya, oldingi turi.



110-рasm. Homilaning ko'ndalang yotishi, ikkinchi pozitsiya, orqa turi.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishining sabablari har xil:

1. Bachadon bo'shlig'ida homilaning harakatchanligini osonlashtiradigan hamma sharoitlar homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishiga sabab bo'ladi. Qog'onoq suvining ko'pligi, qorin devorining bo'shshaganligi, egiz homiladorlik (ayniqsa qog'onoq suvining ko'pligi bilan birga) shunday sharoitlarga kiradi.

2. Chanoq tor bo'lganda, platsenta oldinda yotganda, bachadonning pastki sigmentida o'smalar paydo bo'lganda va homila boshining bachadon pastki sigmentiga tushishiga va chanoq og'ziga taqalishiga xalaqit beruvchi barcha sharoitlar bo'lganda homila ko'ndalang (qiyshiq) yotishi mumkin.

3. Bachadonning noto'g'ri shakli, masalan, egarsimon bachadonda ham homilaning ko'ndalang yotishi kuzatilishi mumkin.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash. Odatda uncha qiyin bo'lmaydi. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning qornini ko'rish bilanoq uni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirganda uning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu

muddatdagi bo‘ylama yotishdagi holatidan ancha pastda bo‘ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko‘rib, aniqlanadi (Leopold-Lazarevich usuli). Homilaning yurak urishi kindik ro‘parasida, homila boshi qaysi tomonda yotgan bo‘lsa, o‘sha tomon yaqinidan eshitiladi.

Homiladorlik va tug‘ruqni boshqarish. Agar homilaning ko‘ndalang joylashganligi homiladorlikning 28-34 haftalarida aniqlansa, uni bo‘ylama holatga keltirishga imkoniyat bor. Buning uchun homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yonida bo‘lsa, o‘sha yon bilan yotish tavsiya yetiladi.

Agar homila noto‘g‘ri joylashishi homiladorlikning 35-36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol to tuqquncha tug‘ruqxonaga yotqiziladi.

Tug‘ruqxonada homilani ko‘ndalang (qiyshiq) vaziyatdan bo‘ylama vaziyatga burishga tashqi usullar bilan urinib ko‘rish mumkin.

Tug‘ruqni boshqarishda quyidagi holatlarga e‘tibor berish kerak:

1. Homila noto‘g‘ri joylashishida tug‘ruq o‘z holicha tugamaydi, (homila burilishi va aylanishi) juda kam kuzatiladi.

2. Tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ishga ruxsat berish (homilani aylantirib oyog‘idan tortib olish) juda murakkab bo‘lib, bunda aksariyat homilaning o‘lik tug‘ilishi kuzatiladi. Shularni hisobga olib homilani ko‘ndalang joylashishida tug‘ruq ko‘pincha kesar-kesish operatsiyasi orqali amalga oshiriladi.

Homila pardalarining o‘z vaqtida yirtilmasligi

Tug‘ruq normal o‘tganda bachadon bo‘yni teshigi to‘la yoki deyarli ochilgandan keyin homila pufagi yoriladi. Homila pufagi bachadon bo‘ynining tekislashishiga va teshikning ochilishiga yordam beradi; homila pufagining o‘z vaqtida yorilishi tug‘ruqning o‘tishi va qorindagi homila hayoti uchun foydali.

Homila pardalarining barvaqt va ilk yirtilishi. Homila pardalarining tug‘ruq boshlanguncha yirtilishi **barvaqt yirtilish** deb, tug‘ruq boshlangan paytdan tortib to bachadon bo‘yni teshigi to‘la (yoki deyarli to‘liq) ochilguncha yirtilishi **ilk yirtilish** deb ataladi.

Homilaning oldinda yotgan qismi kichik chanoq og‘ziga tushmay, tegish belbog‘i bo‘lmaganda, shu tariqa oldingi va orqa suvlar bir biridan ayrilmaganda homila pardalari ko‘pincha barvaqt va ilk yirtiladi (qog‘onoq suvlari barvaqt va ilk ketadi.) Chanoq tor bo‘lganda, homila ko‘ndalang va qiyshiq yotganda, chanoq oldinda yotganda, oyoq oldinda

yotganda, qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homila pardalari barvaqt, ilk yirtiladi.

Bachadon bo'yni yumshamaganda (rigidlik) va yoki elastikligi kam bo'lganda ham qog'onoq suvi barvaqt va ilk ketishi mumkin.

Qog'onoq suvi barvaqt ketganda ko'pincha homila asfiksiyasi kuzatiladi.

Qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi ayolni darhol tug'ruqxonaga jo'natishga ko'rsatma hisoblanadi. Tug'ruqxonada mikrobnig tushishini va homila asfiksiyasining oldini olish choralari ko'riladi.

Qog'onoq suvi ko'p ketganidan so'ng dard tug'ilmasa darhol bachadon qisqaruvchanligini oshiruvchi dorilar buyuriladi. Dard sust tutsa, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytirish choralari ko'riladi, dard tutish og'riqli bo'lsa, og'riqni qoldiradigan dorilar buyuriladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi. Bachadon bo'ynining tegishli ochilgani holda homila pufagi yorilmay butun tursa va oldingi suv ketmasdan turib homilaning tug'ilish davri boshlansa, homila pardalari **kechikib yirtilishi** deyiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lib o'z vaqtida yirtilmaganda yoki aksincha, haddan tashqari cho'ziluvchan bo'lganda kechikib yirtiladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi ba'zan oldingi suvning kamligiga bog'liq bo'ladi. Oldingi suv kam bo'lganda homila pufagi kam bo'linadi, pardalar homilaning boshiga yaqin joylashadi va hatto unga taqalib turadi (**yassi pufak**).

Homila pardalari kechikib yirtilganda tug'ruq cho'zilib ketadi, dard tutishi og'riqli bo'ladi, homila tug'iladigan davrda oldinda yotgan qism sekin harakatlanadi.

Bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilgani holda pardalarning butunligi aniqlangan holda ularni sun'iy yo'l bilan yirtish zarur. Tarang turgan homila pufagi ishora barmog'ini botirib yoki ikki barmoq orasiga olib yirtiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lsa, o'qsimon (pulevoy) qisqich branshasi, uzun pinset yoki kornsang bilan teshish mumkin. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zining ustida turgan bo'lsa, qog'onoq suvi sekin-asta chiqariladi.

Homila pufagi jinsiy yoriqdan do'ppayib chiqib turgan bo'lsa, barmoq bilan yirtiladi. Odatda shundan keyin homila boshi tez orada suqilib kira boshlaydi.

Chaqaloq homila pardalari bilan ("ko'ylakda") tug'ilgan bo'lsa, nafas yo'llarini bo'shatish uchun birinchi galda yuzidagi pardalarni darhol olish kerak. Aks holda chaqaloq asfiksiyasi ro'y beradi.

Platsentaning oldinda yotishi.

Platsentaning oldida yotishi (platsenta prayevia) homiladorlikning xavfli asorati bo'lib, platsenta bachadonning pastki sigmentiga yopishadi va bachadonning ichki teshigini to'la yoki qisman berkitib qo'yadi. Platsenta homilaning oldinda yotgan qismidan pastroqda joylashib, homila tuxumining oldinda yotuvchi (oldinda keluvchi) qismi hisoblanadi.

Etiologiyasi. Homila tuxumi bachadonning pastki sigmentiga payvandlanib olsa, platsenta oldinda yotadi. Bachadon shilliq pardasidagi yallig'lanish, atrofiya, septik va so'zak kasalligi, abort, ayniqsa, takror abort va undan keyin ro'y bergan yallig'lanish jarayonlari platsentaning oldinda yotishi uchun qulay sharoit tug'diradi.

Platsenta oldinda yotganda bachadonning pastki sigmenti va bo'ynida qon tomirlari keskin darajada kengayadi, uzayadi, ularda bir talay qon bo'ladi. Bachadon bo'ynining to'qimasi tomirlarga boy (g'orsimon to'qimaga o'xshash) yumshoq bo'lib, ehtiyotkorlik bilan ish tutilmasa, osongina uziladi. Uzilgan tomirlardan ko'p qon ketib, ayolning hayoti tahlikada qoladi.

Platsentaning oldinda yotganini aniqlash: homiladorlikning so'nggi oylarida va tug'ruqning birinchi davrida qon ketishining har qanday turi platsentaning oldinda yotishi jihatidan shubhalidir, og'riq sezilmasdan to'satdan qon ketishi ko'pincha platsentaning oldinda yotganidan darak beradi.

Platsenta oldinda yotganda davo qilish. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi homilador ayolni kechiktirmasdan, albatta, kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Hatto juda oz qon ketib, to'xtab qolganda ham, homilador ayolga akusher qo'shib, kasalxonaga jo'natish kerak, qon ketishi istagan paytda boshlanib, tahlikali tus olishi mumkin. Davo usulini tanlashda qon kelishining shiddati va kamqonlik darajasi, operatsiya qilib homilani olishga tug'ruq yo'llarining tayyorlanganligi, homilaning yetilganlik darajasi va homilaning ahvoli tirikligi, asfiksiya va hokazolar hisobga olinadi. Ko'rsatilgan belgilarga qarab ba'zi ayollar darhol operatsiya (hatto kesar kesish) qilinadi.

Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi *(Separatio platsentayae normaliter insertayae praeematura)*

Homiladorlik va tug'ruq normal o'tayotganda platsenta bachadonning yuqori sigmenti devoriga yopishib turadi va tug'ruqning III davrida ko'chib tushadi.

Ba'zi patologik jarayonlarda normal joylashgan platsenta homila tug'ilguncha ko'chadi (platsentaning barvaqt ko'chishi). Platsenta odatda bachadon bo'ynining ochiladigan davrida barvaqt ko'chadi.

Sabablari. Homiladorlikning kechki gestozlari, nefrit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, organizmda vitamin C yetishmasligi va boshqalar shunday kasalliklarga kiradi, oqibatda platsenta tomirlarida degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi. Qon tomirlar sinuvchan bo'lib qoladi. Qon bosimi ko'tarilib tushib turishi tomirlar sinishiga olib keladi, platsentaga, bachadon muskullariga qon qo'yilishiga sabab bo'ladi. Bachadon devori bilan platsenta oralig'iga qon quyilishi sababli platsenta yopishgan joydan ko'chadi.

Platsentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, shilliq pardaning yallig'lanishi (yendometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromasi, bachadon devorlari o'ta taranglashganda (qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik yirik homila) va boshqa hollarda platsenta barvaqt ko'chishi mumkin.

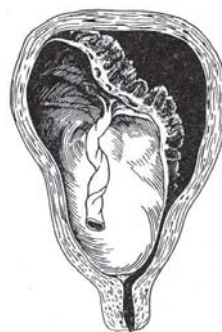
Platsenta barvaqt ko'chganda kechiktirmasdan malakali yordam berish kerak: 1) tug'ruqni tezlik bilan avaylab tugallash; 2) o'tkir anemiya va shokka qarshi kurash.

Platsenta homiladorlik vaqtida yoki bachadon bo'ynining teshigi ochiladigan davrning boshlarida ko'chgan bo'lsa, kesar kesish qilinadi, chunki bunda homilani tabiiy tug'ruq yo'llaridan tez olishga shart – sharoit bo'lmaydi.

Bachadon teshigi chala ochilgan, qon kam ketayotgan va ona bilan homilani ahvoli qoniqarli bo'lsa, homila pufagi yirtiladi, platsentaning yanada ko'chishi to'xtab, tug'ruq normal tugallanishi mumkin.

Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi

Bachadon bo'yni ochiladigan va homila tug'iladigan davrlarga nisbatan yo'ldosh tushish davrida ko'ngilsiz hodisalar ko'proq uchraydi. Yo'ldosh tushish davrida ko'proq kuzatiladigan va xavfli hodisa - qon ketishidir.



111-rasm. Normal yotgan platsentaning barvaqt ko'chishi (ichki va tashqi qon oqishi)

Yoʻldosh tushish davrida hamisha qon ketadi, lekin yoʻldosh normal koʻchib tushganda ayol koʻp deganda 250 ml qon yoʻqotadi. Yoʻldosh koʻchgandan keyin bachadon qisqaradi. Natijada: 1) koʻchgan yoʻldosh bachadondan tushadi; 2) bachadonning qonayotgan tomirlari qisilib, qon oqishi toʻxtaydi.

Bachadonning qisqaruvchanligi yetarli boʻlmasa, platsentaning koʻchish jarayoni buziladi: platsenta batamom koʻchmay, qisman koʻchadi. Platsenta batamom koʻchmaguncha bachadon qisqarmaydi, platsenta koʻchgan joydagi tomirlar ochiq turaverib, ulardan qon oqadi.

Platsenta bachadon devoridan koʻchsa-yu, bachadon boʻshligʻida qolaversa ham qon ketadi. Yoʻldosh bachadon boʻshligʻida turganda muskullar yaxshi qisqarmaydi, bachadon tomirlari yetarlicha qisilmaydi, natijada qon ketishi davom etaveradi. Tugʻruq yoʻllaridagi yumshoq toʻqimalar: bachadon boʻyni, qin va oraliq toʻqimalarning yirtilishi yoʻldosh tushadigan davrda qon ketish manbai boʻlib hisoblanadi. Ammo yoʻldosh tushadigan davrda qon ketishi koʻpincha yoʻldoshning bachadon devoridan koʻchish va bachadondan chiqish jarayonining buzilishiga aloqador boʻladi.

Yoʻldoshning koʻchishi va bachadondan chiqish jarayoni buzilib qon ketishi bir qancha sabablarga bogʻliq, ularga quyidagilar kiradi. bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishi, yoʻldosh tushadigan davrning notoʻgʻri boshqarilishi, platsentaning bachadonda notoʻgʻri joylashuvi, platsentaning bachadonga soxta va chin yopishishi (placenta adhyerens yet accreata seu increata).

Qon ketishini darhol toʻxtatish va kamqonlikka qarshi kurash choralarini koʻrish kerak. Bachadon boʻshagandan keyingina qisqarib, qon ketishi toʻxtashi mumkin. Shu sababli yoʻldoshni bachadon boʻshligʻidan ustalik bilan tez chiqarish zarur. Platsenta koʻchgan boʻlsa, tashqi amallar bilan chiqariladi. Platsenta koʻchmagan boʻlsa, tashqi amallar natija bermasligi mumkin, shu sababli bachadon boʻshligʻiga qoʻl suqib yoʻldoshni koʻchirishga toʻgʻri keladi.

Ilk chilla davrida (tugʻruqdan keyingi dastlabki soatlarda) qon ketishi.

Yoʻldosh tushish davrida qon ketishi kabi, yoʻldosh tushgandan keyin qon ketishi ham akusherlik patologiyasining koʻp uchraydigan turiga kiradi.

Tugʻruqdan keyingi dastlabki soatlarda (ilk chilla davrida) qon ketishi quyidagi sabablarga bogʻliq: platsenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi, bachadon gipotoniyasi va atoniyasi, tugʻruq yoʻllari-

dagi yumshoq to'qimalarning yirtilishi, qon ivish tizimining buzilishi va boshqalar. . .

Profilaktikasi. Yo'ldosh tushish davrini to'g'ri boshqarish, tushgan yo'ldoshni sinchiklab ko'zdan kechirish va tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini shikastlanishdan saklash kerak. Akusher gipotonik qon oqish ehtimolini (infantilizm, qog'onoq suvining ko'pligi, egiz homiladorlik, fibromioma va hokazo) oldindan ko'rishi va oqayotgan qonni to'xtatishga hamda kamqonlikka qarshi kurash uchun zarur narsalarning hammasini oldindan tayyorlab qo'yish kerak.

Davosi. Qon ketishga qarshi kurashning muvaffaqiyati shu dahshatli hodisaning sababini bartaraf etishga bog'liq. Bachadon bo'yni, qin yoki tashqi jinsiy organlarning yirtilganligi qon ketish manbai bo'lsa, yirtiqni choklash kerak. Platsentaning bir qismi bachadonda ushlanib qolgani sababli qon ketayotgan bo'lsa, bachadon darhol qo'lda tekshirilib, platsentaning ushlanib qolgan qismi olib tashlanadi. Gipotonik qon ketishda bachadon tonusini va qisqaruvchanligini oshirish choralari ko'riladi.

Platsenta qismlari bachadonda ushlanib qolganda, shuningdek, platsentaning butunligiga shubha tug'ilganda **bachadon qo'lda tekshiriladi** (112-rasm).

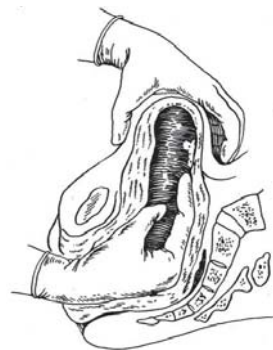
Gipotonik va atonik qon ketishiga qarshi qo'yidagicha kurash olib boriladi.

1. Qovuq bo'shatiladi. bachadon qorin devori orqali uqalanadi; qo'l bachadon tubiga qo'yilib, uqalangansimon yengil doiraviy harakatlar qilinadi (qo'pol harakat qilish natija bermaydi). Uqalash ta'sirida bachadon qisqaradi va konsistensiyasi zich bo'lib qoladi.

Bachadondan qon laxtalari surib chiqariladi. Uqalash bilan birga 0,05% li ergotal eritmasidan 1 ml yoki 0,02% li metilergometrindan 0,5-1 ml, bu ham bo'lmasa oksitosin (5-8 birligi 500 ml 5%li glyukoza bilan) venaga yuboriladi.

Qorinning pasiga muzli xalta qo'yiladi.

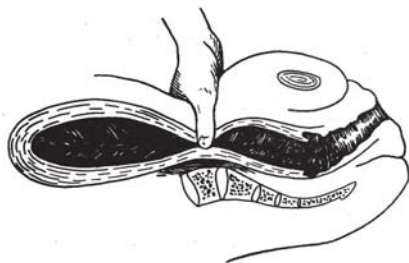
Bachadon gipotoniyasi unchalik rivojlangan bo'lmasa, qon ketishini to'xtatish uchun ko'rilgan choralar kifoya qiladi.



112-pacm. Bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish

2. Qon ketishi to‘xtamasa bachadonga qon kelishini kamaytirish yoki vaqtincha to‘xtatish usullari qo‘llaniladi. Bachadon qonsizlanishi tufayli qisqaradi.

Piskachek usuli. Bachadonning pastki sigmenti chap qo‘lda ushlanib qisiladi (bosh barmoq bir tomondan, to‘rt barmoq ikkinchi tomondan qo‘yiladi), shu payt bachadon arteriyalari va venalari qisilib, puchayadi. Ayni vaqtda bachadon tubi o‘ng qo‘lda uqalanadi.



113-rasm. Bachadonning pastki sigmentini umurtqa pog‘onasiga bosib turish.



114-rasm. Musht bilan bachadonni uqalash.

Genter usuli. Karavotning bosh tomoni pastga tushiriladi; bachadonning pastki sigmenti Piskachek usulidagi kabi siqiladi, bachadon yuqoriga qattiq tortiladi va shu bilan bir vaqtda bachadonning siqilgan pastki sigmenti umurtqa pog‘onasiga taqab bosiladi (113-rasm). Ta’sirni kuchaytirish uchun bachadon bo‘sh qo‘l bilan uqalanadi. Bachadon shu holatda 10-



115-rasm. Qorin aortasini musht bilan bosib turish.



116-rasm. Aortani valik bilan bosib turish.

15 daqiqa ushlab turiladi. Shu payt bachadon tomirlari qisiladi, aorta bachadonning pastki sigmenti bilan umurtqa pog‘onasiga taqab bosiladi. Natijada bachadon qonsizlanib, qisqaradi.

3. Qon ketishi davom etgan taqdirda bachadon qo‘lda tekshiriladi (ilgari tekshirilmagan bo‘lsa) va qon laxtalari, parda

va platsenta bo'laklari (bachadonda bo'lsa) olib tashlanadi, so'ngra qo'lni bachadondan olmay turib, tashqi ichki uqalanadi. Ichkaridagi qo'l mushtum qilinadi, tashqaridagi qo'l esa bachadon tubini qorin devori orqali uqalaydi (114-rasm).

4. Qorin aortasini bosib turish. Ro'y-rost gipotoniya (atoniya) da bachadonni qonsizlantirish maqsadi bilan aortani bosib turish tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning yon tomonida turib, musht qilingan o'ng qo'l asosiy falangalarining dorzal yuzasi bilan qorin aortasi qorin devori orqali umurtqa pog'onasiga bosiladi (115-rasm). Qo'l charchab qolsa, aortani bosib turgan o'ng qo'lining bilak-kaft bo'g'imini chap qo'l bilan ushlab, yordam beriladi. Aortani ikkala qo'l barmoqlari bilan (Biryukov usuli) yoki qattiq bintlanadigan valik bilan (116-rasm, 117-rasm), umurtqa pog'onasiga taqab bosish mumkin.

5. Bachadonni tamponlash (tamponada). Yuqorida ko'rsatilgan choralar vaqtincha natija bersa yoki natija bermasa bachadon bo'shlig'i keng doka bint bilan tamponada qilinadi. Tampon tomirlarda tromblar hosil bo'lishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi. Tamponning salbiy tomoni shuki, infeksiya kirishi ehtimol. Shu sababli tamponadada aseptika qoidalariga ayniqsa jiddiy rioya qilinadi. Tashqi jinsiy organlar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi; qinga keng ko'zgular kiritiladi, bachadon bo'yni pulevoy qisqich bilan ushlanadi va pastga tortiladi. Bachadon bo'shlig'i qayrilgan uzun kornsang yordamida serbar uzun doka bintlar bilan zich tamponlanadi. Bachadon bo'shlig'ining hammasini tubidan tortib bo'ynigacha ketma-ket tamponlash zarur. So'ngra pulevoy qisqich olinib, qin tamponlanadi. Tampon bachadonda 8 - 10 soat turishi mumkin.

6. Atonik qon ketishi yuqorida ko'rsatilgan choralar bilan to'xtamas, qorin devorini yorib (laparotomiya), bachadon olib tashlanadi yoki bachadon tomirlari bog'lab qo'yiladi.

7. Qon ketishi gipo-afibrinogenemiya bilan bog'liq bo'lganda yangi-sitratlangan qon quyiladi, venaga fibrinogen, protamin sulfat, epsilon-aminokapronat kislota va qon ivishini tezlashtiruvchi boshqa vositalar yuboriladi.



117-rasm. Valikni mahkam bog'lab qo'yish

O'tkir kamqonlikka qarshi kurash. Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketishi sababli o'tkir kamqonlik ro'y berganda bir qancha eng muhim funksiyalar (qon aylanishi, nafas olish, modda almashinishi va hokazo) buziladi, organizmning chidami pasayadi, tuqqan ayol shuning natijasida halok bo'lishi mumkin. Shu sababli qon oqishini to'xtatish choralari bilan bir qatorda kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

1. Karavotning bosh tomoni pastga tushirilib, miyaga qon kelishi yaxshilanadi. Shu maqsadda karavotning oyoq tomoni ko'tarilib qo'yiladi.

2. Bemorning hamma tomoniga grelkalar qo'yiladi, ensani issiq tutish juda muhim (ensa ostiga ham grelka qo'yish lozim). Badanning kuyib qolmasligiga qarab turish kerak.

3. Organizmga ko'p suyuqlik kiritiladi. Bemorga kofe, vino qo'shilgan issiq achchiq choy (yoki bir stakan choyga 1 osh qoshiq toza spirt qo'shib) ko'plab ichiriladi 500-1000 ml (2000 ml gacha) fiziologik eritmaga 0,1 % li adrenalin eritmasi 1 l suyuqliqqa 5-8 tomchi hisobida qo'shib, teri ostiga yuboriladi. Fizilogik eritma o'rniga 5% li glyukoza eritmasini o'shancha yuborish ham mumkin.

4. Qon quyishning g'oyat muhim ahamiyati bor. Quyiladigan qon miqdori anemiya darajasiga qarab belgilanadi. Organizmning buzilgan funksiyalari qon quyish natijasida tez tiklanadi.

5. Qon ketishi to'xtatilgach, yurakni quvvatlovchi dorilar (kofein, kamfora) teri ostiga yuboriladi.

6. Tuqqan ayolga kislorod beriladi, kislorod bo'lmasa fortochka yoki deraza ochib qo'yiladi.

Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketganda akusher darhol shifokor chaqiradi (qon ketayotganligini ma'lum qiladi va shifokor yetib kelguncha qon oqishiga qarshi va avj olayotgan kamqonlikka qarshi mustaqil kurash olib boradi). Tug'ayotib qon yo'qotgan ayollar, ayniqsa, sinchiklab parvarish qilinishi kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Ilk gestozlar. Gestoz. Qusush. So'lak oqish.
2. Gestozlarning etiologiyasi.
3. Ilk gestozlar tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.
4. Kechki gestozlar klinikasi, diagnostikasi, davolash.

5. Kechki gestozlar (arterial gipertenziya, preeklampsiya va eklampsiya) holatlarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

6. Homilaning ko'ndalang yotish sabablari, homiladorlikning kechishi.

7. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganligini aniqlash.

8. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishida tug'ruq, tug'ruqni olib borish.

9. Homilaning mayda qismlari yoki kindigining chiqib qolishi.

10. Tor chanoqlar tasnifi.

11. Tor chanoqni aniqlash.

12. Tor chanoqda homiladorlikning kechishi.

13. Tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlari.

14. Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish.

15. Funktsional tor chanoq, tasnifi, aniqlash va tug'ruqni boshqarish.

16. Platsenta oldinda yotishining turlari.

17. Platsenta oldinda yotishining etiologiyasi, klinikasi, asoratlari va davolash.

18. Normal joylashgan platsenta barvaqt ko'chishining etiologiyasi.

19. Platsenta barvaqt ko'chishi, klinikasi, diagnostikasi, davosi.

20. Tug'ruq kuchlari anomaliyalari

21. Tug'ruq kuchlarining sustligida uni tezlashtirish sxemalari.

22. Tug'ruq kuchlari sustligining belgilari va davolash

23. Haddan tashqari qattiq dard tutishining belgilari va davolash.

24. Tug'ruq kuchlari anomaliyalarining profilaktikasi.

25. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning anomaliyalari.

26. Yo'ldosh tushish davrida qon ketishining sabablari.

27. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi haqida tushuncha.

28. Platsentaning bachadonga yopishish sabablari.

29. Platsentani qo'lda ko'chirish va tushirishga ko'rsatmalar.

30. Chillada kech qon oqishi haqida tushuncha bering.

Tayanch so'z va iboralar:

Spazmolitiklar.

Eklampsiya.

Homiladorlikning tiyilmaydigan qusishi.

Mimika mushaklarining fibrilyar titrashi.

Sof gestoz.

Tutqanoq.

Homila gipotrofiyasi.

Klonik talvasa.

Homiladorlar xoreyasi

Tonik talvasa.

Sedativ vositalar.	Perinatal o‘lim.
Homiladorlar dermatози.	Pretoksikoz.
Homiladorlar tetaniyasi.	Til ushlagich.
Birikkan kechki gestoz.	Shish.
Og‘iz kergich.	Proteinuriya.
Jigarning o‘tkir distrofiyasi.	Gipertenziya.
Preeklampsiya.	
Homilaning ko‘ndalang vaziyati.	Homilaning qiyshiq vaziyati.
Vaqtdan o‘tib ketgan ko‘ndalang vaziyat.	Yapaloq (yassi) chanoq.
Umumiy tekis toraygan chanoq.	Raxitik yapaloq (yassi) chanoq.
Oddiy yapaloq (yassi) chanoq.	Vasten belgisi.
Ko‘ndalangiga toraygan chanoq.	Dolixosefalik shakl.
Sangimeyster o‘lchami.	
Platsentaning oldinda yotishi (platsenta prayevia).	
Platsenta chetining oldinda yotishi (platsenta prayeira marginalis).	
Platsenta yoning oldinda yotishi (platsenta prayeira lateralis).	
Platsenta markazinning oldinda yotishi (platsenta prayevia cyentralis).	
Platsentaning bachadon bo‘ynida yopishishi (platsenta cyervicalis).	
Amniotomiya.	
Normal joylashgan platsentaning to‘liq barvaqt ko‘chishi.	
Normal joylashgan platsentaning qisman barvaqt kuchishi.	
Tug‘ruq kuchlarining birlamchi sustligi, tug‘ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi.	
Tug‘ruq kuchlarining nosozligi.	Shiddatli tug‘ruq.
Bachadon bo‘yning rigidligi.	
Bachadon gipotoniyasi.	Bachadon atoniyasi.
Qog‘onoq suvi emboliyasi.	Gipofibrinogenemiya.
Afibrinogenemiya.	

Test savollari:

1. Homiladorlik qusishlarining birinchi darajasida qusish bir sutkada?

- 1-2 marta
- 2-4 marta
- 5-10 marta
- 15-20 marta
- 20 dan ortiq

2. Homiladorlik nefropatiyasi I-darajasida AB?

- a) 100/70 mm simob ustuniga teng
- b) 110/80 mm simob ustuniga teng
- c) 120/90 mm simob ustuniga teng
- d) 150/90 mm simob ustuniga teng
- e) 180/120 mm simob ustuniga teng

3. Homilaning ko'ndalang vaziyatda joylashganligi qanday izohlanadi?

a) homilaning boshi chanoq tomonda, dumbasi bachadon tubida joylashgan

b) homila tanasining bo'ylama o'qi, bachadon bo'ylama o'qiga nisbatan perpendikulyar joylashib to'g'ri burchak hosil qilsa.

c) homila tanasi bo'ylama o'qi bilan bachadonning bo'ylama o'qi kesishib o'tkir burchak hosil qilsa.

d) homila dumbasi chanoq kirish tekisligiga joylashib yurak urishi kindikdan yuqorida eshitilsa

e) homilaning boshi ona qornining o'ng, dumbasi esa chap tomonida joylashgan bo'ladi.

4. Vaqtdan o'tib ketgan ko'ndalang vaziyatda qaysi usul bilan homila tug'diriladi?

- a) kraniotomiya
- b) dekapitatsiya
- c) kesar – kesish operatsiyasi
- d) klassik akusherlik burish operatsiyasi
- e) akusherlik qisqichlari

5. Anatomik tor chanoqni keltirib chiqaruvchi asosiy omillar?

- a) infantilizm, raxit, suyak va bo'g'inlar sili
- b) tuberkulyoz, brusellyoz, zaxm
- c) osteomilit, suyak shishlari
- d) ichki a'zolar kasalligi
- e) son va tizza bo'g'inlarining chiqishi.

6. Tor chanoqda homila boshi va chanoq o'lchamlari bir-biriga mos kelmasa tug'ruq quyidagicha amalga oshiriladi:

- a) oksitosin qon tomirga tomchilab yuboriladi
- b) kesar-kesish operatsiyasi qilinadi
- c) kraneotomiya operatsiyasi qilinadi
- d) akusherlik qisqichlari ishlatiladi.
- e) homilani oyoqlariga burib tortib olinadi.

7. Platsentaning barvaqt ko'chishi asosan qanday patologik jarayon zamirida sodir bo'ladi?

- a) homiladorlar kechki gestozlari
- b) yurak poroklari
- c) homiladorlik ilk gestozlari
- d) qandli diabet
- e) gipertoniya, gipotoniya

8. Platsenta to'liq oldinda joylashganda uning klinik manzarasi qanday ifodalanadi?

- a) homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinda qattiq og'riq boshlanib qon keta boshlaydi.
- b) homiladorlikning 26-28 haftalik muddatida og'riqsiz salmoqli qon ketishi.
- c) homiladorlikning birinchi yarmida dardsimon og'riq boshlanib qon ketishi.
- d) qorinda assimetriya va taranglashish, tashqi qon ketish alomatlari bo'lmaydi.

9. Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligida uni tezlashtirish uchun qo'llaniladigan dori-darmonlar.

- a) progesteron, follikulini, mammafizin, kalsiy xlor, gipotiazid, pituitrin.
- b) follikulini, oksitosin, glyukoza, askorbin kislotasi, B guruhiga kiruvchi vitaminlar, kalsiy xlorid.
- c) turinal, 12-oksiprogesteron kapronat, B guruhiga doir vitaminlar, glyukoza, pituitrin.
- d) prolaktin, glyukoza, magnezium sulfat, kalsiy xlorid
- e) atropin, promidol, novokain, xinin, prozerin.

10. To'lg'oq sustligida tug'ruqni tezlashtirish uchun qanday usulni qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi?

- a) kesar kesish operatsiyasi
- b) kraniotomiya
- c) homilani oyoqlariga burish
- d) akusherlik qisqichlarini ishlatish.
- e) metreyriz operatsiyasi.

11. Yo'ldosh tushish davrida qon ketishning sabablari:

- a) platsentaning oldinda joylashuvi uning barvaqt ko'chishi
- b) bachadon tonusining pasayishi, yo'ldosh davrining noto'g'ri boshqarilishi, platsentaning bachadon devoriga yopishishi va suqib kirishi

- c) tugʻruq yoʻllarining shikastlanishi
- d) bachadon tonusining kuchayishi
- e) platsentaning qoʻshimcha boʻlagining bachadonda ushlanib qolishi

12. Tugʻruqdan keyin dastlabki soatlarda qon ketishning asosiy sabablari:

- a) platsenta boʻlakchasining bachadonda ushlanib qolishi, bachadon gipo va atoniyasi
- b) bachadon gipertonusi
- c) septik infeksiya, tugʻruq faoliyatining sust oʻtganligi yurak qon tomir tizimi kasalligi.
- d) bachadon va tuxumdon oʻsmalari, bachadon anomaliyalari.
- e) tugʻruq davrida bachadonni qisqartiruvchi dorilari notoʻgʻri qoʻllanilganligi

XIV BOB. EKSTRAGENITAL KASALLIKLARDA HOMILADORLIK VA TUG‘RUQ

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

Respublika sog‘liqni saqlash tashkilotlarining ma‘lumotlariga ko‘ra o‘limga olib keluvchi sabablar orasida yurak qon-tomir kasalliklari birinchi o‘rinda turib, ular 1994 yilda umumiy ko‘rsatkichning 46% ini tashkil etgan. Masalan, 1994 yilda tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilgan tug‘ish yoshidagi ayollarning 5,3% ida turli yurak qon – tomir xastaliklari aniqlangan, shu davr ichida 1,3% homilador ayollarda tug‘ish jarayonida og‘ir asoratlar aniqlangan.

Homiladorlik va tug‘ruq vaqtida ayol sog‘lom bo‘lsa, organizm o‘z vazifasini uddalaydi, yurak-tomir tizimining kasalliklarida esa ko‘pincha qon aylanishi buziladi va ko‘ngilsiz hodisalar ro‘y beradi. Homiladorlik, tug‘ruq va chilla davri aksari yurak-tomir kasalliklarining o‘tishini yomonlashtiradi. Yurak ikki tavaqali klapanining porogi (mitral kasallik) va bunda mitral stenozining ustun kelishi, yurakning barcha revmatik kasalliklari (endokardit, miokardit), septik endokardit, stenokardiya ko‘proq xavfli. Bu kasalliklar homiladorlik davrida og‘ir o‘tadi: ko‘pincha yurak faoliyatining dekompensatsiyasi ro‘y beradi va qon aylanishi buziladi (halloslash, ko‘karish, shish), shu munosabat bilan homiladorlikni to‘xtatishga to‘g‘ri keladi.

Yurak kasalliklari munosabati bilan tug‘ruq vaqtida ayniqsa, homila tug‘iladigan davrda yurak faoliyati va qon aylanishi osongina buziladi. To‘lg‘oq tutganda asab va muskul tizimiga juda zo‘r kelishi sababli yurak faoliyati buziladi. Homila tug‘ilgach, qorin ichidagi bosim pasayishi tufayli kollaps ro‘y berishi mumkin.

Yurak faoliyati buzilishi oqibatida ayol nobud bo‘lishi mumkin. Yurakning dekompensatsiyalangan poroklarida homilador ayol chala tug‘ishi mumkin, tug‘ruq vaqtida ko‘pincha homila asfiksiyasi ro‘y berishi mumkin. Yurak poroklari 75-90% hollarda revmatizm natijasida orttirilib, 6,5-10% ayollarda esa tug‘ma holda uchraydi.

Homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrining qanday o‘tishi prokning shakliga, yurak faoliyatining yetishmovchiligi, revmatizm jarayonining aktivligiga bog‘liqdir.

Orttirilgan poroklar shakliga ko'ra mitral stenozi, mitral klapanlarning yetishmovchiligi, kombinatsiyalashgan mitral porogi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi va stenozi ko'proq uchraydi. Revmatizm jarayoni aktiv va noaktiv fazalarga bo'linib, asosan homiladorlikning birinchi va uchinchi bosqichida qo'zg'alib, homilador ahvoli og'irlashib qoladi. Bunday holda periferik qonda aktiv revmatizmga xos o'zgarishlar rivojlanadi.

Yurak poroklari bor ba'zi ayollarning yurak faoliyati chilla davrida dekompensatsiyaga uchraydi.

Yurak-tomir tizimining kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash uchun homilador ayollar maslahatxonasida tekshiriladi, hamda terapevt va akusherning muntazam nazoratida bo'ladi. Ayol sog'ligi uchun xavfli holatlar bo'lsa (stenoz, miokardit, dekompensatsiya), homiladorlikning 12 haftalik muddatigacha abort qilinadi. Muddatidan oshib ketgan bo'lsa, homilani olib tashlash o'ta xavfli, shuning uchun ayol vaqti-vaqti bilan stasionarda yotqizilib davolanadi. Homilador ayolning ahvoli dori-darmonga qaramay yomonlashaversa, homila olib tashlanadi.

Gipertoniya (xafaqonlik) kasalligi. Gipertoniya kasalligi tug'ish yoshidagi ayollar orasida keng tarqalgan bo'lib, davo choralari ko'rilmagan taqdirda tug'ish jarayonida turli og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bularga homilaning vaqtdan oldin tug'ishi, perinatal o'lim, og'ir gestozlar va boshqalar kiradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra arterial gipertoniya qator hollarda onalar o'limining asosiy sabablaridan biridir.

Qon bosimining ko'tarilishi kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblanadi va uning simob ustuni hisobida 140/90 mm va undan yuqori bo'lishi arterial gipertenziya deb qaralmog'i lozim.

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

Gipertoniya kasalligiga chalingan homiladorlarni davolashda dam olish, mehnat faoliyatini tartibga solish va ovqatda osh tuzini chegaralash alohida ahamiyatga ega.

Gipertenziv dorilarni tavsiya etganda ularning ko'pchiligi teratogen ta'sirga ega ekanligini unutmaslik kerak.

Qon bosimining darajasi va kasallikning kechishi hamda homiladorlikning qaysi davrda ekanligidan kelib chiqib, turli guruhdagi gipertenziv dorilardan foydalaniladi. Jumladan, dibazol, papaverin, noshpa, eufillin, magniy sulfat eritmalari tomir ichiga yoki mushak orasiga yuboriladi va ular homilaga deyarli salbiy ta'sir etmaydi.

Siydik haydovchi dorilardan (furasemid, etakrin buyrakchasi) dan foydalanish mumkin.

Lekin homilador hayoti xavf ostida bo'lsa, ayolni saqlab qolish uchun barcha zarur bo'lgan tibbiy vositalardan (shu jumladan teratogen ta'sirga ega bo'lganlardan ham) foydalanish mumkin.

Revmatizm kasalliklariga chalinayotgan bemorlarning soni keyingi 20-30 yil ichida tobora ortib bormoqda. Revmatizm – biriktiruvchi to'qimaning tizimli surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yurak qon-tomir a'zolarini jarohatlaydi. Kasallik ko'pincha shu kasallikka moyil bo'lgan (7-15 yoshlarda) bolalar va o'smirlarda β gemolitik streptokokkning A guruhi sababli yuzaga keladi.

Revmatizm – 2,1-3,2% hollarda uchrab, nisbatan ko'proq ayollar kasallanadi va 90% hollarda yurak illatlarining kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Revmatizm o'tkir kechganda kasallik yuqori isitma, poliartrit, revmokardit, perikardit yuqori laboratoriya ko'rsatkichlari faolligi bilan birga namoyon bo'ladi va yallig'lanishga qarshi davo choralari tez samara beradi.

Cho'zilib ketish – qaytalama revmatizmning eng ko'p uchraydigan xili (varianti) bo'lib, ko'proq yurak illati shakllangan ayollarda rivojlanadi, bu turi o'tkir bo'lib yurakning hamma pardalari shikastlanadi.

Homiladorlik davrida revmatizm faolligini aniqlashning murakkabligi unga xos qator belgilarning fiziologik homiladorlik davrida ham kuzatilishi bilan bog'liqdir. Bularga subfebrilitet, jismoniy zo'riqishda hansirash, taxikardiya, darmonsizlik, charchash, leykositoz va EChT ning oshishi kiradi.

Revmatizmga chalingan homiladorlarni davolashda antibiotiklardan foydalaniladi, ammo tetrasiklin, fuzidin va shunga o'xshashlar berilmaydi, chunki ular embriotrop ta'sir ko'rsatadi.

Penisillin boshlang'ich davrida 2 hafta davomida o'rta hisobda 500000 birlikda 1 kecha-kunduzga 4 mahal beriladi. Bundan tashqari penisillin qatoridagi yarim sintetik antibiotiklar (metisillin, oksasillin) kerak bo'lgan dozada homiladorlik muddatini hisobga olgan holda beriladi.

Homilaning organogenez davri tugagandan keyin revmatik jarayonning oldini olish uchun brufen, ibuprofen berishga o'tiladi.

Asetilsalisil kislotasi berilmaydi, chunki u homiladorlikning boshlang'ich davrida teratogen ta'sir qilishi, ko'pincha homila tug'ma yurak illatini paydo qilishi, arterial (Batallo) yo'lni vaqtdan oldin berkitib qo'yishi, homiladorlik muddatini uzaytirishi mumkin.

Revmatizm bilan xastalangan homilador ayollarni homiladorlikning dastlabki 3 oyi yoki 12 haftasiga qadar homiladorlik saqlangan holda revmatik jarayonning faolligiga qarab dori-darmonlar qo'llaniladi. Revmatizmning yuqori, II-III daraja faolligida kortikosteroidlar, brufen, antibiotiklardan penisillin, bisillin va penisillinning yarim sintetik qatorlari va C vitamini beriladi.

Revmatizmga chalingan homiladorlar homiladorlik jarayonida 3 marotaba tug'ruq kompleksiga yotqizishlari shart: 12 haftasigacha, 26-32 haftasida, 36-38 haftasida statsionarga yotqiziladi.

Piyelonefrit - homiladorlikning eng jiddiy og'irlashuviga sabab bo'luvchi buyrak oraliq to'qimalari va jomlarining kasalligidir. Piyelonefritni keltirib chiqaruvchi sabablar asosan homiladorlik paytida kattalashgan bachadon tanasining siydik yo'llarini qisishi natijasida siydik oqishining susayishi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, chaqiruvchi o'choqlar (angina, surunkali kolit, tishlar kariozi va boshqalar) dan infeksiyaning gematogen yo'llar bilan buyrakka tushishi oqibatida buyrak oralig'i to'qimalari va jomining yallig'lanishiga olib keladi. Piyelonefritda ko'pincha homiladorlik og'ir o'tadi. Piyelonefritni ko'pincha ichak tayoqchasi qo'zg'atadi. Tana harorati ko'tarilib, ayol qaltiraydi, bel sohasida og'riq paydo bo'ladi, ahvoli yomonlashadi. Siydigida leykositlar, epiteliy hujayralari va bakteriyalar topiladi. Pasternasskiy simptomi musbat bo'ladi.

Bemorlar davolanganda aksari tuzalib ketadi. Homiladorlikda qovuq ham yallig'lanishi mumkin.

Davolashda homiladorlikning birinchi yarmida penisillin, oksasillin, ampioks yoki ampisillinni 8-10 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Homiladorlikning ikkinchi davridan boshlab, 5 NOK, furadonin, makkajo'xori popugining damlamasini qo'llash tavsiya etiladi.

Glomerulonefrit - buyrak ko'ptokchalarining birlamchi immun yallig'lanishidir. Bu kasallikda ikkala buyrakning ham shikastlanishi ko'riladi. Kasallik homiladorlik va tug'ruqda ko'p asoratlar keltirib chiqaradi. Eklampsiya, ona qornida homilaning o'lishi va va perinatal

o'limga olib keladi. Ba'zan esa platsentaning barvaqt ko'chishi, homilani chala hamda gipotrofik tug'ilishi kuzatiladi.

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

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

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

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

Qandli diabet etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabet yoki oldingi nom bilan atalganda qandli siyish, modda almashinuvi, asosan uglevod almashinuvi buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi, muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va boshqalar) ta'siri ostida rivojlanadi. Irsiyatning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

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

Me'da osti bezida pankreatin orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida, insulositlarda, organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin gormoni ishlab chiqariladi. Xuddi shu insulin yetishmasligi qandli diabetning bevosita sababchisi hisoblanadi. Insulyar apparat faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror zvenosidagi buzilishlar bu apparat funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Normada qand siydik bilan ajralib chiqmaydi. Siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish jarayoi buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli tashnalikka sabab

bo'ladi. Natijada qand organizmga singimaydi va uning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlardagi oqsillar va yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi, bu tobora oriqlab ketishga olib keladi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlar farq qilinadi: 1) diabet oldi bosqichi; 2) yashirin (latent, subklinik) diabet; 3) yavdol (klinik) diabet.

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

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

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lgani sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha diyetoterapiya (parhez) o'tkaziladi (diyeta №9). Parhezni diabetning bosqich darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qimmatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qimmatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotish rejimida bo'lsa (og'ir shakli, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik qo'shib kelgan ayrim hollari), bu holda 1 kg

tana vazniga 104,6 - 125,5 kJ zarur bo‘ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan engil formasida o‘rtacha og‘irlikdagi nagruzkada bo‘ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209,2 kJ oladi. Diabetli bemor ratsionida oqsillar, yog‘lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo‘lishi kerak. Masalan, tana massasi 60 kg bo‘lgan, qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o‘rtacha og‘irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25 104 kJ olishi kerak. Bu ratsionda uglevodlar 7531 kJ, oqsillar 3138 kJ, yog‘lar-1883 kJ (uglevodlar 450 g, oqsillar taxminan 180 g va yog‘lar 50 gr) ni tashkil qiladi. Diabetning yengil formasida diyetoterapiya bemor ahvolini insulin qo‘llanmasdan yaxshilashga yordam beradi.

Insulinni diyeta (parhez ovqat) bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Insulin bilan davolash taktikasi quyidagicha: 3-5 gr glyukozani (o‘rta hisobda 4 gr) o‘zlashtirish uchun 1 TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko‘ra talab etiladigan insulin miqdorini o‘zlashtirilmagan qand deb ataladigan, ya‘ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Masalan, bemor bir sutkada 4 l siydik ajratadi, siydikdagi qand miqdori 3% ni tashkil etadi, binobarin, siydik bilan ajratilgan o‘zlashtirilmagan qand miqdori 120 gr ni tashkil yetadi (hisob quyidagi proporsiyadan chiqariladi: 100 ml siydikda - 3 g qand bor, 4000 ml da - x). Bundan tashqari, insulin tayinlashda siydikni butunlay “qandsizlantirish”ning maqsadga muvofiq emasligini nazarda tutish lozim, sutkalik siydik miqdoridagi qand miqdori ovqatdagi umumiy qand qimmatining 5% idan oshmasligi kerak. Ovqat bilan iste‘mol qilinadigan 60% oqsillar va 10% yog‘lar uglevodlarga aylanishi mumkinligidan ovqatning qand qimmati nomini olgan qimmati bemorning sutkalik ratsionidagi uglevodlarning umumiy miqdoridan, 60% oqsillar va 10% yog‘lardan tashkil topadi. Mazkur holda ovqatning qand qimmati 480 gr ni tashkil etadi, deb faraz qilaylik, demak sutkalik siydik miqdoridagi umumiy qand miqdoridan 24 g ni (480 g ning 5%) ayiramiz va shu tariqa mazkur bemor uchun zarur insulin miqdori hisob-kitobini 96 gr hisobidan (120 gr-24 gr) bajaramiz, ya‘ni insulin birliklari soni $96:4 = 24$ (TB) ga teng. Insulin odatda ovqatdan 20–25 minut oldin teri ostiga yuboriladi. Ko‘p sonli ineksiyalar qilishning oldini olish maqsadida hozirgi vaqtda ineksiyalar uchun insulin bilan bir qatorda ta’siri uzaytirilgan insulin preparatlari: protamin - rux - insulin, insulin rux suspenziya va boshqalardan foydalanilyaptiki, bularning odatdagi insulinga qaraganda qator

afzalliklari bor. Bunday preparatlar birmuncha uzoq vaqt 12–24 soat mobaynida o‘z ta’sirini ko‘rsatadi.

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

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

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

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

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

Davosi. Endemik buqoq bo‘lgan rayonlarda profilaktika maqsadida yod preparatlarini go‘daklikdan ichish kerak. Tarkibida yod saqlagan (yodlangan) osh tuzidan (1 kg osh tuziga 25 g kaliy yod) foydalanish

maqsadga muvofiq. Endemik buqoq gipotireoz hodisalari bilan qo‘shilib kelish ehtimoli borligidan 0,2 g dan tireoidin tayinlanadi.

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

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

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

Temir tanqisligi anemiyasi. Odam organizimida temir yetishmasligi qator sabablarga: ovqatda temir yetishmasligi, temirning hazm apparatida so‘rilishining buzilishi va boshqalarga bog‘liq. Buning natijasida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanadi. Temir yetishmasligidan bo‘ladigan anemiyalarning quyidagi turlari: kechikkan va erta xloroz (kamqonlik) farq qilinadi. Kechikkan xloroz ayollarda asosan 30-45 yoshlarda me‘dada xlorid kislotasi miqdori pasayib ketishidan (xlorid kislotasi temirning normal so‘rilishiga imkon beradi), temirning so‘rilishi buzilishi sababli paydo bo‘ladi. Odatda bachadondan qon ketishi yoki boshqa qon ketishlar bilan bog‘liq. Anemiya uchun xos bo‘lgan umumiy klinik belgilardan tashqari, kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda ta‘m bilish sezgisi buziladi (bo‘r, loy, kul kabilarni yeyish istagi paydo bo‘ladi) va ishtaha pasayadi. Ko‘zdan kechirganda bemorning o‘zi oriqlamagani holda badan terisining oqarib ketganligi ma‘lum bo‘ladi. Shuningdek stomatit, til atrofiyasi, me‘da va ichaklarda aniq patologik o‘zgarishlar (me‘da sekretor funksiyasi axiliyaga qadar pasayib ketadi), ingichka ichakning ich ketish bilan o‘tadigan og‘ir funksional buzilishlari kuzatiladi.

Qonni tekshirganda eritrositlar soni o‘rtacha kamayganda gemogloblin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrositlar yomon bo‘yalgan, ularning diametri kamaygan, leykositlar soni norma

atrofida. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan tuxumdonlar gormonlarining suyak ko'migiga rag'batlantiruvchi ta'sirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Kasallik boshlanishi balog'atga yetish davriga to'g'ri keladi. Klinik manzarasida ayrim xususiyatlar: badan terisi yashilnamo tusda oqargan, teri deyarli qoraymagan, oz – moz asab – ruhiy beqarorlik paydo bo'ladi. Bu anemiya ham gipoxrom hisoblanadi.

Gripp. Homilador ayollarda gripp boshqa yuqumli kasalliklarga nisbatan ko'proq uchraydi. Gripp homiladorlikning ayniqsa so'ngi oylarida chala tug'ishga sabab bo'ladi.

Gripp bo'lgan bemorlarda tug'ruq ko'pincha og'irlashadi, tug'ruq kuchlari sust, dard tushishi og'ir bo'ladi, yo'ldosh tushish va chilla davrlarida qon ketadi, septik infeksiya bilan bog'langan chilla kasalliklar ro'y beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gripp virusiga g'oyatda moyil bo'ladi. Profilaktika va davolash choralari tegishlicha amalga oshirilmasa, tug'ruq kompleksidagi bolalar o'rtasida gripp tez tarqalib ketadi.

Grippning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik uchun bu kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lganda ayollar va bolalarni ajratib qo'yish zarur. Niqob tutish, palatalarni shamollatish shart, palatalarga simob kvarts lampasidan nur tushirish ma'qul.

Virusli gepatit – epidemik gepatit homiladorlarda og'irroq o'tadi, homiladorlikning kechishiga ham yomon ta'sir etadi. Homiladorlarda, ayniqsa tug'uvchilarda yuqumli gepatit juda og'ir kechadi va ular o'rtasida o'lim ko'proq uchraydi.

Jigar faoliyati buzilishining boshlang'ich belgilari ko'rina boshlaganda, xususan, intoksikatsiya zo'rayib, bemor bo'shshsa, sariqlik ko'paysa, pulsi tezlashsa, tana harorati normal bo'lganiga qaramay, oyoqlariga shish kelsa, neyetrofilli leykositoz holatlari kuzatilsa, qonda bilirubin oshib ketsa, homiladorlikni to'xtatish zarur bo'ladi.

Agar bu kasallikda homiladorlik davom etsa, qog'onoq suvining vaqtidan ilgari ketib qolishi, tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi, chala tug'ish, homilaning ona qornida o'lib qolishi kabi og'ir asoratlar juda ko'p uchraydi. Shuningdek, bunda chilla davrida bachadon sust qisqaradi (subinvolyutsiya). Bundan tashqari chilla davrida jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari ko'proq kuzatiladi. Virusli gepatitni A va B turlari mavjud. Virusli gepatit chaqiruvchisi og'iz–najas mexanizmi bilan yuqadigan ichak infeksiyasidir.

Bu kasallik asosan suv, oziq-ovqat yoki kontakt yo‘li bilan yuqadi. Kasallikni klinik kechishida, jigar kattalashadi, giperfermentatsiya kuzatiladi.

Virusli gepatit B – og‘izdan tashqari parenteral yo‘l va jinsiy yo‘l orqali odamdan-odamga yuqadi. Klinik ko‘rinishda, tana harorati ko‘tariladi. Ishtaha susayib, badanda qichish belgilari bo‘ladi.

Homilador ayollarda yengil kechayotgan virusli gepatetni dorilarsiz davolash mumkin. Bunda jismoniy va ruhiy zo‘riqishlarni cheklash rejim va parhez hamda sutkada ko‘pi bilan 2 litr gacha suyuqlik ichish tavsiya etiladi.

Infuzion suyuqlikdan gemodez 200 ml, glyukoza 1500 ml, kaliy xloridning 4% eritmalaridan 200-250 ml gacha tomchilab yuboriladi. Shuningdek tomirga kontrikal 10000-20000 mg yuborish tavsiya etiladi.

Manitol, laziks qo‘llaniladi. Maboda homiladorlikni oxiri yoki tug‘ruqning I davrida qon ketishi kuzatilsa, laparotomiya kesar-kesish yo‘li bilan homila tug‘diriladi. Agar qon ketish tug‘ruq II davrida kuzatilsa, akusherlik qisqichlari qo‘yish kerak bo‘ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Gripp kasalligining homiladorlikka ta’siri.
2. Yurak poroklarida homiladorlikning kechishi va tug‘ruqni olib borish.
3. Anemiyada homiladorlikning kechishi va tug‘ruqni olib borish.
4. Gipertoniya kasalligi va homiladorlik.
5. Buyrak kasalliklarida homiladorlik va tug‘ruq.
6. Homila va chaqaloqlarning gemolitik kasalligi.

Tayanch so‘z va iboralar

Gipertoniya	Giperterioz
Gemolitik sariqlik	Qandli diabet
Anti rezus antitela	Pasternaskiy simptomi
Rezus faktor	Dizuriya
Anemiya	Sistit

TESTLAR

1. Yurak porogi kasalligida homilador ayollarni qaysi muddatlarda yotqizib davolash tavsiya etiladi?

- a) 6-8, 20-22, 28-30 haftaligida.
- b) homiladorlikning dastlabki oylarida, 25-26, 32 va 37-38 haftaligida.
- c) homiladorlikning oxirgi haftalarida.
- d) 13-14, 21-22, 35-36 haftaligida
- e) faqat homiladorlikning dastlabki oylarida.

2. Homiladorlik anemiyasi kasalligiga qaysi asosiy belgilar xarakterlidir?

- a) tez-tez charchash, nafas qisishi, bosh aylanishi.
- b) arterial qon bosimining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, teri rangining oqarishi.
- c) darmonsizlik, taxikardiya, nafas qisilishi, qon bosimining pasayishi, rang oqarishi.
- d) belda, yurak sohasida og'riq bo'lishi, teri rangining sarg'ayishi
- e) tanada shishlar, siydikda oqsil bo'lishi, ko'z tinishi.

3. Homiladorlik paytida epidemik gepatit kasalligi qanday yuqishi mumkin?

- a) asboblardan va shprislar to'liq sterilizatsiya qilinib ishlatilmasa.
- b) qaynatilmagan suv iste'mol qilinsa.
- c) homilador ayollarni tekshirish va davolashda ishlatiladigan asbob shprislar yaxshi zararsizlantirilmasa.
- d) gigiyena qonun-qoidalariga amal qilinmasa.
- e) miqdoridan ortiq ovqat iste'mol qilinsa.

II QISM. GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK PARVARISHI

XV BOB. GINEKOLOGIK KASALLIGI BO‘LGAN MIJOZLARGA KO‘RSATILADIGAN HAMSHIRALIK PARVARISHINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.

Ginekologiya (*gine* – ayol, *logos* – ta’limot) ayollar jinsiy a’zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o‘rganuvchi fandır.

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

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

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

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

Ayol jinsiy a‘zolari kasalliklarining hozirdagi holati

Ayol jinsiy a‘zolar kasalliklari orasida tuzaladigan va tuzalmaydigan kasalliklar mavjud. Tibbiyot rivojlanishi bilan ba’zi tuzatib bo‘lmaydigan kasalliklarning ham hozirgi kunda davosi topilmoqda. Hozirgi kunda tibbiyotda yaratilayotgan dori vositalardan kasalliklarni davolashda samarali foydalanilmoqda. Jarrohlik amaliyoti zarur bo‘lganda yangi tibbiy texnologiyalardan laparoskopiya yordamida a‘zolari davolash va jarohatni olib tashlashda qo‘llanilmoqda. Shu bois a‘zolar amputatsiyasi kamaydi. Bunday jarrohlik usulidan so‘ng,

bemorni shu kuni uyga qaytarish imkoniyati bo‘lib, tez muddatda sog‘ayish kuzatilmoqda. Ammo ba‘zi xavfli o‘smalar va surunkali kasalliklarni hali-hanuz davolash imkoniyati mavjud emas.

O‘zbekistonda ayollar sog‘ligi holati 100 000 aholi soniga ko‘rib chiqilganda ko‘rsatkichlar quyidagicha: xavfli o‘smalar 75,5% bo‘lib, boshqa davlatlarga nisbatan pastroq ko‘rsatkich, ammo ko‘krak bezi xavfli o‘smalari nisbatan yuqori ko‘rsatkichni beradi. Bachadon tanasi va bo‘yni xavfli o‘smalari 12,4 %, tuxumdon o‘smalari 4,2 % ni tashkil etadi.

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

Ginekologik bemorlarga tashqi omillarning ta‘siri.

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

To‘g‘ri ovqatlanishdagi 10 ta qadam: 1. O‘simlik bilan boy bo‘lgan mahsulotlar. 2. Kraxmal bilan boy bo‘lgan mahsulotlar ovqat miqdoridagi sarf bo‘ladigan ozuqani yarmini tashkil qilishi lozim. 3. Sabzavotlar va ho‘l mevalar har xil turda bo‘lishi. 4. Go‘sht mahsulotlari iste‘mol qilinadigan oziqaning 10 % ni tashkil etishi. 5. Sut va sutli mahsulotlar yog‘siz bo‘lishi kerak. 6. Yog‘ mahsulotlari iste‘mol qilinadigan oziqalarni 15-30 % ni tashkil etishi lozim. 7. Osh tuzi bir kunda 6 gr dan oshmasligi kerak. 8. Tana vazni me‘yordan oshmasligi. 9. Jismoniy faol bo‘lish. 10. Bir xil mahsulotlardan ko‘p yegandan ko‘ra, turli xil mahsulotlardan kam-kam iste‘mol qilish kerak.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jinsiy a‘zolar kasalliklarida mijozlarning xususiyatlari.

Jinsiy kasalliklarni bir tizim kasalliklar deb qaramasdan balki ayol hayoti davrlarida har bir kasallik xususiyatlarini ko‘rib chiqish lozim. Mijozni tushunish uchun uning vaziyatiga kirib ko‘rish kerak, ya’ni hozirgi kundagi o‘rni (jamiyatdagi va oiladagi o‘rni), o‘tmishdagi kechinmalarni tushunish, uning ruhiyatidagi jarohatlarni (kasalliklar, ularni davolash usullari, keyingi asoratlar) va moddiy yetishmovchiligini e’tiborga olishi kerak. Ayol jinsiy a‘zolari kasalliklarida inson huquqlarini hisobga olgan holda xususiyatini muhofaza qilish lozim. Tibbiy muassasalarda, ayniqsa homiladorlik vaqtida, yuqumli kasalliklar bilan kasallanganda, OITS va boshqa kasalliklar bilan kasallanish holatlarida xususiylikni muhofaza qilish kerak. Yuqorida ko‘rsatilgan kasalliklar jinsiy a‘zolariga taalluqli bo‘lganligi sababli, tekshirish va yordam ko‘rsatish vaqtida mijozning uyalishi, o‘zini noqulay his qilishi, qo‘rquvini

tushinib yetgan holda hamshira ortiqcha gap soʻzsiz uni tushunishi va ogʻrigʻini qoldirishi uchun mijozga sharoit yaratishi kerak.

Hamshiralik parvarishining oʻrni va maqsadi. Hamshiralik parvarishi bu koʻrikdan oʻtayotgan mijozning ruhiy holatini tushunib, unga toʻgʻri yordam koʻrsatishdan iborat. Kerak boʻlganda stasionarga yotqizish, toʻgʻri parvarish koʻrsatish, shifoxonadan chiqqach uyida va ishxonasida xotirjam ishlash uchun gʻamxoʻrlik qilish va qulay sharoit yaratish lozim. Jinsiy aʼzolardagi kasalliklar ogʻriq va qon ketish kabi belgilar bilan oʻtadi. Qoʻshimcha belgilardan, koʻngil aynishi, qusish, isitma koʻtarilishi mumkin. Bunday hollarda hamshiralik parvarishida sababni topish va belgilarni yumshatishdan iboratdir. Kechiktirib boʻlmaydigan hollarda qattiq ogʻriq, ichki va tashqi qon ketish kabi belgilar inson hayotiga xavf soladi va gospitalizatsiya qilishni talab etadi. Stasionarda mijozning holatini aniqlash uchun unga hamshiralik parvarishi koʻrsatiladi. Mijoz kuzatiladi va hayoti uchun muhim boʻlgan koʻrsatkichlar tekshiriladi. Parvarish koʻrsatilayotganda ogʻriqni qoldirgan holda tekshirish va muolajalarni bexatar oʻtkazish kerak. Shoshilinch yordam koʻrsatilganda mijoz tomonidan tushunmovchilik kuzatilishi mumkin. Bunday hollarda mijozga bu muolajalarning ahamiyatini hamda ularni jismoniy ogʻriq qoldirish uchun zarurligini tushuntirib berish lozim.

Jismoniy yordam nafaqat kechiktirib boʻlmaydigan hollarda, balki hayz vaqtidagi ogʻriqlarda, qorin pastidagi bel va bel sohasidagi ogʻriqlarda va boshqa hollarda ham koʻrsatiladi. Bunday hollarda mijozga oʻz-oʻzini parvarishlashi kerakligini tushuntirib oʻrgatilishi lozim. Agar mijozga jarrohlik amaliyoti oʻtkaziladigan boʻlsa, hamshiralik parvarishi jarrohlikdan oldin va keyin yuzaga keladigan ogʻriqlarda ham koʻrsatilishi kerak. Bunda jarrohlik muolajasi va anesteziya turiga bogʻliq parvarish koʻrsatiladi. Jarrohlikdan soʻng ogʻriqlar kuzatilishi mumkin, asoratlarni oldini olish va tez kunlarda mijoz sogʻayib ketishi uchun hamshiralik parvarishini toʻgʻri olib borish zarur, buning uchun mijoz holatini oʻzgartirib turishi kerak, chunki bu ilmiy isbotlangan hamshiralik parvarishining asosi hisoblanadi.

Muolajalarni bexatar oʻtkazish maqsadida bemorni tekshirishda hamda tashxislash oʻtkazganda hamshiralik parvarishi katta ahamiyatga ega. Ginekologik kasalliklarda hamda somatik kasalliklarda tekshirish asosiy usul hisoblanadi. Bunday hollarda bemorga tekshirish usuli haqida tushuntirish va uning ruxsatini olish kerak. Mijoz bunday vaziyatda oʻzini noqulay sezib, uyalishi mumkin. Shuning uchun

mijozni tekshirayotganda u bilan gaplashib, uyatli joylarni berkitib turish kerak.

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

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

XVI BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI 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 radiaktiv moddalarga yaqin yurish ayollarning hayz ko‘rish funksiyasiga va bola tug‘ish funksiyalariga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Uzoq muddat sovuqotish yoki had-dan tashqari issiqlab ketish bilan aloqador ish yallig‘lanish jarayonining qo‘zishiga olib kelishi mumkin. Umumiy ma‘lumotlarga ega bo‘lgandan keyin uni shifokorga kelishga majbur qilgan shikoyatlarini aniqlash kerak. Ginekologik bemorlar odatda og‘riq borligi, oqchil kelayotgani, hayz sikli buzilganligidan (bachadondan qon ketayotganligi yoki hayz ko‘rmasligidan), farzandsizlikdan noliydi.

Og‘riqlar ginekologik kasalliklarda (vaqti-vaqti bilan tutib turadigan, kemirayotgandek bo‘lib seziladigan, mudom simillab turadigan) ular zo‘rligi, seziladigan joyi, xarakteri, tarqaladigan joyi jihatdan har xil. Anamnez yig‘ishda irsiyatga ahamiyat berish kerak. Bemorning ota onalari yoki yaqin qarindoshlarida xronik infeksiyalar (sil va boshqalar, ruhiy, tanosil, o‘sma kasalliklari, qon kasalliklari, moddalar almashinuvi kasalliklari, alkogolizm borligi bemorning ana shu kasalliklariga moyil – moyil emasligini aniqlab olishga yordam beradi). Bemorni so‘rab surishtirish hayot anamnezini go‘daklik davridan boshlab aniqlab olinadi. Ginekologik kasalliklarning sabablarini aniqlab olishda ilgari umuman boshidan kechirilgan dardlarning ahamiyati katta. Odamning tez-tez

angina, revmatizm bo'lib turgani, jigar kasalliklari, neyroinfeksiya va boshqa kasalliklar bilan og'rigani aksari hayz funksiyasining buzilishiga jismoniy va jinsiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishga olib keladi.

AKUSHERLIK-GINEKOLOGIK ANAMNEZ

Ayol organizmi spesifik 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 yerining 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'lardan 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'zolarining 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, shilimshiqsimon, 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, sovqotish, 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, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoli, jun qoplaminig xarakteri, sut bezlarining holati va nechog'lik rivojlanganligini aniqlash) a'zo va sistemalarni umuman meditsinada qabul qilingan usullar bilan tekshiriladi. Ko'zdan kechirib chiqishdan tashqari qorinni va ko'krak qafasini palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya qilinadi.

Keyingi umumiy tekshirish tana harorati, arterial bosimni o'lchab ko'rish, qon, siydik va axlatni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazishdan iborat.

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

Asosiy tekshirish usullari: tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish, ko'zgular yordamida tekshirish, qin orqali tekshirish: a) qinni tekshirish, b) ikki qo'llab qin va ichki jinsiy a'zolari tekshirish – bimanual (vaginal-abdominal tekshirish), to'g'ri ichak orqali tekshirish: a) rektal va rekto – abdominal yo'l bilan tekshirish. b) rekto – vaginal yo'l bilan tekshirish. Ginekologik bemorni tekshirish uchun ginekologik kresloga yoki qattiq kushetkaga yotqiziladi. Kresloning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi, tizzalardan bukilib, ikki yonga keng kerilgan oyoqlar oyoq tutgichlarda turadi. Ayolning ichi kelmagan bo'lsa tozalovchi huqna qilinadi. Bemor qovug'ini bo'shatib olishi kerak.

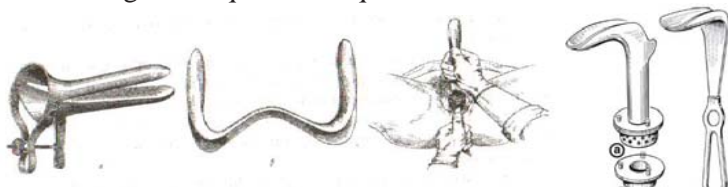
TASHQI JINSIY A'ZOLARNI KO'ZDAN KECHIRISH

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

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

KO‘ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

Tabaqali (Kusko) va qoshiqsimon (Sims) ko‘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 qirrasidan 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.



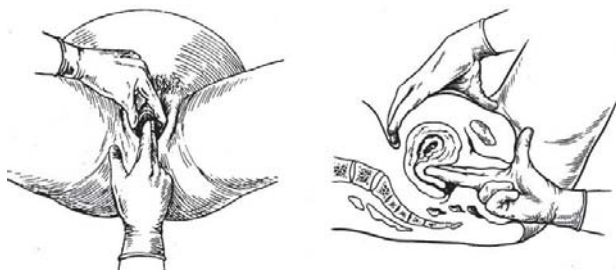
118-rasm a) Kusko ko‘zgusi b) Sims ko‘zgusi v) ko‘zgularni kiritish g) ko‘targichlar

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-ichikligi, 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.



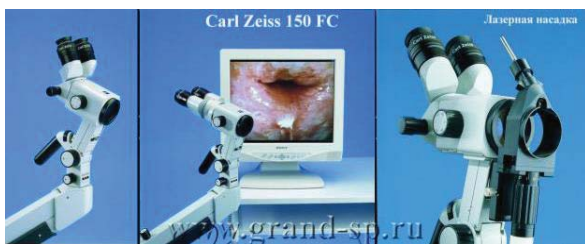
119- rasm. Ayollarni ikki qo‘l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish

Rektal va rekto-abdominal tekshirish – qizlarda qin atreziyasi yoki stenozni mahalida, shuningdek jinsiy sistemada yallig‘lanish yoki o‘asma 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), yendoskopik tekshiruv, funksional diagnostik tekshiruv usullaridan iborat.

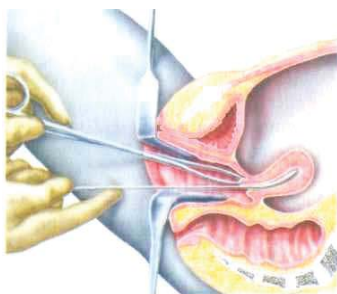
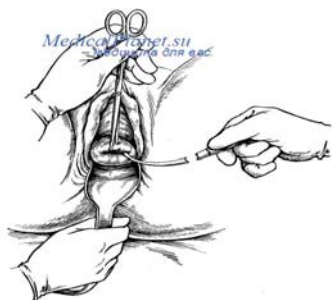
Kolposkopiya – bachadon bo‘yni qin qismini kolposkop yordamida 10 – 30 baravar kattalashtirilgan holda ko‘zdan kechirish. Bu rak oldi holatini aniqlashga, bachadon bo‘ynida rakni dastlabki darajalarida gumon qilishga, bachadon bo‘ynidan nishonga olib turib biopsiya qilinadigan joyni tanlab olishga imkon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



120-rasm. Binokulyar kolposkoplari

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

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 dezinfektsiyalovchi eritmalarni tayyorlab qo‘yish kerak.

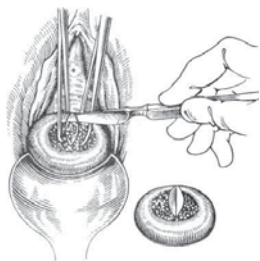


121 – rasm. Bachadonni zondlash



122 - 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 yekssudat, qon, yiring bor-yo‘qligini) bilish maqsadida, bachadondan tashqari homiladorlik deb gumon qilganda bajariladi. Buning uchun hamshira qoshiqsimon ko‘zgu, kornsang, tugmachali qisqich, teshigi keng o‘tkir uzun igna (Bir ignasi) va shu ignaga mo‘ljallangan



123- rasm. Bachadon bo‘ynidan biopsiya olish

shpris, dezinfeksiyalovchi eritmalar, paxta sharchalar tayyorlashi kerak.

Biopsiya qilish – kesib olingan to‘qimani gistologik tekshirishdan o‘tkazish uchun foydalaniladi. Xavfli o‘asma deb gumon qilinganda, bachadon bo‘yni, qin hamda tashqi jinsiy a‘zolar sohasidagi patologik o‘zgarigan joydan biopsiya olib ko‘riladi. Kesib olingan to‘qima bo‘lagi 10 % formalin yoki spirtli bankaga solinadi, gistologik tekshirish uchun laboratoriyaga

yuboriladi. Hamshira quyidagi steril asboblarni tayyorlashi kerak: qoshiqsimon ko‘zgu, tugmachali qisqich (Myuzo qisqichi), kornsang, xirurgik uzun pinset, skalpel yoki konxotom, igna, igna tutgich, qaychilar, tikuv materiallari tamponada qilish uchun 8 – 10 sm steril bint, konxotom ishlatilsa elektrokoagulyatsiya qilinadi.

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

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



a) Ultratovush apparatida tekshirish

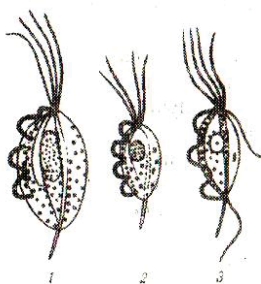


b) Ultratovush (UZI) apparati

124-rasm

LABORATORIYA TEKSHIRISH USULLARI

Bakterioskopik tekshirishda qin, bachadon bo‘yni kanali va uretradan chiqadigan ajralmalar tekshiriladi. Bemor surtmalar olinishiga 2 soat qolganida siymasligi kerak. Hamshira 2 ta buyum oynachasini tayyorlab qo‘yishi shart. Har bir oyna maxsus qalam bilan 3 qismga bo‘linadi. Biriga U (bu urethra degan ma‘noni bildiradi), ikkinchisi C harfi (cervix – bachadon bo‘yni), uchinchisi V harfi (vagina – qin) yozib qo‘yiladi. Ayol ginekologik kresloga yotqizilib, avval uretradan surtma olinadi, buning uchun qinga kiritilgan barmoq bilan uretra ohista massaj qilinadi. Uretradan material salgina qirish yo‘li bilan olinadi, U belgisi

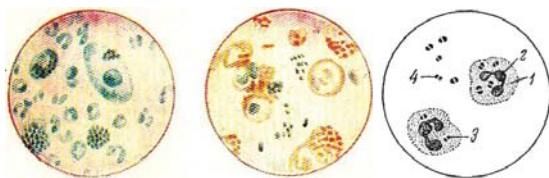


125-rasm. Trixomonadalar.

- 1 – og‘iz bo‘shlig‘i trixomonadasi (*trichomonos buccalis*)
- 2 – ichak trixomonadasi (*trichomonos intestinalis*)
- 3 – qin trixomonadasi (*trichomonos vaginalis*)

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 alimantar provokatsiyalar tafovut qilinadi.



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

QIN EIPTELIYASI SITOLOGIYASINI ANIQLASH (KOLPOSITOGRAMMA)

Esterogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavvatli silliq epiteliyasida shoxlanish jarayoni kechadi. Qanchalik esterogenlar miqdori ko'p bo'lsa shunchalik kuchli rivojlangan shoxlanish jarayoni bo'ladi.

Organizimda esterogen gormonlar kamroq bo'lganda qinda oraliq epeteliyalari ko'zga tashlanadi. Esterogenlar kam miqdorda bo'lsa (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoesterogenemiya), 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, leykositlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmida esterogen 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 leykositlar uchraydi. Bu holat esterogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, menopauza davriga xos.

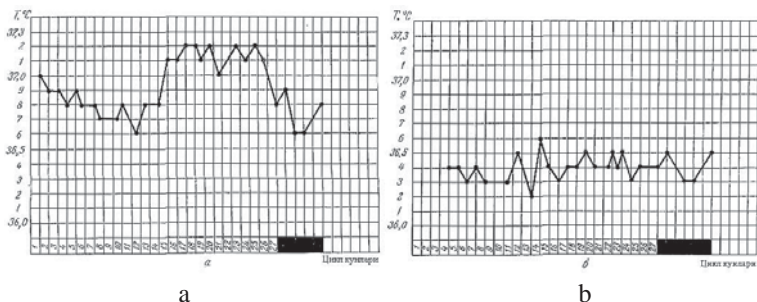
III tip – surtmada asosan oraliq epiteliyalari, onda-sonda shoxlangan epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda esterogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

IV tip – surtmada asosan shoxlangan yuza qatlam epiteliyalari uchraydi. Bu holat esterogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikulyar fazasiga xosdir.

Endoskopik tekshirish usullari bemor jinsiy aʼzolarini maxsus optik asbob yordamida koʻzdan kechirib chiqish. Kolposkopiya, gisteroskopiya, laporoskopiya va kuldoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya qoʻllaniladi. Laporoskopiya anesteziya ostida oldingi qorin devoridan teshik ochilib, asbobni shu teshik orqali qorin boʻshligʻiga kiritib koʻriladi. Kuldoskopiya asbob qin orqa gumbazi orqali kiritiladi. Bunda kichik chanoq aʼzolari koʻzdan kechiriladi. Sistoskopiya-qovuq ichki yuzasi koʻzdan kechiriladi. Rektoro-manoskopiya - toʻgʻri va sigmasimon ichaklar ichki yuzasi koʻzdan kechiriladi.

Funksional diagnostika usuli - bu tuxumdonning gormonal funksiyasiga baho berishda qoʻllaniladi.

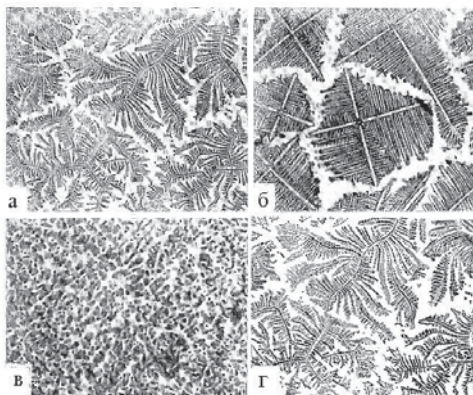
1. Bazal haroratni oʻlchash. Toʻgʻri ichak, qin, ogʻiz haroratini oʻlchash ishlari kiradi. Oʻzbekiston Respublikasida hayz siklini tartibga soluvchi markazning gipertermik taʼsiriga asoslangan. Oʻrinda yotgan holda har kuni 1 soatda, 1 ta (almashtirilmagan) termometrni toʻgʻri ichakka 5 – 10 daqiqa qoʻyilib, harorati oʻlchab, yozib boriladi. Bir necha oy davomida olingan natija grafikka tushirilib, oʻshanga qarab esterogen va progesteron muvozanati, yana ovulyatsiya bor-yoʻqligi aniqlanadi. Estrogen – progesteron muvozanati, normada boʻlib, ovulyatsiya boʻlgan holatda grafikda 2 faza (interpretatsiya) kuzatiladi. Yaʼni, 1-faza gipotermiya fazasi boʻlib, T-37°C gacha, ovulyatsiyadan keyin T-38,4°C gacha koʻtariladi. Bu maʼlumot ovulyatsiya boʻlib, sariq tana taraqqiyoti natijasida progesteron yetarli darajada ajralayotganligidan dalolat beradi.



127– rasm. Bazal haroratning grafikda qayd qilinishi

a – ikki fazali menstruatsiya siklida ovulyatsiyadan keyin bazal haroratning koʻtarilishi; b – anovulyator sikliga hos bir tonli bazal harorat

2. “Ko‘z qorachig‘i fenomeni”. Bu usul yordamida estrogen gormonining konsentratsiya holati aniqlanadi. Hayz siklining follukulyar fazasida bachadon bo‘yni kanalidagi bezlar ko‘p miqdorda shilliq ajratadi. Esterogen – follukulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ularning miqdori oshib boradi. Ovulyatsiya davrida sekret ko‘payadi. Sekret oshgan sari bachadon bo‘ynining tashqi teshigi kengaya boradi. 0,25- 0,3 sm gacha. Hayz siklining 8-9 chi kunidan boshlab ko‘z qorachig‘iga o‘xshab ketadi. Bachadon bo‘yni kanalida tiniq shilliq bo‘lib, bachadon ichi qorong‘u bo‘lganligi uchun qoramtir ko‘rinadi. Esterogen 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; v) agar (++) bo‘lsa, bachadon bo‘yni kanalining tashqi teshigi 0, 2 sm ochiq, qisman aniq; g) agar (+++) bo‘lsa 0, 3 sm ochiq, shilliq ko‘p, esterogen yetarli.



128 – rasm. Bachadon bo‘yni kanali shillig‘ining arborizatsiya (qirg bo‘g‘in) simptomi.

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

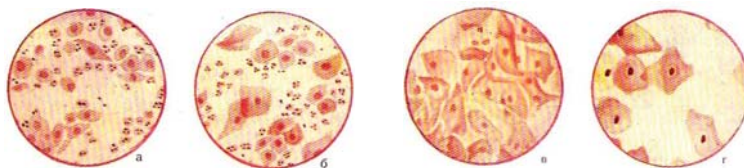
3. Bachadon bo‘yni shillig‘ining kristallga aylanish belgisi (arborizatsiya, kristalizatsiya, qirg bo‘g‘im fenomeni). Bachadon bo‘yni kanalidan ajraladigan shilliq tarkibida natriy xlor bo‘lgani sababli, uni olib xona haroratida quritilsa, kristalga aylanadi, paportnik bargi shaklini oladi, buni mikroskop ostida kuzatiladi: a) (-) esterogen kam, kristalizatsiya yo‘q, shilliq amorf holatda, hujayra elementlari

to'plangan holatda. b) (+) esterogen oz miqdorda bo'ladi, kristalizatsiya aniq bo'lmaydi, ayrim shoxchalar va kristallar ko'rinadi. v) (++) esterogen qisman bor, paportnikning aniq shakli ham bor, shakli yupqa. g) (+++) esterogen maksimal holatda, kristallar yirik, turkum-turkum bo'lib joylashgan, paportnik shakli aniq, uning shoxlari qalin.

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

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

Laboratoriya tekshirish usullari



129- 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	UTT
Qin ko'zgulari	Endoskopik tekshirish
Qin orqali tekshirish	Menarxe
Kolposkopiya	Sekretor funktsiya
Kuldoskopiya	Oqchillar

Laparoskopiya
Sistoskopiya
Rektoromonoskopiya
Biopsiya

Provakasiya
Arborizasiya
Bachadonni zondlash

TEST

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

- a) soʻrab surishtirish
- b) akusherlik-ginekologik anamnez yigʻish
- c) koʻzdan kechirish, qin orqali tekshirish, koʻzgular yordamida tekshirish
- d) qindan surtma olish
- e) bakteriologik tekshirish

2. Qoʻshimcha tekshirish usullari quyidagilar. . .

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

XVII BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA PREDMENSTRUAL SINDROM

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

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

1. Amenoreya – 6 oy va undan koʻproq muddatgacha hayz koʻrmaslik.

2. Disfunktsional qon ketish (anovulyator, yuvenil qon ketish).

3. Siklik oʻzgarishlar (gipomenustral sindrom va gipermenustral sindrom).

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

Prepubertat davrda qizlar juda koʻp qon yoʻqotib, kamqon boʻlib qolishi mumkin. Aqlan, ruhan charchash, jismonan charchash, endokrin bezlar kasalliklari, modda almashinuvining buzilishi bilan davom etadigan kasalliklar (yogʻ bosishi), ovqatlanishning buzilishi, ekstragenital kasalliklar sabab boʻlishi mumkin. Qizlarning barvaqt balogʻatga yetishi sababli haddan tashqari yerta hayz koʻrishi (menstruatsiya proyecox) hodisasi ham hayz koʻrish funksiyasining buzilishiga kiradi. Masalan 8-10 yoshda hayz koʻrish. Bunda ikkilamchi jinsiy belgilar ham barvaqt

koʻzga tashlanadi (qovga, qoʻltiq ostiga jun chiqadi, chanogʻi kattalashadi, tashqi jinsiy aʼzolar va sut bezlari taraqqiy etadi). Barvaqt balogʻatga etishning yetiologiyasi hamma vaqt ochiq ravshan boʻlavermaydi. Tuxumdon oʻsmalari (koʻpincha teratomalari), shuningdek gipofiz, buyrak usti bezlari va boshqa aʼzolarining oʻsmalarida kuzatilgan.

Haddan tashqari kech hayz koʻrish 20-21 yoshda kechikkan hayz koʻrish (menstruatsiya tarda) deyiladi. Bunday hollarda infantilizm belgilari kuzatiladi.

AMENOREYA

Tasnifi: amenoreya – 6 oydan koʻproq muddatgacha hayz koʻrmaslik. Fiziologik amenoreya – qiz bola balogʻatga yetguncha, prepupertat davrda, klimakterik (menopauza) davrda, homiladorlik davrida, bir necha vaqtgacha bola emizish (laktatsiya) davrida hayz koʻrmasligi fiziologik amenoreya hisoblanadi. Patologik amenoreya – azaldan hayz funksiyasi boʻlmay kelayotgan boʻlsa birlamchi amenoreya, qandaydir kasallik munosabati bilan davom etib kelayotgan hayz toʻxtalib qolsa, ikkilamchi amenoreya deyiladi. Soxta amenoreya – qizlik pardasi teshigi boʻlmasligi (atrezia hymeni), qinning boʻlmasligi (atrezia vagini), bachadon boʻyni kanalining bitib qolishi kabi anomaliya holatlarida siklik oʻzgarishlar sodir boʻlgan bachadon shilliq qavatidagi funksional qatlam koʻchib, hayz qoni tashqariga chiqmasdan qolish hollari soxta amenoreya hisoblanadi. Soxta amenoreyalar hamshiralik amaliyotida muhim ahamiyat kasb etadi. Aksariyat hollarda qishloq joylarida yashaydigan qiz bolalarda balogʻatga yetsa ham hayz koʻrmasligi, bir necha sikldan keyin qorinda hayz koʻrik kunlari kelganda qattiq ogʻriq boʻlishi, qorin pastki qismida shish paydo boʻlishi koʻpincha qiz bolalar appenditsit yoki oʻtkir qorin diagnozi bilan operatsiya boʻlishiga, qorin boʻshligʻida oʻsma bor degan taxmin qilinishiga sabab boʻladi. Bunday xatolar amaliyotda koʻp uchraydi. Shuning uchun birinchi marta qizlar bilan hamshira duch keladi, buni yaxshi bilishi zarur. Chin amenoreya – qiz bolaning jinsiy yetilish davridan boshlab umuman hayz koʻrmaslik holati. Aksariyat hollarda bachadon atreziyasi (bachadon boʻlmasligi), tuxumdonlar gipoplaziyasi natijasida organizmning esterogen gormonlari bilan taʼminlanmasdan qolishi, gipofiz – gipotalamus sistemasidagi keskin oʻzgarishlar sabab boʻlishi mumkin.

Bachadondan asiklik, yaʼni 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, anovulyator (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, ovulyatsiya sodir bo‘lmaydi, sariq tana hosil bo‘lmaydi. Bunday patologik jarayonlarda tuxumdonlarda siklik ravishda jinsiy gormonlar ishlanib 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 uchrangani ma’lum bo‘ladi. Bazal haroratni o‘lchash, qin epite-liyasining sitologiyasini aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Davolash. Gormonal gemostaz deganda 3-5 kun davomida (keta-yotgan qon to‘xtaguncha) esterogen gormonlari (sinestrol, diyetil-stelbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan ineksiya qilinib, orga-nizmnin gormonlar konsentratsiyasini oshirib qonni to‘xtatish mexanizmi tushuniladi.

ANOVLİYATOR, 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 stimulyatsiyasi-ning yetarli bo‘lmashligi. 4. Biror bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi. 5. Gormonlarning ta’sir qilish sharoitining buzilishi. 6. Markaziy nerv tizimida (gipotalamo-gipofizar tizimdagi) o‘zgarishlar (qattiq hayajon, qo‘rqish ta’sirida).

ANOVLİYATOR QON KETISH

Yuqorida qayd etilgan sabablarga ko‘ra follikulalar yorilmasdan qolib, ular mayda kistachalarga aylanishi yoki follikula yetilmasdan atreziyaga uchrashi oqibatida bir fazali hayz sikli rivojlanishi –

anovulyator hayz sikli deyiladi. U yuvinel qon ketishi, klimakterik qon ketishlar shaklida namoyon bo‘ladi.

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

Yuvenil qon ketish deganda qiz bolalarning balog‘atga yetish davridagi anovulyator qon ketish tushuniladi.

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

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

Davolash: Prepubertat davrdagi qon (yuvenil) ketishda - estrogenli gemostaz, progesterinli gemostaz, bachadon bo‘ynini elektrostimulyatsiya qilish, siklik gormonal terapiya o‘tkazish. Gormonal gemostaz deganda 3-5 kun davomida (kelayotgan qon to‘xtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, diyetilstilbistrol 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 elektrostimulyatsiya qilish va krioterapiya, siklik gormonal terapiya, estrogen-gestogen dori vositasi bilan davolash. Klimakterik davrdagi qon ketishda - bachadon shilliq qavatini qirish, gormonal gemostaz, bachadon ichiga yod yuborish, estrogen-gestogen, 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 yenergiyasi, dori-darmonlarning salbiy ta’siridan) infeksiyon, virusli kasalliklardan saqlash kerak.

Sogʻlom turmush tarzi, toʻgʻri ovqatlanish, ekstragenital, ginekologik kasalliklarni vaqtida davo qilish, hayz funksiyasining buzilishini oldini olishga imkon beradi.

Predmenstral sindrom, klimakterik sindrom, postkastratsion sindromlar – asosiy neyro endokrin sindromlar hisoblanadi.

Predmenstral sindrom – hayz siklining ikkinchi yarmida hayz boshlanishiga bir necha kun qolganda bosh ogʻrishi, koʻngil aynishi, et uvishishi, uyqusizlik, tajanglik, yigʻloqlilik, taxikardiya va boshqa patologik simptomlar kuzatilishi mumkin. Bunday oʻzgarishlar siklik tarzda paydo boʻlib turishi, hayzdan keyin yoʻqolishi mumkin.

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

Klimakterik sindrom – his tuygʻulari koʻp tugʻyonga keladigan, shuningdek 46-50 yoshga kelib, organizmi qayta tuzilayotganda, ichki aʼzolarning xronik kasalliklari bilan ogʻrib yurgan ayollarda avj oladi.

Klinikasi. Birdan qizib ketgandek seziladi, terlash, yurak oʻynashi, bosh ogʻrishi, yet uvishishi, boʻgʻilish, koʻngilni vahima bosishi, yurak sohasida ogʻriq, qoʻl oyoqlar uvishib turishi kabi klinik manzara koʻzga tashlanadi.

Postkastratsion sindrom – tuxumdonlar olib tashlangandan keyin kasallik boshlanadi. Klinikasi klimakterik sindromday.

Postkastratsion sindrom uchun asteniya (asteniya odam oʻzini bequvvat, charchoq sezishi, xotira pasayishi bilan ifodalaydi) avj olib borishi, shuningdek odamning semirib, ateroskleroz paydo boʻlishi 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.

ALGODISMENOREYA

Hayz koʻrish kunlari qattiq betob boʻlib, tibbiy yordam olish uchun murojaat qiladigan qizlar uchrab turadi. Qorinning pastki qismi, bel, dumgʻaza sohasida loʻqillab, gʻijimlab, sanchib turadigan ogʻriq, yoki dapqir-dapqir tutib turadigan ogʻriq sezilishi mumkin.

Algodismenoreyada ogʻriq turli vaqtda, hayz koʻrishga bir necha kun qolganda, hayz koʻrish vaqtida, hayz koʻrish oxirida, hayz koʻrish

davomida kuzatilishi mumkin. **Sabablari:** bachadonning noto‘g‘ri joylashishi, yallig‘lanish kassalliklari, infantilizm, nevrasteniya, 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 shifokor nevropatologga yuborish. shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

HAYZ VAQTIDAGI GIGIYENA VA HAMSHIRA PARVARISHI

Hayz vaqtida ayol odatdagi ishlarini bajarib yurishi mumkin. Biroq charchash, jismoniy zo‘riqish, sovuq qotish va haddan tashqari isib ketishdan saqlanishi kerak. Hayz oldidan va hayz vaqtida achchiq, sho‘r taomlar va spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish man etiladi. Hayz qoni bemalol oqib, maxsus gigiyenik paxta dokali taglikka shimdirilishi lozim. Tashqi jinsiy a‘zolari kuniga 2-3 marta iliq qaynagan suv bilan yuvish kerak. Vannaning o‘rniga dush qabul qilish tavsiya etiladi, chunki vannadagi ifloslangan suv qinga tushishi mumkin. Bir marta ishlatiladigan gigiyenik paketlar ko‘p qon ketadigan ayollarga ma‘qul hisoblanadi, chunki u qonni ushlab olish xususiyatiga ega. Tamponlar tor kiyim ostida ham bilinmaydi, sport musobaqalarida qatnashish va raqsga tushishga xalaqit bermaydi.

Ajralmalar miqdoriga qarab gigiyenik paket, tampon va taglikni har 3-6 soatda almashtirib turish kerak. Hayz davrida gigiyenik muolajalar tez-tez bajariladi.

Ogohlantirish. Qinda qolib ketgan tampon ahvolning yomonlashishiga va bakteriyalar ko‘payishiga, zararli mahsulotlarning so‘rilishi natijasida toksik shokka sabab bo‘lishi mumkin. Tamponlarni muntazam almashtirib turish bunday asoratning oldini oladi.

Nazorat savollari:

1. Hayz siklining buzilishi tasnifi.
2. Amenoreya. Amenoreya turlari, kelib chiqish sabablari, davolash.
3. Algodismenoreya, sabablari, klinikasi, davosi.
4. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

Tayanch soʻz va iboralar:

Prepubertat davr, pubertat davr, klimakterik davr, menopauza, amenoreya, proyomenoreya, anovulyator sikl, algomenoreya, gipomenoreya, oligomenoreya, soxta amenoreya, birlamchi amenoreya, ikkilamchi amenoreya, chin amenoreya, opsomenoreya, polimenoreya

TEST SAVOLLARI

1. Amenoreya bu. . .

- a) hayz siklining har 28-30 kunda takrorlanib turishi
- b) hayz sikliga bogʻliq boʻlmagan holda qon ketishi
- c) ogʻriqli hayz koʻrish
- d) 6-oy davomida balogʻat va yetuklik davrida hayz koʻrmaslik
- e) jinsiy yetilish davrida koʻp qon ketishi

2. Yuvenil qon ketish bu. . .

- a) har 15-20 kunda tez-tez, koʻp miqdorda qon ketishi
- b) har 35-40 kunda kam-kam qon ketishi
- c) ayollarning jinsiy yetuklik davridagi qon ketish
- d) qiz bolalar voyaga yetishi davridagi qon ketish
- e) umuman hayz sikliga bogʻliq boʻlmagan qon ketish.

XVIII 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, kanalikulyar yo'l bilan. **Klinik o'tishi** o'tkir, yarim o'tkir, surunkali va kasallikning qayta qo'zg'alish davri. **Kasallik chaqiruvchi mikroblarning guruhlari** septik yallig'lanish kasalliklari, spesefik yallig'lanish kasalliklari. **Kasallik qamrab olgan joyiga qarab** tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi. **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 turganidan, qichishuvdan noliydi. Ko'zdan kechirilganda to'qimalar qizarib, shishgani, yiringsimon ajralmalar kelayotgani ko'rinadi, yaralar ham topilishi mumkin.

Davosi: 2% li borat kislota eritmasi, moychechak damlamasi bilan yuvib tozalab sintomisin yoki streptosidli emulsiya surtiladi yoki primochka qilinadi ya'ni eritmasi shimdirilgan salftetka bilan yopib qo'yiladi.

Bartolinit – katta vestibulyar bezlarning yallig'lanishi. Katta jinsiy lab sohasi qattiq og'rib, shishib ketishi va infiltratsiya paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish yiringli bo'lsa, tana harorati ko'tariladi. O'tkir bosqichda bemorga o'rnidan turmay yotish, 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

hoʻllangan trundalar, soʻngra Vishnevskiy mazi surtilgan trundalar qoʻyiladi. Soʻrilish bosqichida fizioterapevtik davo UVCh qoʻllaniladi.

ICHKI JINSIY AʼZOLARNING YALLIGʻLANISHI

Kolpit – qinning yalligʻlanishi. Oqchil kelishi, qinning qichishib ogʻrib turishi. Koʻzdan kechirilganda qin devori qizargan, shishgan, baʼzan och qizil tusli mayda toshmalar va yiring gʻuborlari borligi koʻrinadi. Trixomonadali kolpitda ajralmalar sargʻish yashil koʻpikli, zamburugʻli kolpitda suzmasimon, oq massa koʻrinishida. Kasallikni keltirib chiqaruvchi qoʻzgʻatuvchini hisobga olib davo qilinadi. Qiz bolalarda vulvovaginit koʻproq uchraydi. Sababi – ostrisalar, yot jismlar qinga kirib qolganda paydo boʻladi. Davo yoʻli etiologik faktorga bogʻliq.

Endoservisit – bachadon boʻyni kanali shilliq pardasining yalligʻlanishi. Klinikasi. Oqchil kelib turishi, dumgʻaza sohasida tortib choʻzayotgandek boʻlib seziladigan ogʻriqlar tutib turishi. Qin koʻzgulari yordamida koʻzdan kechirib qaralsa, bachadon boʻyni kanali qizargan, bachadon boʻyni kanalidan shilimshiq yiringli ajralmalar kelib turgani topiladi.

Davosi. Antibiotikli, sulfanilamidli dori darmonlar. Qinni chayib, mazli tamponlar qoʻyish. Bachadon boʻyni kanaliga protorgol yoki lyugol eritmasi surib qoʻyiladi.

Bachadon boʻyni eroziyasi – bachadon boʻyni tashqi teshik atrofidagi koʻp qavatli yassi epiteliyning zararlanishi, yara boʻlishi. Bachadon boʻyni qin qismi koʻp qavatli yassi epiteliylarning defekti chin eroziya deyiladi. Bachadon boʻyni kanalidan chiqadigan patologik ajralmalardan taʼsirlanib, eroziya paydo boʻladi. Chin eroziya och qizil rangda, notoʻgʻri shaklda, sal teginanda qonaydi. Bachadon boʻyni qin qismi epiteliyalarining defekti yaralangan sohasiga silindrik epiteliylar oʻsib qoplab, goʻyoki yara tuzalayotgan holatga keladi. Aslida bu holat tuzalish emas – soxta (psevdo) eroziya holati hisoblanadi. Silindrik epiteliyalar eroziyalangan sohadagi faoliyat koʻrsatib, sekret ajratib turgan bezlarning yoʻlini bekitib qoʻyadi va sekret toʻplangan joyda mayda-mayda pufakchalar paydo boʻladi, ularni Nabotov tuxumchalari (ovuli Nabotici) deb aytiladi. Psevdo eroziyada – silindirsimon epiteliy bilan toʻlishib, eroziya yuzasi och qizil boʻlib koʻrinadi. Eroziyalar bachadon boʻyni kanalining yirtilib ketgan joylaridagi shilliq pardasi agʻdarilib qolganda ham hosil boʻladi (eroziya ektropioni).

Davosi: Shifobaxsh vannachalar, mikrobg qarshi preparatlar, tamponlar qo'yiladi. Biopsiyadan keyin elektrokoagulyatsiya. 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 paydo bo'ladi. 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, holsizlanish bilan xarakterlanadi.

Peritonit – qorin pardasining tarqoq yallig'lanishi bo'lib, yiringli pelvioperitonitning zo'rayishi yoki bachadon ortiqlaridagi yiringlagan joylarning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Bunda intoksikatsiya zo'rayib borib, tana haroratining yuqori darajasigacha ko'tarilib ketishi, qorinning barcha bo'limlarida qorin pardasi ta'sirlanishiga xos alomatlarining ro'y-rost sezilishi bilan xarakterlanadi. Operativ yo'l bilan davolanadi.

JINSIY A'ZOLAR YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH

Umumiy quvvatni oshiruvchi dorilar, bachadonni qisqartiruvchi preparatlar, antibakterial terapiya, sulfanilamid preparatlari, 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, piodermis, chiqonlar ham infeksiya manbai bo'lib xizmat qiladi; 4. Siydik ta'sirida bichilib, vulvit paydo bo'ladi; 5. Qin va bachadonning turli kasalliklar natijasida ajraladigan chiqindilar sababli vulvit paydo bo'lishi mumkin.

Davosi: tashqi jinsiy soha tuklarini olib tashlab, gigiyenik omillardan foydalanish, antiseptik eritmalar bilan yuvish. Bemor o'rinda yotishi, ovqatlanish rejimiga rioya qilishi, umumiy quvvatni oshiradigan dorilar ichishi tavsiya etiladi.

Vulvovaginit – tashqi jinsiy a'zo va qinning yallig'lanishi. Spesefik va nospesefik yallig'lanishga bo'linadi. Vulvovaginitlarni keltirib chiqaradigan sabablar asosan yosh qizlarda qinga yot jismlarning kirib qolishi (o'yinchoqlarning mayda qismlari va shunga o'xshash narsalar), ko'pincha gijja kasalliklari (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), Furasilin (1:10000), vodorod peroksidi 3% li eritmasi bilan qinni chayiladi. Qinga ekmalin(10MLN), penisillin30000 birlikda, dizosin 4 ml 0,25% li bolon yordamida purkab turiladi.

Polimiksin, furazolidon, neomisin 100000 bir. Og‘riqni kamaytirish va yallig‘lanish jarayoniga qarshi dori vositalarini qo‘llash tavsiriya etiladi.

Nazorat savollari:

1. Ayol jinsiy a‘zolarinig 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, ektopion, endoservisit, psevdooeroziya, chin eroziya, endometrit, biopsiya, krioterapiya, fizioterpiya.

Test savollari:

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 tashlanadi

- 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.

XIX BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YUQUMLI KASALLIKLARI

Trixomoniaz. Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikro-organizm - qin trixomanadalari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi. O'tkir trixomoniozda ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichishi 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 qichishish 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 yurgan xivchinlari, dumi va yadrosi bo'lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko'ki yoki gemotoksilin - iozin bilan bo'yab, keyin mikroskopda ko'rilsa, trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul oziqa muhitga qindan olingan ajralma ekiladi va uning kulturasi o'stiriladi, agarda oziqa muhitida trixomonos o'sib chiqsa, trixomoniaz ekanligi ma'lum bo'ladi. Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba'zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho'kmadan mikroskopda tekshirib ko'rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida dalolat beradi. Kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi - trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 7 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (trixopol, tinidazol) tabletkasidan ichishi va bir vaqtning o'zida qinga ham qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi. Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir. Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

So‘zak. Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi. *Tarqalishi.* So‘zak JYOYuK ning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba‘zi bir xil taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% gacha so‘zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki Afrika mamlakatlarida tug‘ilayogan 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, salpingo-oforit, pleveopertonit kabi kasalliklarga sabab bo‘lishi mumkin. Natijada ichki jinsiy a‘zolarida bitishmalar paydo bo‘lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepust 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 bepust 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 oziqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o‘stirish bakteriologik yo‘l bilan kasallik qo‘zg‘atuvchisi aniqlanadi. Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir-biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokkolarni ko‘rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi. Surunkali so‘zakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalarida 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 siprofloksasin, 400 mg miqdorda sefiksin ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim+400 mg

sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripriam), 3 kun davomida 10 tabletkacha ichiladi. 250 mg seftriakson (rosefin), 2 gr spektinomisin yoki 2 gr kanamisin muskul orasiga inyeksiya qilinadi. Kasallikni davolashda albatta er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanish kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

Xlamidioz. Xlamidiozni (cheamydia trachomatis) nomli odam mikoplazmasi chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - hamisha ham aniq simptomlari ko'zga tashlanavermaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo'li bilan ichki jinsiy a'zolariga o'tsa kasallik belgilari ma'lum bo'lmayligi 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 servisit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi - xlamidioz ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini, so'zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o'tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda qindan, bachadon bo'yni kanalidan, bachadondan yiringli chiqindilar kelganda albatta xlamidiozga ham surtma olib o'stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda (cheamydia trachomatis) topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksisisiklin ichiladi, umumiy dozasi 2 gga yetishi kerak. Tetrakisiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromisin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun davomida ichiladi.

Genital herpes. Genital herpesni qo'zg'atuvchi-oddiy herpes virusi bo'lib, virus tarkibida DNK si bo'ladi. Viruslar ikki turga bo'linadi. Birinchi turi asosan lab, ko'z, burun kabi a'zolarining teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a'zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi - herpesning mahalliy belgilari jinsiy a'zolarida (qin, bachadon bo'yni) uretra va oraliqda ko'zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko'plab qichishadigan pufakchalar hosil bo'lishi, zarar-

langan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular oʻrnida ogʻriqli yaralar paydo boʻladi, yaralar 2-4 haftada chandiq hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Baʼzan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan, chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo boʻlishi mumkin.

Diagnostikasi - agarda gerpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tugʻdirmaydi. Anamnezi, shikoyati va obyektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mgdan Asiklovir (Zoviraks, Famvir va boshqalar) ichiladi.

Zaxm. Zaxm (yunoncha sifilis) surunkali yuqumli tanosil kasalligi boʻlib, uni oqish treponema (*spirocheta pallida*) qoʻzgʻatadi. 1905-yilda F. Shaudin va Ye. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Oqish treponema ilgari lanma, mayatniksimon, toʻlqinsimon, 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, soʻlagida, nerv toʻqimalarida va umuman, hamma aʼzolarida hatto sutida yoki erkak shahvatida ham boʻladi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbaadir. Sogʻlom kishi bilan oʻpishganda, jinsiy aloqa qilganida, idish tovoqlaridan foydalanганida kasallik yuqadi.

Zaxmning birlamchi davri. Bu terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo boʻlganidan to teri va shilliq qavatlarda ikkilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar boʻlgan davrni oʻz ichiga oladi. Bu muddat 6-7 haftani tashkil qiladi.

Qattiq shankr paydo boʻlgandan soʻng birlamchi zaxmning ikkinchi simptomi kuzatiladi, bunda regionar limfa tugunlari yalligʻlanib shishadi, kattalashadi va biroz qattiqlashadi. Limfa tugunlaridagi oqish treponemalar limfa tomirlari orqali qonga tushadi va organizmda zaxm infeksiyasiga qarshi immunologik oʻzgarishlarni vujudga keltiradi. Birlamchi zaxmning birinchi 3 haftasida Vasserman va choʻkma reaksiyalar manfiy boʻladi, keyinchalik esa (odatda qattiq shankr paydo boʻlgandan soʻng 4 hafta oʻtgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm).

Zaxmning ikkilamchi davri odatda qattiq shankr paydo boʻlganidan soʻng 6-7 hafta oʻtgach 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 hammasida ham kuzatilmaydi. 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 zararlangan, 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‘rigan bemorlarning badan terisi, shilliq qavatlar, ichki a‘zolari, nerv sistemasi, harakat a‘zolari tomonidan zaxmning klinik ko‘rinishlari kuzatilmaydi.

Yashirin zaxmning erta va kechki hamda noma‘lum turlari tafovut qilinadi. Erta yashirin zaxm bilan og‘rigan bemorlar terisi va shilliq qavatlarida yuqumli toshmalar toshishi mumkin. Anamnezni sinchkovlik bilan yig‘ish, bemorlar bilan jinsiy aloqada bo‘lgan kishilarni tekshirish yashirin zaxmning muddatini va prognozini aniqlashga yordam beradi: kasallanish muddati qancha qisqa bo‘lsa, prognoz shuncha yaxshi bo‘ladi. Kechki yashirin zaxm epidemiologik jihatdan xavfli emas. Zaxmning bu xili bilan og‘rigan bemorni asosan serologik reaksiyalar va profilaktik tekshirish vaqtida aniqlanadi. Zaxm infeksiyasining simptomlarsiz kechishining sabablari hali to‘liq ma‘lum emas. Ba‘zi olimlar fikricha, kasallikning bunday kechishi makroorganizm va mikroorganizm orasidagi muvozanatga ko‘p jihatdan bog‘liq. Bunda oqish treponema organizmning spesefik va tabiiy rezistentligini yenga olmaydi va kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi. Organizmning immun sistemasi esa oqish treponemalarni butunlay nobud qilish qobiliyatiga ega bo‘lmaydi.

Tug‘ma zaxm. Zaxm bilan kasallangan homilador onadan zaxm infeksiyasi qorindagi homilaga o‘tadi va uni zararlaydi. Bu tug‘ma zaxm deyiladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab 4 turga bo‘linadi:
1. Homila zaxmi. 2. Erta tug‘ma zaxm (tug‘ilgandan to 4 yoshgacha

bo'lgan davr). 3. Kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda).
4. Yashirin tug'ma zaxm turli yoshda uchraydi.

Zaxm infeksiyasi homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sir ko'rsatadi. Zaxm bilan og'rigan homilador ayol spesifik davolmasa, u holda 24 - 28 haftalar orasida uning bolasi nobud bo'lib tushadi yoki tug'ma zaxm belgilari bilan tug'iladi. Homiladorlikning 28 haftasigacha spesifik davolgan 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 obstruksiyasi (berkilishi) kuzatiladi. Zaxm bilan og'rigan homilador ayolning nerv muskul apparati energetik qobiliyatining pasayishi oqibatida tug'ishning birlamchi va ikkilamchi jarayoni sustlashadi, tug'ruq faoliyati diskoordinatsiyasi va yo'ldosh tushish vaqtining uzayishi kuzatiladi. Zaxm infeksiyasi homilador ayoldagi gestozning rivojlanishi va og'ir kechishiga ham o'z ta'sirini o'tkazadi.

Davolash. 1. Benzatin penisillin sutkalik dozasi 2,4 mln BRni tashkil etadi. Shu dozani kuniga 2 marta yuboriladi. 2. Prokain penisillin 600000 BR muskul orasiga 10 - 14 kun davomida. 3. Benzilpenisillin 1 mln dan har kuni muskul orasiga 10 - 14 kun, 4. Doksisisklin 200 mg dan har kuni yoki 100 mgdan, 2 mahal 14 kun, 5. Tetrasiklin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 6. Eritromisin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 7. Azitromisin 500 mg dan kuniga 1 marta 10 kun. 8. Seftriakson 250 - 500 mg dan muskul orasiga, kuniga 1 marta, 10 kun yuborilishi tavsiya etiladi.

Kandidoz (Achtqi infeksiyasi). *Klinikasi* - ayollarda qindan suzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy a'zolarining qichishishi, 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 davol 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‘lmasada, Butun jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining axborotlariga ko‘ra, ko‘pgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir bo‘lmoqda.

OITS ning oqibati asosiy e‘tiborni o‘ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik asosan yosh kishilarda va inson umrining sermahsul davriga to‘g‘ri keladi. AQSh, 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-limfositlarini yemiradi, OIV tinch osuda holatidan faollikka o‘tish xususiyatiga ega. Ayniqsa jinsiy yo‘l orqali yuqadigan kasalliklar OIV ning 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. OIV ni yuqtirgan kishilarning qariyb 50% 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo‘ladilar. OITS kasalligi bilan og‘rigan bemorlarning 50% 18 oy ichida, 80% esa uch yil davomida hayotdan ko‘z yumishlari qayd etilgan. Afrika mamlakatlarida bu ko‘rsatkich yana ham qisqarok, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko‘rsatish darajasi va unga erishish qiyinroq bo‘lganligi uchun.

Epidemiologiyasi.

OIV ni 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 135 dan ko‘proq mamlakatlarida 120000 dan ortiq holatlarda OITS qayd etilgan. Ammo haqiqiy kasallanganlar soni bu raqamdan ancha ko‘p bo‘lishi extimoldan 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. AQSh da 1988 yilda 73000 dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56%i olamdan ko'z yumganlar. OITS bilan kasallanganlarning 70% AQSh zimmasiga to'g'ri keladi. Yevropada (Shveysariya, Daniya, Fransiya va Belgiyada) OITS shu mintaqadagi boshqa mamlakatlardagidan ko'proq uchraydi.

Osiyo mamlakatlarida OIV yuqtirgan kishilar haqida ma'lumotlar kam, lekin keyingi yillarda Markaziy Osiyo davlatlarida, jumladan O'zbekistonda ham OIV ni 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 geteroseksualistlar orasida uchraydi. Uning 25% 20-40 yoshli aholi o'rtasida tarqalgan. Asosan foxishalarning 90% OIV ni yuqtirib olgan. Infeksiyaning asosiy manbai 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 foxishabozlikning 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 yul.

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.

OIV ni qonda, so‘lakda, snepmada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo‘lindi. Asosan OIV qondagi limfosit, monositlarda, 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 kiluvchi jihatlaridan biri – bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ‘ibot qilish va JIOYuK ning 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 oxiragacha davom etadi. Aksariyat hollarda kasallik ma’lum bir belgilarisiz 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 quyidagicha to‘rt toifaga ajratish mumkin:

1. Infeksiyaning 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 zararlanish-

dan 12-14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar - antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

2. OIV ni klinik belgilersiz tarqalish bosqichi. OIV ni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imqoniyati bo'ladi.

3. OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Lekin kechqurunlar terlash, ich ketish, ozish, horg'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. OITS 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'iy nazar);

v) 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, tuberkulyoz, gerpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;

g) ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;

d) organizmdan OIV ning ajralib chiqishi;

e) kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi.

Organizmda OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning I-II 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 kurashish markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITS ni laboratoriya usulida aniqlash imkoniyatiga ega.

OITS ni 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;
v) bir oydan ko‘proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;
g) doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho‘zilgan yo‘tal;

d) terida toshmalar keng tarqalgan;
y) og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;
j) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

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

Davolash.

Bugungi kunga qadar OITS ni davolashning ya‘ni, OIV ga kurashi antivirus preparatlarini 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 toliqtirishin 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.

OITS ni davolashning o‘ta murakkabligini inobatga olgan holda barcha tibbiy xodimlar, maktab-maorif tizimi, keng jamoatchilik

birgalikda kasallikning oldini olish. JYOYuK ning 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 mudhish kasalliklarning oldini olishda muhim rol o‘ynaydi.

Nazorat uchun savollar:

1. JYOYuK larning tasnifi.
2. JYOYuK larning asoratlari.
3. JYOYuK xavfli guruhiga kiruvchi shaxslar.
4. JYOYuK yuqish yo‘li va profilaktikasi.
5. OITS (ortirilgan immun tanqisligi sindromi) yuqish yo‘llari, simptomlari, davosi.
6. Urogenital kandidoz. Achitqi infeksiyasi.
7. Trixomoniaz klinikasi, diagnostikasi va davolash.
8. Xlamidioz. Eraklardagi va ayollardagi klinik belgilari diagnostikasi, davosi.
9. Donovanoz klinikasi, diagnostikasi, davosi (Chov granulemasi)
10. Jinsiy a‘zolar sohasi uchug‘i (Genital herpes).
12. So‘zak sabablari, tasnifi, diagnostikasi, davosi.
13. Zaxm.

Tayanch so‘z va iboralar:

JYOYuK	OITS
Kandidoz	Trixomoniaz
Xlamidioz	Donovanoz
Genital herpes	Bakterioskopik tekshiruv
Bakteriologik tekshiruv	Zaxm
So‘zak	

XX BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING O'SMA KASALLIKLARI

Chin o'smalar a'zo va organlarning xususiy to'qimalaridan iborat tuzilmalardir. Shishsimon o'smalar esa biror bir bezlarning sekret chiqarish yo'li bekilib qolishi hisobiga suyuqlik to'planib, kattalashuvi, ular tovuq tuxumidan ayol kishi mushtidek o'lchamda bo'ladi. O'smalarni morfologik tuzilishi va klinik jihatdan o'tishiga qarab xavfsiz va xavfli o'smaga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar qaysi a'zoda yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha a'zo doirasidan tashqariga chiqmaydi.

Xavfli va xavfsiz o'smalar haqida tushuncha

Xavfli o'smalar quyidagi xususiyatlarga ega bo'ladi:

1. Taraqqiy etish jarayonida tevarak atrofdagi to'qimalarni o'rab o'sadi, ularni yemirib boradi (o'smaning atipik, infiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi deb shunga aytiladi). 2. Birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin residiv va metastaz beradi. 3. Bemorning umumiy ahvoriga va modda almashinuviga yomon ta'sir qilib, ko'pincha kaxeksiyaga (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 ahvoriga ta'sir qilishi mumkin. Masalan: fibromiomalarda uzoq vaqt qon ketishi tufayli anemiyaga olib keladi. Yaxshi sifatli o'smalar o'zgarib, yomon sifatli o'smaga aylanishi 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 follikulyar kista, sariq tanacha kistalari, paraovariol, intraligamentar kistalar va qindagi Gartner, Folf yo'li kistalari kiradi.

Bachadonning xavfsiz o'smalari

Bachadon miomasi deb, mushak to'qimasidan, fibromioma deb, birliktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan

xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27%da, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% da, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% da uchraydi. Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi, tuxumdonlar orasidagi munosabatning biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning gipcrplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmida progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa, o'z navbatida, hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan, estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi, deb taxmin qilinadi.

Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilarsiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60-80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish 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 turgan bo'lsa, o'sma qo'shni a'zolar faoliyatini buzadi. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarishda kuchli dardsimon og'riq paydo bo'ladi. O'smaning infeksiyalanishi kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi,

chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi o'smaning oziqlanishi buziladi.

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

Endometrioz. Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy), hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretiya 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 seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyak usti 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 endometriozni hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zolaridan – 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 ovulyatsiya jarayoni bo'lmasligi tufayli sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida 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 %ni tashkil etadi. Bu kasallik juda xavfli, chunki asta-sekin o‘‘sib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlar qo‘shilgandan keyin belgilar paydo bo‘ladi, afsuski, bu paytda davolashning foydasi bo‘lmaydi. Ko‘pincha tuxumdon o‘smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20-25% hollarda xavfli o‘smalarga aylanadi.

Tasnifi. Tuxumdonning chin o‘smasi - “kistoma”, retension yoki shishsimon o‘smalari - “kista” deb yuritiladi. **Retension kistalar** sekret tutilib qolishi bo‘lib, bu o‘smasimon kistalar bezlarining ishlab chiqargan sekretlari to‘planib qolishi natijasida paydo bo‘ladi va kistalarning 34% ini tashkil etadi. Follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial, intraligamentar kistalar (10%)ni tashkil etadi. Tuxumdonda endometrioz kistalar ham uchraydi. Follikulyar kistalar ko‘pincha mioma bo‘lganda, lyutein 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 sm dan oshmaydi va ko‘pincha klinik belgilersiz 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).

Blastomatoz kistomalar chin o‘smalar bo‘lib, tuxumdon o‘smalarning 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, birliktiruvchi 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 seroz kistomalar** eng ko‘p uchraydigan tuxumdon o‘smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan 30- 40 sm gacha kattalashishi, hatto butun qorin bo‘shlig‘ini egallashi mumkin. Kistoma odatda bir kamerali, po‘stlog‘i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo‘ladi. Uning bo‘shlig‘ida seroz 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. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan

yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180-360 gradusga aylanib qolishi mumkin. 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. 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% ni tashkil etadi. Ularning tuzilishida, odatda, uchala embrional qavat qatnashadi. Dermoidlar sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, harakati chegaralangan va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik, uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi. Ko'pincha yog'simon massa tarkibida inson embrional taraqqiyotining birlamchi davridagi elementlar – soch, tish, tirnoq va shunga o'xshash elementlar topiladi.

Ayollar jinsiy a'zolarining xafvli o'smalari

Tashqi jinsiy a'zolar raki. Vulva raki 2-3% uchraydi (yoshlarda kam, qarilarda 70 yoshda ko'proq uchraydi) leykoplakiya, krouroz, eritroplniyadan keyin rakka olib kelishi mumkin. **Alomatlari:** jinsiy a'zolarida "so'gal" o'smalar paydo bo'lishidan boshlanadi. Bu o'simtalar sekin-asta kattalashib, tez yara bo'ladi. Vulvaning ko'p qismi zararlanganda ham o'sma siydik chiqarish kanaliga uzoq vaqt yoyilmay turadi. Chov limfa tugunlarida metastaz paydo bo'ladi. O'sma shakli har xil: teridan ko'tarilib turadigan ekzofit tuzilmalar; zich diffuz infiltratlar; ko'pincha infiltrativ asosli va chekkasi zich noaniq qirrali yaralar paydo bo'ladi.

Ayol uretrasining raki kam uchraydi, uretra rakining turli shakllari uchrashi mumkin. 1. Ekzofit o'smalar ko'pincha yaralanib va patologik karash bilan qoplanib turadi. Uretra devorlariga 2-3 sm chuqurlikda 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 infiltrat-

siyalanishi. 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. **Alomatlari:** jinsiy aloqada qonli chiqindi (sub coits) kuzatiladi. O'sma qon tomirlarini yemirib yuboradi, bir talay 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'yanidan 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 tomirlari shahobchalari 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. **Alomatlari:** 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, rektoromanskopiya 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 shkastlanishlari sabab bo'lishi mumkin. Rak oldi kasalliklariga: adenomatoz (polipoz) giperplaziyaga uchragan endometriyning residiv berishi, menopauzadan keyingi giperplaziyalar kiradi. **Alomatlari:** aksariyat hollarda menopauza davrida (menstruasiyadan qolgandan keyin) birdaniga asiklik qon ketish bachadon tanasi rakining dastlabki simptomi hisoblanadi. Ana shu simptomga e'tibor berib bemorning bachadon 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 seroz papillyar 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.

Jinsiy a'zolarida o'tkaziladigan operatsiyalardan oldin va keyingi davrda hamshiralik parvarishi.

Jinsiy a'zolarida operatsiya o'tkaziladigan bemorlar, operatsiya reproduktiv faoliyatga javob beruvchi a'zolarida amalga oshirilgani uchun bezovtalanish, ayollik hissini yo'qotish, jinsiy hayotdagi muam-

molar, bola tugʻish faoliyatidan judo boʻlish kabi juda koʻp muammolarga duch keladi. Bundan tashqari operatsiyadan keyin kelib chiqishi mumkin boʻlgan kasallik, uning davolanishi choʻzilib ketishini inobatga olib, operatsiyadan keyingi davrda hamshiralik parvarishi individual boʻlishi, ruhiy va ijtimoiy muammolarni hisobga olishi kerak.

Operatsiyadan avvalgi hamshiralik parvarishi. Bemor operatsiyadan avval qoʻrqadi, bezovtalanadi, shuning uchun unga operatsiyadan avval tekshiruvlarni toʻgʻri tushuntirib, bezovtaligining oldi olinadi. Bemor ruhiy va jismoniy holatini yaxshilash, operatsiya yaxshi oʻtishiga zamin yaratadi.

Operatsiyadan avvalgi tekshiruvlar. Qon va siydikning klinik va biokimyoviy tahlili, EKG, jigar, buyrak, yurak qon tomir tizimi faoliyatini tekshirish, OITSGa, gepatit B va C ga, RW, qonning ivuvchanligini tekshirish, koʻkrak qafasi flyurografiya, UTT, bemorning kasallik tarixini oʻrganish, rentgenogramma qilish va boshqalar. Umumiy holatni kuzatish, tana harorati, puls, arterial bosimni oʻlchash, ogʻriq va qon ketishini kuzatish, koʻrsatmaga binoan qon quyish. Agar qon quyishga koʻrsatma boʻlsa, qon quyish markaziga qon guruhi va miqdori, qon quyiladigan vaqt haqida axborot beriladi. Qon kelgach, kasallik tarixidagi koʻrsatmalari aniqlanib, bemorga qonni mos kelishi tekshiriladi va qon quyishga masʼul shaxslarga (direktor oʻrinbosari, shifokor va anesteziolog) topshiriladi.

Tuklarni qirish. Qorin boʻshligʻida qilinadigan operatsiyalarda qorinning pastki qismidagi va jinsiy aʼzolardagi tuklar qirib tozalanadi. Agar qin orqali operatsiya qilinsa, faqat jinsiy aʼzolardagi tuklar qiriladi (bemorning xohishi inobatga olinadi).

Tana gigiyenasi. Tana gigiyenasiga qatʼiy rioya qilinadi, bemor ahvoriga qarab koʻrsatmalar boʻlsa, nam sochiq bilan butun tana artiladi.

Kechki ovqatni qabul qilmaslik. Koʻrsatmalarda ovqat qabul qilmaslik yozilgan boʻlsa, ovqat qabul qilinmaydi, 18. 00 dan keyin ovqatlanmaslik kerak.

Uyquga ketishdan avval dori qabul qilish. Bemorning bezovtaligini oldini olish uchun uxlatadigan dorilar va sedativ preparatlar beriladi.

Operatsiyaga koʻrsatmalar varaqasi boʻyicha operatsiyadan bir kun avval anesteziolog tekshiruvchidan oʻtiladi, tekshiruv tafsiloti operatsiya xonasiga anesteziolog eʼtiboriga xavola qilinadi.

Operatsiyaga yozma rozilik berish. Operatsiya boshlanmasdan avval, oila aʼzolari maxsus shakldagi hujjatlarni toʻldirib berishlari kerakligi tushuntiriladi.

Operatsiyadan avval tushuntirish. Bemorning bezovtalanishi oldini olish uchun operatsiya qilish tartibi va xavfsizligini tushuntirish kerak. Operatsiyadan avvalgi muolajalarni zarurligini tushunib yordam berish; bemor shaxsiy buyumlari haqida: tilla taqinchoqlar, soat, linzalar, tish protezlari, monikyurlarni olib tashlash; hamshira bemorning 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 katalkaga olgach, umumiy ahvoriga e'tibor beriladi va issiq choyshab bilan usti yopib qo'yiladi, palataga olib kelib, oila a'zolariga operatsiya qanday o'tganligi haqida axborot beriladi. Anesteziyadan so'ng qanday ahvolda uyg'onganligiga ahamiyat beriladi, umumiy holatiga hamda jarohat yuzasiga, jinsiy a'zolariga, qusganiga va qon ketishiga e'tibor qaratiladi. Bemorni transportirovka qilinayotganida silkinmasligiga e'tibor berish kerak. Bemorni palataga olib kelgach, ehtiyotlik bilan 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 ketishi, ovqatlanishi, jinsiy a'zolar gigiyanasi, 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. Defekatsiya-ning 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 qaytishga 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 keyingi 1 oy davomida o'tkaziladi. Bemorga ko'rikka kelguniga qadar qorin pastida og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, jinsiy a'zolardan qon kelishi, jarohat yuzasidagi o'zgarishlar (shish, qizarish, yiringlash), siydik ajratish buzilishi kabi shikoyatlar bezovta qilsa, darhol shifokorga murojaat etish kerakligi tushuntiriladi. Bemor va uning oilasiga, ayniqsa eriga ayoldagi jismoniy o'zgarishlar haqida va operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya bo'yicha ko'rsatmalar berishi kerak, chunki oila a'zolari va ayniqsa, eri uni tushunishi uchun bemorni shaxsiyatini saqlagan holda undan avval oila a'zolari va eriga bu haqida gapirish mumkinligini aniqlagandan keyin ko'rsatmalar berish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Xavfli va xavfsiz o'smalar.
2. Tashqi jinsiy a'zolarning rak oldi kasalliklari.
3. Bachadon bo'ynining rak oldi kasalliklari.
4. Bachadon bo'yni raki, tarqalish bosqichlari, diagnostikasi va davolash.
5. Bachadon raki, tarqalish boshqichlari, diagnostikasi va davolash.

Tayanch so'z va iboralar.

Krauroz, leykoplakiya, diskeratozlar, eritroplakiya, ektropion, o'tkir kandiloma, ekzofit rak, endofit rak, metastaz, infiltratsiya, kolposkopiya, sitologik tekshiruv, rektoromanoskopiya, menoragiya, metroragiya.

Test savollari:

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) seroz qavatdan o'sadigan.

e) sekret ishlab chiqadigan bezlarning chiqarish yo'llari bekilib qolishi hisobiga suyuqlik bo'shliqda to'planib qolishidan.

2. *Fibramioma qanday o'sma?*

- a) qo'shuvchi to'qimadan o'sib chiqqan xavfsiz o'sma.
- b) muskul tolasidan o'sadigan xavfsiz o'sma.
- c) muskul tolasi 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

XXI BOB. KLIMAKTERIK DAVRDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

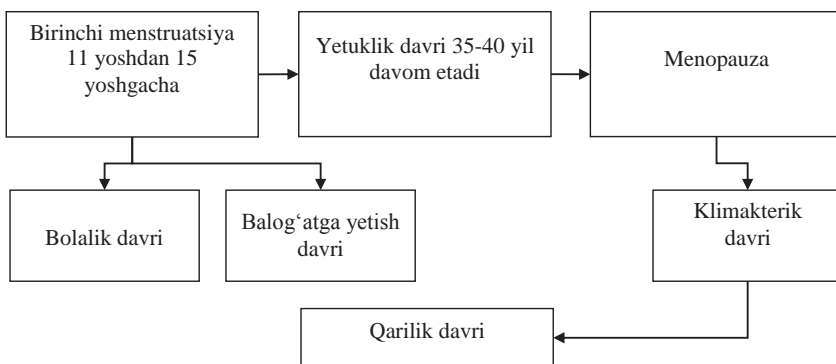
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy ruhiy muammolarning rivojlanishi

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 funksiyasining to‘liq tugashigacha bo‘lgan davr. Bu davr boshidan oxirigacha 10 yil davom etadi. Ba’zi bir ayollarda klimakterik davr 45-47 yoshdan, ba’zilarida esa 50 hatto 55 yoshdan boshlanishi mumkin.

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

Insonning hayot sikli va klimakterik davr



Menopauza - oxirgi menustruasiyadan 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% ni 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 lipoproteidlarning (PZLP) darajasiga bog'liqligi aniqlangan.

Shuningdek, perimenopauza davrida regulyar hayz sikllarining tiklanishi kuzatilgan bo'lib, bu esa esterogenlarning 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 faoliyatining yaxshilanishi.

Shu narsa aniqlanganiki, 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 sekretiysasiga qarshi reaktivlik susayadi yoki tugaydi, menopauza boshlanadi.

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

Esetrogen - gormonning butun organizmga ta'siri:

1. Jinsiy organlarga ta'siri: a) follekulalar yetilishiga, bachadonni rivojlantiradi, homiladorlik va tugʻruqqa tayyorlaydi, hayz siklini reguliyatsiya qiladi. b) bachadon boʻynidan shilimshiq chiqishini reguliyatsiya qiladi, shilimshiq jinsiy aloqani yengillashtiradi. v) koʻkrak bezlarini rivojlantiradi.

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

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

4. Teriga ta'siri: teri tonusini saqlab turadi.

5. Psixikaga ta'siri miya hujayralarini qavvatlab turadi.

Esterogen gormoni yetishmaganda: Hayz siklining buzilishi, vegetotomirlar distoniyasi (vazomotor buzilish), issiqlikni buzilishi, terlash, bosh aylanishi, psixonevrologik oʻzgarishlar - bosh ogʻrigʻi, 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 pogʻonasi, son va boshqa suyaklarning sinishi holatlari kuzatiladi.

Birinchi boʻlib reproduktiv faoliyat buziladi, keyin gormonal, feyertil faoliyat menopauzadan oldin susayadi, 35 yoshdan soʻng Klimakterik davrni quyidagicha boʻlish mumkin.

Perimenopauza 45-55 yosh klimakterik simptomlarning birinchi belgilari paydo boʻladi, hayz siklining oʻzgarishi, issiq quyilishi, havotirlik, esterogen yetishmaslik holati bu menstruatsiya tugashiga 2 yil qolguncha davom etadi.

Menopauza oxirgi menstruatsiya $50 \pm 2,5$ yil bu davr menstruatsiyani 12 oy davomida boʻlmasligi. Agar menstruatsiya 40-44 yoshda tugasa bu erta, 36-39 yoshda tugasa vaqtdan oldingi menopauza hisoblanadi, 1% ayollarda 60 yoshda, 1% hollarda 40 yoshgacha boʻlgan davrda boshlanadi.

Postmenopauza – hayzni 2 yil davomida boʻlmasligidan 65-69 yoshga qadar boʻlgan davr hisoblanadi. Menopauza davrdagi yosh irqqa, nasldagi xususiyatlar klimakterik davrga va ayolning sogʻligʻiga bogʻliq. Gonadotropinlar miqdori koʻpayadi. FSG 14 marta, LG 3-4 marta koʻpayadi, LG 3-4 marta koʻpayadi, follikulyar apparat susayadi – esterogenlar miqdori kamayadi. 30-80% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi va klimakterik yoki menopauzal sindrom paydo boʻladi. Sunʼiy menopauza ham tavofut etiladi, tuxumdonlarni

operatsiya yo‘li bilan olib tashlaganda, 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 bezlarning 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 tushunchasini yuzaga keltiradi.

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. Avvolambor jinsiy a’zolari 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 qariliq 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 qobilyatini susayishi, bir narsaga diqqat bilan e’tibor berishning susayishi. 3. Ayrimlarda qo‘zg‘aluvchanlik holati, qon bosimining ko‘tarilishi, birdan jahlning chiqishi, aksincha ayrimlarda uyquchanlik, darmonsizlik, depressiya holati kuzatiladi.

Erkak jinsiy bezlari tuxum faoliyati susayadi, qonda erkak jinsiy gormonlarning 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’zolarining faoliyati susayadi, qalqonsimon bezning (Giptireoz), 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 organizmning 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 nazorati sedativ vositalar buyuriladi: valeriana, piona, pustirnik, trankvilizatorlar sibazon, nozepam, trioksazin qo'llaniladi.

XXII BOB. KLIMAKTERIK SINDROMDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Klimakterik sindromning klinik belgilari

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

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

5-10% ayollarda hayz sikli menopauza davrida muntazam bo‘lib turadi, esterogen 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, holsizlik, depressiya, qo‘rquv, eslash qobiliyatining buzilishi, libido (ishqiy mayning susayishi).

Psixoemosional 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 jahllanish, 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 maylining 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 kichishish, 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 basseynida 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, glyukoza miqdorini aniqlash, qon bosimini o'lchash, tana vaznini bo'yiga nisbatan munosabatini aniqlash. Umumiy quvvatlovchi vositalar, ratsional gigiyenik rejim yoshi o'tgan ayollarga tavsiya etiladi. Ovqat ratsioniga meva, sabzavot va vitamin preparatlari tavsiya etiladi. Vitamin A antigistamin xususiyatga ega vitamin C lipid almashuviga ta'sir etadi. Vitamin E gipofizdagi qon 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 metabolitik 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 qoʻllaniladi.

Oʻrinbosar gormonal terapiya maqsadida estrogenlar bilan gestagenlar kombinatsiyasi, estrogenlar bilan androgenlar kombinatsiyasi, monoterapiya progestinlar yoki androgenlar qoʻllaniladi.

Klimakterik davrda patologik klimaks sindromining oldini olish va gormonlar bilan davolash. 1. Tabiiy estrogenlar yoki uning analoqlari (17β estradiol, estradiol vererat). 2. Estragenlar dozasi prolife ratsiya fazasidagi miqdoriga teng. 3. Estragenlarni progestinlar yoki androgenlar bilan kombinatsiyada berish mumkin. 4. Osteoporoz, miokard infarkti va insultni oldini olish uchun 5-7 yil davomida gormona terapiya oʻtkaziladi.

Klimakterik sindromda qoʻllaniladigan chora-tadbirlar: issiqlik koʻtarilishi (yuzning isib ketishi va terlash) da, jinsiy xususiyatning susayishi va jinsiy aloqada ogʻriq sezishlikda va osteoporoz va suyaklar sinishining oldini olish uchun. Siydikni ushlab tura olmaslik hollarida: mijozga tushuntirish, yashash tarzini oʻzgartirish tavsiya etiladi, sogʻlomlashtirish muolajalari oʻtkaziladi, oilasiga yordam beriladi.

Issiqlik kamayishi va suyak massasining kamayish mexanizmi: Ayol jinsiy gormonlari sust ishlab chiqariladi, nerv sistemasi fiziologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi, suyaklar rezorbsiyasi tezlashadi, siydik bilan 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 qoʻllab-quvvatlash, chanoq mushaklarini gimnastika muolajalari yordamida mustahkamlash, kundalik hayotda yordam berishdan iborat.

Osteoporoz 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, diyetoterapiya, davolovchi gimnastikadan iborat.

XXIII BOB. QARILIK DAVRIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Gerontologiya va geriatriya fani haqida tushuncha. Sogʻliqni saqlash tizimining dolzarb muammolaridan biri boʻlgan “Gerontologiya” insonning qarish jarayonini urganadigan fan boʻlib, yunoncha “geros” — qari va “logos” — bilim degan maʼnoni anglatadi.

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

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

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

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

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

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

Umuman, qarilik davrini qanday aniqlash mumkin? 1963 yil Kiyevda oʻtkazilgan Butun dunyo Sogʻliqni saqlash tashkilotlarining qarilik jarayoni haqidagi seminarida qabul qilingani boʻyicha: 45 yoshdan 59 yoshgacha-oʻrta yoshlilar; 60 yoshdan 74 yoshgacha-keksalar; 75 yoshdan 89 yoshgacha-qariyalar;

90 yosh va undan katta yoshdagilar-uzoq umr koʻruvchilar deb hisoblanadi.

Inson hayotida qarish jarayonining kechishi. Qarilik-yosh ulgʻaya borishi bilan organizmda roʻy beradigan qonuniy oʻzgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon boʻlib, bunda organizmning moslashish qobiliyati cheklana borib, turli patologik oʻzgarishlar rivojlanadi va oʻlim muqarrarligi tezlashadi. Koʻp hujayrali murakkab organizmlar umri davomida nafaqat anatomik, balki funksional jihatdan ham maʼlum bir oʻzgarishlarni boshidan kechiradi. Bu oʻzgarishlar yoshi oʻtgan sari ularning tashqi koʻrinishi yoki ularning «nabitus» ida ham namoyon boʻladi. Qarilikda yuz terisi quruq, burishgan, serajin, ilvillagan, rangsiz tus oladi, yupqalashganligi natijasida teri ostidagi tomirlar boʻrtib koʻrinib turadi. Bosh qismida soch tolalari oqargan, siyraklashgan, koʻzlari nursiz, ogʻiz boʻshligida tishlar yetishmaydi, umurtqa pogʻonasi bukchaygan, harakatlari sustlashgan, qiyinlashgan mana shular qarilikka xos boʻlgan ayrim belgilardir.

Koʻrish va eshitish qarilikda pasayadi. Qari odamning eti tez-tez junjikadi. Boʻyi va vazni ham kamayadi. Erkak kishi 50-85 yoshlar oʻrtasida kamida 3 sm ga, ayollar esa 4 sm ga pasayadi. Meʼyorda

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.

Organizmدا chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involyutsion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik uzgarishlar 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 ketish holati bunga yorqin misoldir. Bu holat to'qimalarning yashash uchun zarur bo'lgan energiya manbai, oziqa moddalariga bo'lgan talabning 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 tuxum-donlar va bachadon kichrayadi. Involyutsion jarayonida bosh miya vazni ham kamayadi. Nerv to'qimalarida pigmentli yog'li degeneratsiya va trofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Qon aylanish sistemasida - ateroskleroz holati vazomotor o'zgarishlarga sababchi bo'ladi. Bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi bilan ifodalanadi, arterial bosim ko'pincha ko'tariladi. Yurakda miokardioskleroz qayd etiladi, bu esa yurak faoliyatini susaytiradi, qon aylanish sistemasining yetishmovchiligaga, organlarning oziqa moddalariga va kislorodga to'yinmasligiga va ma'lum bir klinik simptomlarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Bular bosh aylanishida, xotiraning pasayishida, uyquning buzilishida, oyoq-qullarning kuchsizlanishi, qaltirashida va boshqa belgilarda namoyon bo'ladi. Qarilik har bir organizmدا 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 kurashishdan 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'ligini 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'ligini tiklashi, mustahkamlashi, umrini osoyishta yashab o'tishga ko'mak bera oladigan darajada malaka va bilimga ega bo'lishdan iborat deb hisoblaydi. Demak, gerontologiyada hamshiralik ishining maqsadi quyidagilardan iborat: 1. Keksa va qari yoshdagi kishilarning asosiy ehtiyojlarini tushunmoq. 2. Yoshi o'tgan va qari kishilarning sog'lom bo'lishiga, sog'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, ilmini talab etadi. Gerontologiyada yoshi o'tgan, keksaygan shaxsning muammosini hal etishda hamshira rejali ravishda ish olib borishi zarur. Hamshiralik jarayoni — dinamik, o'sib boruvchi va o'zgaruvchan harakatli jarayondir.

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

Hamshiralik jarayoni aniq bir maqsadga yo‘naltirilgan, moslashuvchan jarayon. Hamshiraning ishi shifoxonalarda, oilalarda, qariyalar uylarida, poliklinikalarda olib boriladi. Hamshira bu jarayonda o‘z mutaxassisligi bo‘yicha bilimi, iste’dodi, tajribasi va mantiqiy fikrlash qobiliyatini bemorning sog‘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.

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

Keksa 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 soʻzlarni ishlatish. Misol uchun: Keyin nima boʻldi? — Siz uchun maʼqulmi? — va hokazo.

Bemorning fikrini bilish, buning muhimligini bildirish.

3. Avaylash, gʻamxoʻrlikni his qildirish.

4. Soʻzlashganda yuz va tana harakatlariga eʼtibor berish.

5. Yoshi oʻtgan va qari kishilar tashvish-muammosini hal etish uchun uning mohiyati negizini qayta-qayta aniqlash va bilib olishga erishish. Buning uchun verbal (suz orqali), noverbal (harakat orqali) muloqot turidan foydalanish zarur.

Inson yoshi oʻtganda, keksayganda katta hayotiy tajribaga ega buladi. Bunday odamlar hamshiraning muloqotidan uziga nisbatan munosabatni va hamshira haqidagi maʼlumotni ham bilib olish qobiliyatiga ega boʻladi.

Muloqotda maʼlumotning 30% gapda ifodalanadi. Bunda 7% soʻzdan, 13% ohangidan, 10% mazmunidan bilib olinadi. 70% ni esa tashqi koʻrinish: qoʻl, yuz, tana harakati bilan, hatto hid orqali bilib olish mumkin.

Kommunikatsiyada savol berish usulidan toʻgʻri foydalanish zarur. Savollar uch xil yoʻnalishda beriladi. 1. Yopiq savollar - izoh talab qilmaydigan savollar. Misol: - Siz bugun yaxshi uxladigizmi? Ha yoki yoʻq.

2. Ochiq savollar - izoh talab qiladigan savollar. Misol: - Nega bugun yaxshi uxlay olmadingiz? 3. Yoʻnaltiruvchi savol - fikrni davom ettirishga undovchi savol. Misol: — Balki havo taʼsir 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. Yaʼni kasallik etiologiyasi va klinik belgilarga asoslanib, bemorning asosiy muammosi aniqlanadi va belgilab olinadi. “Hamshira tashxisi”—hamshiralik jarayonining asosidir. Hamshira tashxisini qoʻyishdan maqsad, bemorning ahvoriga va kasallikning kechishiga toʻgʻri baho berishdir. Bemor bilan kommunikatsiyada boʻlish bemorda kasallik oqibatida paydo boʻlgan muammolarni aniqlash, shu asosda bemorni kuzatuv kundaligini olib borish, bemorni sogʻlomlashtirishni tashkil qilishdir. Hamshira hamshira tashxisi qoʻyishda nazariy bilimlarni egallash bilan birgalikda mukammal amaliy koʻnikmalarga ham ega boʻlishi kerak. Bemor

muammosini aniqlashda MASLOU ehtiyojlar pogʻonasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

MASLOU pogʻonasida keksa yoki qari kishining oʻz kasaliga yoki holatiga munosabati, kasallikni yengishiga ishonchi, umuman fiziologik jarayonlar kechishiga qanday munosabatda boʻlishi va bunga nima taʼsir koʻrsatishi, tashqi muhitning taʼsiridan oʻzini himoya qila olish, olmasligi, yordamga muhtoj, muhtoj emasligi, oʻzini jamiyat, yaqinlari bilan hamnafas his etishi yoki yolgʻizlanib qolganligi kabi holatlar aniqlandi. MASLOU pogʻonasiga asoslanadigan boʻlsak inson pogʻonaning eng pastki qatoridagi ehtiyojlarini qondirgandagina yuqori pogʻonadagi ehtiyojlarga intilishi mumkin. Ehtiyojlar va talab pogʻonasi pastdan yuqoriga qarab quyidagi tarzda joylashadi: 1. Hayotiy zaruratdan kelib chiqqan holda ehtiyojlarni qondirish. 2. Xavfsizlikka ishonch, barqarorlik, erkinlikni his qilish (pul, sugʻurta, oila, doʻstlar). 3. Odamlar bilan muloqotga boʻlgan ehtiyojini qondirish (yolgʻizlik — katta muammo). 4. Oʻzini-oʻzi hurmat qilish (ehtiyoj qondirilmasa odam oʻzini kuchsiz, ishonchsiz sezadi). 5. Yaratishga, yashnatishga, rivojlan-tirishga ehtiyoj (sanʼat, sport, ijod) sezishi zarur.

3-bosqich. Muammoni hal qilish yoʻllarini rejalashtirish. Rejalashtirish imkoni boricha bemor bilan birgalida olib boriladi. Hamshira bemor holatini yengillashtirish, kasallik asoratlarning oldini olish, yaʼni bemorning sogʻligi muammolarini hal qilish rejasini tuzadi va buni hamshiraning kuzatish kartasiga belgilab boradi.

4-bosqich. Rejalashtirilgan vazifani bajarish va uni hujjatlashtirish.

Bu bemorni parvarishlash va maʼlumotlarni 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 boʻlsa, hamshiralik tashxisini oʻzgartirib 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, toʻlaqonli hayot faoliyatini davom ettirishda yordamchi mutaxassis boʻlishi 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 nuqtai 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 aylani-shini izdan chiqaradi, arterial bosim ko'tariladi. Miokarddagi sklerotik o'zgarishlar yurak qisqarishlarini kamaytiradi. Shu nuqtai nazardan qarilik yoshidagi ayollar organizmini zo'riqtirmaydigan jismoniy mashqlar, sekin-asta piyoda yurish, tez va oson hazm bo'ladigan ovqatlarni ichak faoliyatini tartibga soluvchi oziq 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 ventilyatsiyasini 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 hamshiralalar biriktirilishi maqsadga muvofiqdir. Bu masala Qizil Yarim Oy jamiyati hamda oilaviy poliklinikalar xodimlari bilan hamkorlikda amalga oshirilishi lozim.

Nazorat savollari:

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

Tayanch soʻz va iboralar:

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

M U N D A R I J A

KIRISH	3
I QISM. AKUSERLIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI	5
I BOB. Onalikda hamshiralik parvarishi fani. Onalikda hamshiralik parvarishi asoslari. Onalik haqida tushuncha	5
Onalikdagi hamshiralik parvarishining obyektlari.....	6
Onalikning jismoniy xususiyatlari.....	8
Onalikda hamshiralik parvarishining oʻrni va ahamiyati.	9
Onalikda hamshiralik parvarishining vazifalari va tendensiyalari	11
Onalik va bolalikni himoya qilish tuzilmasida (strukturasi) parvarish faoliyati.....	11
Ayol hayotining turli davrlarida akusherlik yordami koʻrsatish...	17
Homilador ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish.....	17
II BOB. Oʻzbekiston Respublikasida akusherlik va ginekologik yordam koʻrsatish muassasalarining ishini tashkil qilish.	18
Tugʻruq kompleksining (boʻlimining) tuzilishi.....	18
Tugʻruq kompleksi (boʻlimi) tarkibiy boʻlinmalarining jihozlanishi va ishini tashkil qilish.....	19
Qabul va tekshirib koʻrish boʻlimi.....	19
Tekshirib koʻrish xonasi.....	20
Sanitariya ishlovi berib oʻtkazish xonasi.....	21
Homiladorlik patologiyasi boʻlimi (HPB).....	21
Intensiv davolash xonasi (palatasi).....	22
Muolajalar xonasi.....	22
Prosedura xonasi.....	23
Akusherlik boʻlimi.....	23
Tugʻruq bloki.....	23
Tugʻruq xonalari (zallari).....	23
Tugʻruq zalida kislorod taʼminoti boʻlishi zarur.....	25
Tugʻruqdan keyingi boʻlim.....	26
Alohida maxsus (boks) palatalar.....	27
Infeksiyalar asorati profilaktikasi.....	27
Operatsiya bloki.....	28
Operatsiya oldi xonasi.....	29
Operatsiya xonasi.....	30
Tikish materialini saqlash.....	31
Anesteziologiya – reanimatsiya boʻlimi.....	31

III BOB. Ayol jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi	33
Tashqi jinsiy a'zolar (Genitalia externa).....	33
Ichki jinsiy a'zolar (Genitalia enterna).....	34
Sut bezlari.....	39
IV BOB. Balog'at (jinsiy yetilish) davrida hamshiralik parvarishi hayz ko'rish sikli	42
Hayz ko'rish sikli.....	43
Hayz siklining idora etilishi.....	52
Hayz ko'rish davrining gigiyenasi.....	53
Hayz vaqtida o'z-o'zini parvarishlash.....	55
Hayz davriyligining mohiyati.....	55
Jinsiy yetilish davrida hayzni anglash, ayollik va onalik.....	56
Hayz tahlili.....	56
V BOB. Reproktiv yoshdagi ayollar salomatligini muhofaza qilish. Reproktiv, fertil davrida hamshiralik parvarishi	58
Onalikda hamshiralik parvarishining faoliyati.....	59
Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning roli.....	59
Sog'liqni targ'ibot qilish konsepsiyasi.....	60
Reproktiv salomatlik konsepsiyasi.....	62
Reproktiv salomatlik va huquq tushunchasi.....	63
Ayol reproktiv salomatligi va huquq masalalari.....	63
VI BOB. Kontraseptiv vositalarning zamonaviy usullarini qo'llashda hamshiraning vazifalari	65
Sog'lom oilani shakllantirish.....	65
Zamonaviy kontrasepsiya usullari.....	70
VII BOB. Homiladorlik fiziologiyasi va diagnostikasi. Homiladorlik davrida hamshiralik parvarishi	76
Homiladorlik fiziologiyasi.....	76
Urug'langan tuxum hujayraning bo'linishi va bachadonga siljib borishi.....	77
Urug'langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishi – implantatsiya	78
Vorsinali	79
Qog'onoq pardasi	80
Qog'onoq suvi (amnion suyuqligi).	80
Platsenta (placenta).....	81
Homilada qon aylanishi	82

Homilaning nafas olishi.....	83
Homilaning oziqlanishi.....	83
Homilaning chiqarish funksiyalari.....	83
Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila.....	87
Homilaning yetilganlik belgilari.....	89
Yetilgan homilaning boshi.....	90
Homilador ayollar organizmidagi fiziologik o'zgarishlar.....	90
Qorindagi homilaning tirik yoki o'lik ekanini aniqlash.....	97
VIII BOB. Tug'ruq., tug'ruqda hamshiraning vazifalari va parvarishi.....	99
Tug'ruqni keltirib chiqaruvchi sabablari.....	99
Tug'ruqning xabarchilari va boshlanishi.....	100
Tug'ruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq tutishi).....	101
Tug'ruq davrlari.....	103
Bachadon bo'ynining ochilish davri.....	103
Homilaning tug'ilish davri.....	108
Ensa oldinda yotishining orqa turida tug'ruq biomexanizmi.....	112
Tug'ruq biomexanizmining bosh shakliga ta'sir etishi.....	117
Yo'ldosh tushish davri.....	119
Tug'ruqning davomiyligi.....	120
IX BOB. Tug'ruqni boshqarish.....	123
Tug'uvchi ayollarni qabul qilish va sanitariya qayta ishlovidan o'tkazish.....	123
Tug'ruqdan oldingi bo'lma va tug'ruq bo'lmasining asbob-anjomlari.....	127
Partnyorlik (hamkorlik) tug'rug'i.....	123
Tug'uvchi ayolni tug'ruq paytida ovqatlantirish.....	130
Bachadon bo'ynining ochilish davrini boshqarish.....	130
Homilaning tug'ilish davrini boshqarish.....	133
Tug'ruqning ikkinchi davrini boshqarish.....	144
Yo'ldosh tushish davrini boshqarish.....	145
Tug'ruqning uchinchi davrini faol boshqarish.....	151
X BOB. Tug'ruqni og'riqsizlantirish.....	156
Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usuli.....	157
Tug'ruqni dorilar bilan og'riqsizlantirish usullari.....	162
Tug'ruqlarni olib borishning zamonaviy tamoyillari.....	166
Partogramma.....	168
XI BOB. Chilla davri fiziologiyasi. tuqqan ayolni parvarish qilishda hamshiraning vazifalari.....	173

Tuqqan ayol organizmidagi o'zgarishlar.....	173
Chilla davrini boshqarish.....	177
Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda gimnastika.....	183
XII BOB. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi. Chaqaloqlarni parvarish qilishda hamshiraning vazifalari.....	193
Tug'ruq komplekslarida chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil etish.....	193
Chaqaloqlarni parvarish qilish.....	195
Chaqaloqlar parvarishining zamonaviy usullari.....	198
Chaqaloqlarni emizish.....	199
Ona sutining ahamiyati va tarkibi.....	199
Ko'krak suti bilan boqish (Shifoxonalarda bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi) (ShBDMT).....	202
Ko'krak suti bilan boqishga moneliklar.....	203
Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish.....	206
Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi - AB (0) bo'yicha izoserologik mos kelmasligi).....	209
XIII BOB. Homiladorligi patologik kechayotgan ayollarda hamshiralik parvarishi	212
Homiladorlar gipertenziyasi.....	216
Tutqanoq tutishida va komada birinchi yordam ko'rsatish.....	220
Gestozlarda homiladorlarni tug'dirish.....	221
Ayollarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish.....	221
Gestozlar profilaktikasi.....	221
Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitasiya).....	222
Abort (bola tashlash).....	222
Oy-kuni yetmasdan tug'ish (chala tug'ish) partus praematurus... ..	223
Tug'ruq kuchlari anomaliyalari	224
Chanoq anomaliyalari (tor chanoqlar).	226
Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi.....	230
Homila pardalarining o'z vaqtida yirtilmasligi.....	232
Platsentaning oldinda yotishi.	234
Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi (Separatio platsentaye normaliter insertaye prayematura).....	234
Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi.....	235
Ilk chilla davrida (tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda) qon ketishi.....	236

XIV BOB. Ekstragenital kasalliklarda homiladorlik va tugʻruq.....	246
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari.....	246

II QISM. GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK PARVARISHI

XV BOB. Ginekologik kasalligi boʻlgan mijozlarga koʻrsatiladigan hamshiralik parvarishining oʻziga xos xususiyatlari.....	258
--	-----

Ayol jinsiy aʼzolari kasalliklarining hozirdagi holati.....	258
Ginekologik bemorlarga tashqi omillarning taʼsiri.....	259
Jinsiy aʼzolar kasalliklarida mijozlarning xususiyatlari.....	260

XVI BOB. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari.....	263
---	-----

Akusherlik-ginekologik anamnez.....	264
Tashqi jinsiy aʼzolari koʻzdan kechirish.....	265
Koʻzgular yordamida tekshirish.....	266
Qin orqali tekshirish (ichki).....	266
Laboratoriya tekshirish usullari.....	270
Qin epteliyasi sitologiyasini aniqlash (kolpositogramma).....	271

XVII BOB. Hayz faoliyatining buzilishi va predmenstrual sindrom.....	276
---	-----

Hayz sikli buzilishining tasnifi.....	276
Amenoreya.....	277
Anovulyator, yuvenil qon ketishlar.....	278
Anovulyator qon ketish.....	278
Algodismenoreya.....	280
Hayz vaqtidagi gigiyena va hamshira parvarishi.....	281

XVIII BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari.....	283
---	-----

Tashqi jinsiy aʼzolarining yalligʻlanishi.....	283
Ichki jinsiy aʼzolarining yalligʻlanishi.....	284
Jinsiy aʼzolar yalligʻlanish kasalliklarini davolash.....	285
Qiz bolalarda koʻproq uchraydigan ginekologik kasalliklar.....	286

XIX BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining yuqumli kasalliklari.....	288
Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS).....	294

XX BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining oʻsma kasalliklari.....	300
--	-----

Xavfli va xavfsiz oʻsmalar haqida tushuncha.....	300
Bachadonning xavfsiz oʻsmalari.....	300
Ayollar jinsiy aʼzolarining xavfli oʻsmalari.....	304
Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi.....	308

Operatsiyadan 1 sutka o‘tgach ko‘rsatiladigan hamshiralik parvarishi.	308
Operatsiyadan keyin kelib chiqqan asoratlarda yordam berish....	309
Operatsiyadan so‘ng ayolning ruhiy holati.	309
Stasionardan chiqishiga qaratilgan qo‘llanma.	309
XXI BOB. Klimakterik davrda hamshiralik parvarishi.....	312
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy ruhiy muammolarning rivojlanishi	312
Erkaklar klimaksi.....	315
Erkaklar klimaksini davolash.....	316
XXV BOB. Klimakterik sindromda hamshiralik parvarishi..	317
XXVI BOB. Qarilik davrida hamshiralik parvarishi.....	320

Ya.N. ALLAYOROV, B.A.JUMANOV, F.Q.ASQAROVA

ONALIKDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Toshkent – «VORIS NASHRIYOT» – 2017

Muharrir:	S.Tosheva
Tex. muharrir:	F.Tishaboyev
Musavvir:	D.Azizov
Musahhih:	S.Akramov
Kompyuterda sahifalovchi:	N.Raxmatullayeva

Nashriyot litsenziyasi AI № 195 28.08.2011.

Original-maketdan bosishga 24.11.2017. ruxsat etildi.

Bichimi 60×84¹/₁₆. «Times New Roman» garniturasida. Ofset qogʻozida. Ofset usulida chop etildi.

Bosma t. 21,0. 743 nusxada bosildi. Buyurtma № 705.

«VORIS-NASHRIYOT», Toshkent sh., 100011, A. Navoiy koʻchasi, 30-uy.

tel.: 244-58-81. el-pochta: www.voris-nashr@mail.ru.

«NISO POLIGRAF» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Toshkent viloyati, Oʻrta Chirchiq tumani, «Oq-Ota» QFY,

Mashʼal mahallasi Markaziy koʻchasi, 1-uy.