



## ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ УСУЛЛАРИ

**Газиёва Лола Нормуродовна**

*Юнусобод Абу Али ибн Сино номидаги Жамоат саломатлик техникуми,  
Акушерлик ва гинекология фани кафедраси мудири*

**Аннотация:** Ушбу мақолада ҳозирги тиббиётда кенг қўлланиб келинаётган замонавий контрацептив воситаларини қўллаш, уларнинг аҳамияти ва роли ҳақида сўз боради.

**Калит сўзлар:** *Ҳомиладорлик, контрацептив воситалар, тухум ҳужайра, ҳомила, контрацептив таблеткалар.*

**Ҳомиладорлик** - организм учун оғир, машаққатли юк ва вазифа. Ўсаётган ҳомила кўплаб витамин, минерал ва микроэлементлар талаб қилади. У буларни она организмидан олади. Шунинг учун туғруқдан кейин онанинг танасидаги «захираларни» тиклаб олиш учун маълум вақт керак.

Одатда эмизикли даврда пролактин гормони фаол бўлгани учун ҳайз келмаслиги кузатилади ва овлуяция бўлмайди. Нормал ҳолатда эмизилганда илк 6 ойда ҳомиладор бўлиш эҳтимоли деярли бўлмайди. Шунинг учун эмизиш табиий контрацепция ҳисобланади. **Қуръонда болани тўлиқ икки йил эмизишга буюрилгани ҳам бу муддат ичида ҳомиладорлик юзага келмаслиги ва она организми кейинги туғруқ учун тикланиб олишига имконият эканига ишорат қилинган.** Шунда икки бола орасидаги муддат 2,5-3 йилни ташкил қилиши энг маъқул ҳолат ҳисобланади. Аммо эмизиш даврида ҳомиладорлик бўлмаслиги учун бола озукасининг 85% и она сутидан иборат бўлиши керак. Бу эса ҳар доим ҳам шундай бўлмайди. Баъзида бола 6 ойликдан кейин бошқа озукаларни ҳам истеъмол қилишни ўргана бошлаганда сут миқдори камайиши мумкин ва ҳомиладорлик юзага келиб қолиши мумкин. Бироқ бола 1 ёшга тўлмасдан олдин содир бўлган ҳомиладорлик она организми учун оғирлик қилиши мумкин. Айниқса кесарча кесиш ёки туғруқдан кейинги бошқа тур асоратлар кузатилган аёлларда, бунга жуда аҳамият бериш керак. Бундай ҳолатларда кейинги фарзанднинг ҳомилалик даврида ривожланиши қийин кечиши ва турли туғма нуқсонлар хавфи кузатилиши мумкин. Шунинг учун кейинги фарзанд учун туғруқдан камида 1,5-2 йил ўтгандан кейин ҳаракат қилган маъқул.

Шундай ҳолатларда контрацепция, яъни ҳомиладорликдан сақловчи воситалардан фойдаланишга тўғри келади. Кунимизда бундай воситаларни турлари жуда кўпайиб кетган. Энди шу контрацепция воситалар ҳақида тўхталиб ўтамиз. Контрацепция усуллари бир неча турларга бўлинади:

1. Биологик усуллар: жинсий алоқдан сақланиш, азл (уруғни ташқарига тўкиш), тақвим усули,
2. Тўсиқ усуллари: презерватив, диафрагма, бачадон қалпоқчаси, губка
3. Бачадон ичи воситалари: спираллар



4. Кимёвий усул: спермицидлар
5. Гормонал усул: гомнонал таблетка, инъекция, имплант ва бошқ.
6. Тезкор (фавкулодда) усул
7. Стерилизация (аёл ва эркак)

### **Биологик усуллар**

Бунда оилавий жуфтлик маълум муддат жинсий муносабатлардан сақланиш орқали ҳомиладорликнинг олдини олади. Уларга азл қилиш (эркак уруғини ташқарига тўқиши), овуляция кунини тақвим, базал ҳарортани ўлчаш ёки тест орқали аниқлаб ўша кунлари яқинлик қилмаслик кабилар киради. Бу усулда ҳеч қандай контрацептив восита қўлланилмайди.

Бу аёл организмида тухум ҳужайра етилиш жараёни ва вақти билан боғлиқ бўлган усул бўлиб, унинг самардорлиги 76-80% (яъни ушбу усулни қўллаган жуфтликлардан 20-24 тасида ҳомиладорлик юзага келади, бошқа паталогик муаммолар бўлмаса).

### **Тўсиқ усули**

Бу усул аёл репродуктив тизими юқори қисмларига сперматозоидлар тушишининг олдини олишга қаратилган. Презерватив эркак олатига тақиладиган резина қалпоқдан иборат. Улар латекс, полиуретан, силикон ёки бошқа тур материалдан тайёрланган бўлади. Агар тўғри қўлланилса самардорлиги 95% ни тақшил қилади. Бироқ реал ҳолатни ҳисобга олинса самардорлиги 82-86% дан иборат. Презерватив материалига аллергия реакция бўлмаган барча ҳолатларда ишлатиш мумкин. Ножўя таъсирларидан 30 % эркакларда эрекция сустлашгани ҳақида шикоят кузатилаганини айтиш мумкин. Презервативнинг аёллар учун мўлжалланган тури ҳам мавжуд. У қин ва бачадон бўйинини тўлиқ қоплайдиган ва қин деворларига ёпишиб турадиган юпқа пленкадан иборат бўлади. Бу усулнинг самардорлиги 80% ни тақшил қилади. Аёллар учун мўлжалланган тури қинга тўғри ўрантиш учун тажриба талаб қилади, яқинлик асносида бироз шовқин, ноқулайлик туғдириши мумкин ва эркаклар презервативидан анча қимматроқ бўлади.

Диафрагма – қин ичига ўрнатиладиган палстмассадан ясалган восита бўлиб, четки қисмида букилаган пўлат ҳалқаси бўлади. Диафрагма бачадон бўйинини қоплаб олади ва спермани бачадон каналига тушишидан сақлайди. Кўпинча уни спермицидлар билан бирга қўлланишади.

Диафрагманинг бир неча хил шакли ва ўлчамлари бор. Бу усулнинг самардорлиги ҳам умумий ўлароқ 82-85% ни тақшил қилади. Самардорликнинг паст бўлиши баъзида диафрагмани тўғри ўрната билмаслик туфайлидир. Бу усул кўпинча гормонал таблеткалар қўлланиш мумкин бўлмаган ва эмизикли боласи бўлган аёлларга қўлланилади. Диафрагмани спермицидлар билан бирга қўллаш тавсия этилади. Уни жинсий яқинликдан 6 соат олдин ўрнатиш мумкин. Усулнинг ножўя таъсирларидан бири шуки, ҳалқанинг сийдик йўлига босим бериши натижасида сийдик чиқариш тизимида ўткир яллиғланиш хавфини оширади. Яна айрим аёлларда диафрагма материалига аллергия бериши мумкин.



Бачадон (цервикал) қалпоқчаси – бу ҳам худди диафрагма каби бачадон бўйинини спермадан тўсувчи восита бўлиб у қин ичида 72 соат туриши мумкин. Қалпоқчани металл ёки пластмассадан ишлаб чиқаришади. Туғмаган аёлларда самардорлик кўрсаткичи 80-85 % ни ташкил қилади, бироқ тукқан аёллар учун бу кўрсаткич бироз пастроқ – 60-70%. Мазкур усул қин соҳаси ва бачадон бўйнида нуқсон, ёки инфекцияси, тухумдон яллиғланиши, бачадон бўйни дисплазияси, эндометрия ўсмаси бўлган аёллар учун қўлланилмайди. Бачадон қалпоқчаси тукқандан кейин 6 ой муддатда, абортдан кейинги муддатларда ва ҳайз пайтида ишлатилмайди. Айрим ҳолатларда аёл киши нохуш ҳид келаётганидан шикоят қилиши мумкин. Ҳомиладан сақлайдиган губка – синтетик материал бўлиб спримицид билан ёки спримицидсиз қўлланилади. Губка қинга ўрнатилиб 12 соатгача туриши мумкин.

У спремани ўзига шимиб олиб, ёки спримицид билан ишлатилганда сперматозоидларни яроқсизлантириш орқали таъсир қилади. Бунда ҳам туғмаган аёллар учун самардорлик 80%, тукқанлар учун 60% ни ташкил қилади.

### **Бачадон ичи воситалари**

Бачадон ичи воситалари ёки спираль энг кўп тарқалаган ва урф бўлган усул саналади. Дунё бўйича 100 миллиондан зиёд аёл ушбу усулдан фойдаланар экан. Уларни икки турга оддий (пластмасса) ва маълум модда (мис, олтин, гормонлар) билан қопланган турларга бўлиш мумкин. “Мирена” таркибида синтетик (сунъий) гормон бўлган спираль бўлиб уни кўпинча гормонал контрацепция усули ҳисоблашади. Таркибида мис бўлган спиралларнинг самардорлиги 98-99%ни ташкил қилади. Спирални ҳар 3 йилда алмаштириб туриш керак. Аммо 5 йилгача ҳам ҳимоя функциясини сақлаши ҳақида ҳам маълумотлар бор. 5 йил ҳатто 10 йилга ўрнатиладиган айрим турлари ҳам мавжуд. Бачадон бўшлиғида биокимёвий жараён таркибий ўзгаришлар натижасида эндометрийда ва спермада ўзгаришлар содир қилиб тухум ҳужайранинг уруғланишига ва бачадон бўшлиғига имплантациясига тўсқинлик қилади. Бу усул анча ишочли саналади.

Асосан гормонал таблеткалар рухсат берилмаган аёлларга тавсия этилади. Ҳомиладорликда, илгари (камида 3 ой олдин) тухумдон яллиғланишини, жинсий йўл билан юқадиган касалликларни бошдан кечирган аёлларга, сепсис, яқинда бўлган септик аборт, қиндан тушунарсиз қон келиб туриши, бачадон бўйни саратони, эндометрий саратони, хавфли трофобластик касаллик, мисга (ёки спиралда қўлланиладиган бошқа моддага) аллергияси бўлган аёлларга қатъиян тақиқланади. Ундан ташқари тухумдон саратони, елбўғозлик, туғруқдан кейинги нифос ҳолатларида ҳам тавсия этилмайди. Илк уч ойда қон келишининг ўртача муддати 12-13 кунни ташкил қилади. 20% аёллар 5 йил ичида кўп қон келиши ва қонли ажралмалар сабабли спиралдан воз кечадилар. Яна бир ноҳўя таъсири ҳайзнинг оғриқли келишидир. Спирални ҳомиладорлик йўқлиги аниқлаштирилгандан кейин ҳайзнинг охири кунлари ёки ҳайздан кейинги кунлари қўйиш мумкин.



Спиралнинг хавфли асоратларидан бири бачадон тешилиб қолиши (бу 1000 та ҳолатдан 1 тасида рўй бериши мумкин). Илк ойларида кичик тос соҳасида инфекция жараёнини кучайиши кузатилиши мумкин.

10% ҳолатларда киритилгандан кейин 1 йил муддат ичида спирал ўзидан-ўзи тушиб кетади. Кўпинча туғмаган, ва аборт ёки туғруқдан кейин дарҳол қўйдирганларда шундай бўлади. Спираль ўрнатилгандан кейин 1 ой ўтиб шифкор текширув ўтказиши керак. Агар ҳаммаси жойида бўлса кейинги кўрик 6-12 ойдан кейин белгиланади.

Агар аёл киши қинда спиралнинг ип учларини ҳис қилмаётган бўлса, жинсий яқинликда эркак киши спиралнинг қаттиқ пластмасса қисми ҳис қилаётган бўлса, аёл ҳомиладор бўлиб қолса ёки ҳомиладор эканига гумон қилса, чов қисмида доимий оғриқ ҳис қилса, ноодатий ажралмалар келса, иситма бўлса, ҳайз цикли бирдан ўзгарса, ёки спирални олиб ташлашни истаса дарҳол шифокорга мурожаат қилиш керак.

Агар спирал бўлатуриб ҳомиладорлик юзага келса, спирални дарҳол олдириб ташлаш керак. Чунки бу ҳолатда ҳомила тушиш хавфи юқори бўлади. Агар спирал қолиб кетса, маълумотларга кўра 75% ҳолатда ҳомила тушиши кузатилади. Агар вақтида спираль олиб ташланса 90% ҳолатда ҳомиладорлик давом этиб муваффақиятли туғруққача боради.

### **Гормонал усуллар**

Мураккаб орал (оғиздан қабул қилинадиган) контрацептивлар, ва соф прогестаген контрацептивларга бўлинади. Бу иккаласини ҳам оғиздан қабул қилинадиган таблетка шаклидаги ва инъекция, пластр, ҳалқа ва бошқа турдагиларга ажратиш мумкин.

Орал контрацептив таблеткалари – оғиз орқали ичиладиган гормонал таблеткалар бўлиб, улар уч турга монофазали, икки фазали ва уч фазалига бўлинади. Монофазали таблеткалар таркибида маълум миқдордаги эстроген гормони бўлади. Икки фазалида бир хил миқдорда эстроген бўлиб, прогестин миқдори ҳайз циклининг иккичи фазасида ортиб боради. Уч фазали таблеткаларда эстроген миқдори ўзгармас ёки бироз ўзгарадиган бўлади, прогестин миқдори эса цикл давомида уч марта ўзгаради.

Замонавий орал контрацептив таблеткалари икки хил турдаги синтетик эстрогендан бирини ўзида сақлайди: этинилэстродиол ва местранол. Улардаги эстроген миқдорига қараб бир неча гуруҳга бўлиш мумкин: микродозали (ярина, линдинет, новинет, логест, мерсилон, три-мерси); кичик дозалли (силест, марвелон, фемоден, регулон, жанин, белара, минизистон, микрогинон); ўрта дозалли (диане-35, демулен, триквилар, три-регол, тризистон, миване); юқори дозалли (овидон, нон-вилон).

Қоидасига риоя қилиб қўлланилса самарадорлиги 99,9%ни ташкил қилади. Аммо реал ҳаётдаги статистикага кўра самарадорлик 92-95%ни ташкил қилади. Чунки 60% аёллар ҳеч бўлмаганда битта таблеткани ичишни унутадилар. 30% эса бир циклда 3 та таблеткани вақтида ичишни унутадилар.

Контрацептив таблеткаларнинг таъсир кўрсатиш тарзи овуляцияга туртки берувчи гонадотропин гормонининг ишлашига тўсқинлик қилишга асосланган. Ундан



ташқари таблеткалар эндометрийни ҳам ингичкалаштириб уруғланган тухум хужайранинг имплантациясига яроқсиз қилиб қўяди. Бачадон бўйни суюқлиги ўз сифатини йўқотади ва сперматозоидларни ўтказмайдиган ҳолатга келади. Бачадон найлари қисқаришлари камаяди ва най ичи суюқлиги ишлаб чиқариш ўзгаргани сабабли тухум хужайра ва сперманинг бачадон найлари бўйлаб ҳаракатланишини қийинлаштиради.

*Контрацептив таблеткаларнинг ҳомиладорликдан сақлашдан ташқари яна қанақа фойдали томонлари бор?*

Ҳайз циклини мувозанатлаштиради, ҳайз қонини, ҳайз даври оғриқларини камайтиради, айниқса кўп қон йўқотадиган аёлларда темир танқислиги анемияси кучайишидан сақлайди. Ундан ташқари эндометрий, тухумдон ва тўғри ичак саратонидан, тухумдон кистаси ўсишидан, кўкрак хавфсиз ўсмаларидан, бачадон ташқарисида ҳомиладорликдан, суякларда кальций миқдори камайишидан, ревматоид артритдан, угри тошишидан ҳимоя қилади. Тухумдон яллиғланиш хавфини ҳам камайтиради. Кўпгина таблеткалар таркибида синтетик прогестероннинг маълум турлари бўлиб улар аёлда эркак гормони миқдорини камайтиради.

Замонавий контрацептив таблеткаларда эстроген ва прогестерон миқдорлари илк чиқарилган таблеткаларга нисбатан сезиларли даражада камайтирилган. Бу эса ножўя таъсирларни (кўнгил айнаши, қорин дам бўлиши, кўкрак безларининг шишиши каби) ҳам камайишига олиб келган.

*Контрацептив таблеткаларни қуйидаги ҳолатларда қўллаб бўлмайди:*

- ҳомиладорлик;
- туғруқдан 6 ҳафтадан кам муддат ўтган даврда ва эмизиш;
- 35 ёш ва ундан катталарда чекиш одати бўлса ( кунига 15 та сигарет);
- гипертония (қон босими 160/100 дан баланд бўлганда);
- мавжуд ёки илгари ўтказилган тромбоемболизм;
- юрак ишемик касаллиги;
- инсульт ёки миокард инфаркти ҳолатини бошдан кечирганларга;
- юракдаги клапан касалликлари ва асоратларида;
- неврологик бузуқликлари бўлган мигрень;
- кўрак бези саратони;
- ретинопатия, нефропатия ва нейропатияли диабет;
- жигар циррози;
- жигар ўсмаси.

*Қандай салбий таъсирлари кузатилиши мумкин?*

Кўпинча (10-30% ҳолатларда) таблетка қабул қилингандан кейинги илк 3-6 циклда ҳайз олдидан ёки цикл ўртасида қонли ажралмалар келиши кузатилади. Аёлда кўнгил айнаши, сут безларида оғриқ, кайфиятнинг ўзгариши, вазн ортиши (йилда 1-1,5 кг) каби шикоятлар бўлиши мумкин. Ножўя таъсирларидан эстроген миқдори кўп бўлган таблеткаларда веналар тромбози, юрак касалликлари, ўтқоп-тош касалликлари





авж олиши мумкин, мунтазам қабул қилиш эса кўрак ва бачадон хавфли ўсмаси хавфини ҳам ошириши мумкин.

Кўпгина мамлакатларда контрацептив таблеткаларни тайинлаш фақат шифокор назорати остида амалга оширилади ва рецепт билан тарқатилади. Таблеткаларни тайинлашдан олдин аёл гинеколог кўригидан ўтиши керак. Бунинг асосий мақсади таблеткаларни қандай қабул қилиш, ножўя таъсирлари, қачон ва қандай касалликларда мумкин эмаслиги, агар вақтида ичишни унутиб қўйса нималар қилиш кераклиги ҳақида батафсил маълумот беришдир. Таблеткаларни қайси куни бошлаш турига қараб ҳар хил бўлиши мумкин. Йўриқномасини ўқиб шунга амал қилиш керак.

Қадоқда 21 дона таблетка бўлган контрацептив воситаларни узлуксиз қабул қилиш фақат кўп ва оғриқли ҳайз келадиган ёш аёллар ёки ҳайз муддатини суриш учун 2-3 ой узлуксиз ичиш мумкин.

ЭКУ муолажасига тайёрлаш давомида ҳам контрацептив таблеткалар ҳайз циклини мувозантга келтириш ва фолликулалар етилшини кучайтириш учун тайинланади.

Циклнинг илк 7 кунигача муддатда битта ёки ундан кўп таблетка ичишни унутса, овуляция бўлиш эҳтимоли ошиб, ҳомиладор бўлиб қолиш мумкин бўлади. Агар циклнинг кейинги кунлари (8-21) унутилса, овуляция бўлиш эҳтимоли жуда кам бўлади. Агар иккита қадоқ қабул қилиш ўртасида 7 кундан кўп вақт ўтса ҳам ҳомиладор бўлиш эҳтимоли ошади.

Хулоса ўрнида шуни айтиб ўтмоқчимизки, ҳар қандай ҳолатда ҳам ва ҳар қандай контрацептив воситаларини қўллашдан олдин албатта гинеколог-шифокор билан маслаҳатлашинг. Чунки кўпгина муаммолар контрацептив воситаларни ўзбошимча ва нотўғри қўллашдан келиб чиқади. Зеро ҳар бир организм индивидуал бўлиб, унинг ҳолати, ўтказган касалликлари, ёши, нечта фарзанди борлиги, охиргисини қачон туққани, эмизиб-эмизмаётгани хуллас кўплаб омилларни ҳисобга олган ҳолда мутахассис шифокор барча “плюс” ва “минус” ларни тарозига солиб кўриб агар лозим топса тегишли контрацептив воситани тайинлайди.

### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1. А. А. Қодирова. Акушерлик. Т., „Ибн Сино“, 2002.
2. З. Зокиров. Физиологик акушерлик. Самарқанд, 1991.
3. З. Зокиров. Патология акушерлик. Самарқанд, 1991.
4. Н.Э. Крэтова, Л.М. Смирнова. Акушерлик ва гинекология. М., “Медицина II”, 1993.
5. У. Бек. Акушерлик ва гинекология /Инглиз тилидан таржима. 1997.
6. Акушерлик ва гинекологиядан ҳамширалик иши бўйича қўлланма. Курск, 1996.