

Ўз Р Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

Ю.Қ. ДЖАББАРОВА, Ф.М. АЮПОВА

АКУШЕРЛИК

Иккинчи нашр

Ўз Р ОЎМТВ томонидан тиббиёт олий ўқув юртлари
учун дарслик сифатида тавсия этилган



Тошкент - 2012
Мехридарёё МЧЖ

57.16 - Акушерство

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ- ПРОФИЛАКТИКА ФАКУЛТЕТЛАРИ
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Тузувчилар:

Джаббаровва Юлдуз Қосимовна - тиббиёт фанлари доктори, профессор

Аюпова Фарида Мирзаевна - кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор

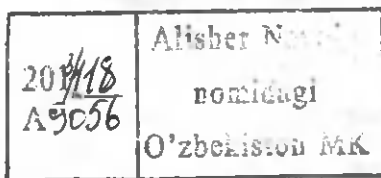
Дарслик тиббиёт олий юртларида акушерлик фанини ўрганаётган талабалар учун мўлжалланган.

Мазкур дарсликда аёллар жинсий аъзолари анатомияси, ҳомиланинг ривожланиши, аёлларда ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган физиологик ўзгаришлар, патология ҳолатларининг этиологияси, патогенези, тапхиси, уларнинг олдини олиш, даволаш тамойили, амалий маҳоратларни қадамма-қадам бажара олиши кўрсатилган. Шунингдек, ушбу дарсликдан УАШ мутахассислари ва УАШ малакасини ошириш курсларидаги тингловчилар ҳам фойдаланишлари мумкин.

Тақризчилар:

1. Нажмутдинова Д.Қ.-ТТА УАШ акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
2. Қурбанов Ж.Ж. - ТошПТИ акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

ЎЗР ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС КАСБ-ХУНАР ТАЛИМИ ИЛМИЙ УСЛУБИЙ ВА ЎҚУВ - УСЛУБИЙ БИРЛАШМАЛАРИ ФАОЛИЯТИНИ МУВОФИҚЛАШТИРУВЧИ КЕНГАШ ТОМОНИДАН ТАСДИКЛАНГАН.



Мундарижа	Бет
Сўз боши	7
I боб. Акушерлик фани тарихи. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	8
II боб. Акушерлик муассасаларининг турлари ва уларнинг вазифалари. <i>Аюпова Ф.М.</i>	13
2.1. Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктида бирламчи акушер-гинекологик ёрдамни ташкил этилиши	13
2.2. Акушерлик стационарининг тузилиши	14
2.3. Акушерликда асептика ва антисептика	14
III боб. Аёллар жинсий аъзолари анатомияси. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	18
3.1. Ташқи жинсий аъзолари анатомияси	19
3.2. Ички жинсий аъзолар анатомияси	20
3.3. Жинсий аъзоларнинг бойлам аппарати ва кичик чанок клетчаткаси	23
3.4. Жинсий аъзоларнинг қон, лимфа томирлари ва нерв тизими	23
3.5. Кичик чанокдаги юмшоқ тўқималар	24
IV боб. Аёллар жинсий аъзолари физиологияси. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	26
4.1. Ҳайз цикли	26
V боб. Ҳомиладорлик физиологияси. <i>Қодирова А.А., Джаббарова Ю.Қ.</i>	32
5.1. Ҳомиладорликнинг бошланиши ва эмбрионнинг тараққиёти	32
5.2. Уруқланиш, уруқланган тухумнинг бўлиниши ва унинг бачадонга пайвандланиши	34
5.3. Плацента	40
5.4. Ҳомиланинг ривожланиши	42
5.5. Ҳомиланинг етилганлигини кўрсатадиган белгилар	43
5.6. Етилган ҳомила бошининг ўлчамлари	44
<i>Амалий кўникмалар</i>	46
VI боб. Аёллар чаноғи. <i>Аюпова Ф.М.</i>	49
<i>Амалий кўникмалар</i>	55
VII боб. Ҳомиладорликда аёллар организмида рўй берадиган ўзгаришлар. <i>Қодирова А.А.</i>	57
VIII боб. Ҳомиладорликка диагноз танихис қўйиш усуллари. <i>Қодирова А.А., Муҳамедова У.</i>	66
8.1. Анамнез тўпланиши	66

8.2. Объектив текшириш	69
8.3. Қин орқали текшириш	70
8.4. Ҳомиладорликнинг дастлабки даврини аниқлаш	71
8.5. Ҳомиладорликни кечки муддатларда аниқлаш	74
8.6. Биринчи ва қайта ҳомиладорликни аниқлаш	78
8.7. Ҳомиланинг тирик ёки ўлганини аниқлаш	79
8.8. Ҳомиладорликнинг давом этиши, унинг муддати ва туғиш вақтини аниқлаш	80
8.9. 30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш мезони	83
8.10. Ҳомиладорларнинг туғишга тайёрлигини аниқлаш	84
<i>Амалий кўникмалар</i>	85
IX боб. Ҳомиладор аёлларни олиб бориш. Қодирова А.А.	93
9.1. Ҳомиладорлик гигиенаси	93
9.2. Ҳомиладорнинг овқати	96
9.3. Ҳомиладорлар учун бадантарбия машғулоти	98
X боб. Туғруқ жараёни физиологияси. Нигматова Г.М.	101
10.1. Туғруқ бошланишининг асосий сабаблари	101
10.2. Ҳомиладорларнинг туғишга тайёрлигини аниқлаш	103
10.3. Туғруқ. Туғруқ давлари	104
10.4. Туғруқнинг клиник қечиши	111
10.5. Туғруқнинг бошқарилиши	125
<i>Амалий кўникмалар</i>	135
XI боб. Ҳомиланинг чаноқ билан келиши. Нигматова Г.М.	145
<i>Амалий кўникмалар</i>	154
XII боб. Туғруқни оғриқсизлантириш омиллари. Шукуров Ф.И.	161
XIII боб. Чилла даври физиологияси. Саиджалилова Д.Д.	164
XIV боб. Перинатология. Саиджалилова Д.Д.	171
14.1. Перинатология фани	171
14.2. Фетоплацентар (она-плацента-ҳомила) тизими	172
14.3. Фетоплацентар стенозчилик	173
14.4. Йўлдош етишмовчилиги терапияси	178
14.5. Чакалоқлар физиологиясининг асослари ва транзитор ҳолатлари	180
14.6. Чакалоқни парвариш қилиш ва ояқатлантириш	182
XV боб. Муддатида олдинги туғруқ. Шукуров Ф.И.	186
XVI боб. Муддатида ўтган ҳомиладорлик. Шукуров Ф.И.	196
XVII боб. Акушерликда реузс-омил. Аюпова Ф.М.	203
17.1. Ҳомиладор аёлларда реузс иммунизацияси	204
17.2. Ҳомила ва чакалоқларнинг гемолитик касаллиги	206

XVIII боб. Жинсий аъзоларга алоқаси бўлмаган касалликларнинг ҳомиладорликка на туғруққа таъсири. <i>Джаббарова Ю.Қ., Абдуллаева Л.М.</i>	213
18.1. Ҳомиладорлик ва камқонлик	213
18.2. Ҳомиладорлик ва пиелонефрит	227
XIX боб. Ҳомиладорлик илк токсикозлари. <i>Аюпова Ф.М.</i>	235
XX боб. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлари. <i>Нигматона Г.М., Саиджалилова Д.Д.</i>	249
20.1. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида гипертензив ҳолатларнинг этиологияси ва патогенези	250
20.2. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар таснифи, клиникаси ва диагностикаси	255
20.3. Даволаш	257
20.4. Ҳомиладорлик на туғруқни олиб бориш.	260
20.5. Профилактика	261
XXI боб. Ҳомиладорлик на туғруқда қон кетиши. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	266
21.1. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши	266
21.2. Йўлдошни олдинда ётиши.	270
XXII боб. Туғруқнинг учинчи даври ва илк чилла даврида қон кетиш. <i>Бабаджанова Г.С., Нигматова Г.М.</i>	281
22.1. Туғруқни учинчи даврида қон кетиши	281
22.2. Туғруқдан кейинг илк чилла даврида қон кетиши	285
<i>Амалий кўникмалар</i>	290
22.3. Акушерликда геморрагик шок	299
22.4. Тарқалган томирлар ичида қон ивиш синдроми (ТТИҚС)	305
XXIII боб. Туғруқ фаолияти нуқсонлари. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	309
XXIV боб. Тор чаноқ. <i>Джаббарова Ю.Қ.</i>	316
24.1. Тор чаноқ таснифи	316
24.2. Чаноқ тор бўлганда туғруқнинг ўтиши	318
24.3. Тор чаноқнинг асоратлари	320
24.4. Клиник тор чаноқ	320
<i>Амалий кўникмалар</i>	323
XXV боб. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётиши. <i>Шукуров Ф.И.</i>	328
XXVI боб. Акушерлик жароҳатлари. <i>Шукуров Ф.И.</i>	335
26.1. Ташқи жинсий аъзолар на чотнинг шикастланиши	335
26.2. Қин ва вульва гематомалари	336

26.3. Бачадон бўйинининг йиртилиши	340
26.4. Бачадон ағдарилиб чиқиши	342
26.5. Бачадон йиртилиши	344
<i>Амалий кўникмалар</i>	348
XXVII боб. Чақалоқларнинг патологик ҳолатлари. <i>Саиджалилова Д.Д.</i>	356
27.1. Чақалоқлар асфиксияси	356
27.2. Респиратор дистресс синдром	357
27.3. Чақалоқнинг бирламчи реанимацияси	359
27.4. Чақалоқларнинг туғруқ жараёнида жароҳатланиши	359
27.5. Чақалоқлар юқумли касалликлари	361
<i>Амалий кўникмалар</i>	364
XXVIII боб. Акушерлик операциялари. <i>Аюпова Ф.М., Акрамова Д.Г.</i>	368
28.1. Қоғашоқни суғий усулда ёриш	368
28.2. Эпизиотомия	369
28.3. Ҳомилани думбасидан ушлаб тортиб олиш	370
28.4. Ҳомила вакуум-экстракцияси	370
28.5. Акушерлик қисқичларини қўйиш	372
28.6. Лапаротомия	374
28.7. Кесарча кесиш	375
28.8. М. Stark бўйича кесарча кесиш	377
28.9. Классик кесарча кесиш	377
28.10. Краниотомия	378
28.11. Ҳомила чанок битан жойлашганда краниотомия қилиш	379
28.12. Гемотрансфузия	380
XXIX боб. Туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар (ТКЙСК). <i>Аюпова Ф.М.</i>	382
29.1. Туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар таснифи	383
29.2. Чилла давридаги яралар ва уларни даволаш	384
29.3. Чилла даври эндомиометрити	385
29.4. Бачадон найлари ва тухумдонларнинг яллиғланиши (сальпингофарит)	386
29.5. Бачадон атрофи тўқималарининг яллиғланиши (параметрит)	387
29.6. Вена қон томирларнинг яллиғланиши - тромбофлебитлар	388
29.7. Пельвиоперитонит	391
29.8. Чилла давридаги мастит (сут безлари яллиғланиши)	392
29.9. Акушерлик перитонити	397
29.10. Сепсис. Септик шок.	405
XXX боб. Уқув туғруқ тарихини ёзиш. <i>Шукуров Ф.И</i>	410

СЎЗ БОШИ

Акушерлик фани – аёлларда ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврлари ва шу даврларда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳодисаларни ўргатади. Бундан ташқари, чақалоқларни тўғри парвариш қилиш усулларини ўрганиш ҳамда ҳомиладорларга ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдамни ташкиллаштириш ҳам акушерликнинг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади.

Ҳомиладорлик, туғиш, чилла даврларида аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқ организмда бўладиган ўзгаришлар негизини билмай туриб яхши тиббий ёрдам кўрсатиб бўлмайди. Акушерлик ёрдамининг моҳияти асосан аёллар туғаётганда рўй берадиган физиологик жараённинг муваффақиятли кечишига ёрдам беришдир.

Дарслик тиббиёт олий юртларида акушерлик фанини ўрганаётган умумий амалиёт шифокори учун мўлжалланган. Ушбу дарслик биринчи марта ўзбек тилида ёзиб нашр этилди. Дарслик олий тиббиёт билимгоҳларида акушерлик фанини ўқитиш дастурига мувофиқ тузилди. Муаллифлар дарсликни ёзишда талабаларга акушерлик фанидан мумкин қадар тўлароқ маълумот беришга ҳаракат қилдилар. Шу мақсадда жадваллар, амалий кўникмалар, масалалар, ўргатувчи тестлар берилган.

Дарсликда асосан қисқача акушерлик тарихи, аёллар жинсий аъзоларининг анатомик ва физиологик хусусиятлари, туғруқ жараёни, ҳомиладорлик ва туғруқнинг патологик кечиши, ҳомиладорларда гипертензив ҳолатлар ва ҳомиладаги патологик ва физиологик ҳолатлар, асосий акушерлик операциялари, даволаш-профилактика омиллари ва расмий йўриқномалар ва бошқа зарур ҳужжатлар баён этилган.

Дарслик УАШ учун ўзбек тилида биринчи марта чиқарилаётгани учун камчиликлардан холи бўлмаслиги мумкин. Дарслик ҳақидаги тақлиф-мулоҳазаларни муаллифлар миннатдорчилик билан қабул қиладилар.

Манзилимиз:

Тошкент Тиббиёт Академияси (Фаробий 2-уй) даволаш ва тиббий-профилактика факультетларининг акушерлик ва гинекология кафедраси (Зиё Саид кўчаси 9- сонли акушерлик комплекси) телефон (+99871) 2478375; 3354324.

I БОБ АКУШЕРЛИК ФАНИ ТАРИХИ

Мақсад.

Акушерлик фани тушунчасини ва тарихини, фаннинг бошқа фанлар билан боғлиқлигини билиш.

Режа.

1. Акушерлик фани тушунчаси.
2. Акушерлик фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлиги.
3. Акушерлик фани тарихи.
4. Замонавий акушерликдаги ўзгаришлар.

Акушерлик фани ҳомиладорлик, туғруқ, чилла даври ҳақидаги фан. Акушерлик фани французчада “туғруқ” деган маънони англатади.

Бу тиббиётда аёллар организмдаги ҳомиладорлик ва туғруқдаги физиологик, патологик ўзгаришларни ҳамда ҳар хил касалликларнинг олдини олиш, даволаш, шунингдек ҳомила ва чакалоқни ҳимоя қилиш муаммоларини ўргатувчи фандир.

Акушерлик фани – гинекология фанининг бир қисми бўлиб, бу фан қуйидаги қисмлар: ҳомиладорлик, туғруқ ҳамда чилла даврининг физиологик ва патологик ўзгаришлари, акушерликдаги операция турларини ўз ичига олади.

Акушерлик фани анестезиология, хирургия, терапия, умумий гигиена ва санитария, овқатланиш гигиенаси, микробиология, вирусология, суд тиббиёти, тери касалликлари билан ҳамбарчас боғлиқдир. Акушерлик фанида ёрдамчи текшириш усуллари: биокимёвий, иммунологик, электрофизиологик, гормонал, ультратовуш, цитологик ва статистик усуллари билан мунтазам фойдаланилади.

Қадимда аёллар ҳеч қандай ёрдамсиз туққанлар. Кўпинча уларга оиладаги катта ёшдаги аёллар ёрдамлашган. Доя аёллар-кекса кампирлар бўлиб, улар туғруқ жараёнида ўз ҳаётий малакалари билан туғувчига кўмаклашганлар. Кейинчалик фан тараққиёти туфайли туғруққа ёрдам соҳалари вужудга келган.

Акушерлик фанининг бир қанча қуртаклари шакллана бошлади. Грецияда қадимдан тиббиётнинг отаси Гиппократ бўлса, унинг онаси таниқли доя-Фанарета бўлган. Гиппократнинг илмий тадқиқотлари «Гиппократ тўплами»да аёллар жинсига оид маълумотлар бор. Улар: «Табиат ва аёл», «Аёллар касалликлари», «Бепуштлиқ» каби бўлимлардан иборат. Бу қарашлар илгари ниҳоятда оддий бўлган. Биринчи юз йилликда Цельсининг илмий ишлари қадимги Римда жуда машҳур бўлган.

Ғарбий Европада акушерлик тараққиёт даражасига кўтарилмаган, чунки бу даврда табиий фанларга кўп аҳамият берилмаган.

Аёлларнинг соғлиги юзасидан Ўрта Осиёдаги олимлардан Абу Бакр Муҳаммад ибн Закарий ар-Розий (Разес), Абу Али ал-Хусайн ибн Абдуллоҳ ибн Сино (Авиценна) ва бошқа олимлар томонидан ёзиб қолдирилган кўлёзмалар кўп йиллар давомида шарқ ва ғарб шифокорлари учун дастурил амал сифатида хизмат қилган.

X-XI асрларда Ўрта Осиёда Ибн Сино илмий ишлари тиббиётда туб бурилиш ясади. Унинг «Тиб қонунлари» энциклопедик асарида акушерлик ва аёллар касаллигига оид бўлимлари бор.

XIII асрдаги Салерн университетида аёллар анатомияси улар мурда-сида ўрганилади. Анатомия билан шуғулланувчи Везалий, Фаллопий, Евстахий хатти-ҳаракатлари билан тиббиёт морфологиясига асос солинди. Натижада акушерлиқнинг янги босқичи вужудга келди. Амбруаз Паре аёлларга акушерлик ёрдами кўрсатишни таъминлаш учун малакали шифокорлар тайёрлашга, бепул акушерлик хизмати борасида жонбозлик кўрсатди.

Аёлларга нафақат акушерлик ёрдами, аҳолига умуман тиббий ёрдам ҳам паст даражада кўрсатилар эди. Аёлларни хавфли йўллар билан ёрдам кўрсатилиб туздирилар эди. Булардан: туғаетган аёл белига оёқ тираб туриб қорнини сиқишар эди, кўрпага ўраб унда юмалатилар ёки мажбуран баландликдан сакратишар ёки аёл туғаетган уйдаги ҳамма тугунларни ечилган, баъзан қора хўроз сўйиб қони билан эмлашган.

1890 йилда Тошкентда 100000 аҳолига атиги иккита рус дояси бўлган. Аёллар ва болалар ўлими юқори бўлган, санитария ҳолати ночор бўлгани учун туғишлар сони кўп бўлса-да аёллар ва болалар ўлими ҳоллари кўп учрар эди. Аёллар туғаетганда эски-туски нарсалар тўшалар ёки сепилар эди, туғишдан сўнг ариқ сувида чўмилтиришар эди.

Тўрт ўринли дастлабки туғруқхона 1908 йилда очилган, у Тошкентдаги хайрия маблағига қурилган. Бу камбағал аёллар учун биринчи совға бўлган. Ўттиз йил давомида бу ерда фақатгина 3210 туғруқ бўлган. Ҳозир эса биргина туғруқхонада ўрта ҳисобда 330 туғруқ рўйхатга олинади.

Биринчи акушер-шифокорлар Бредов, Нашенко, Прокофьева, Гриндиус, Масловская, Мандельштамм, Асфендиярова бўлишган. Аёл шифокорларнинг хизмати жуда катта бўлган. Улар ўз жўшқин фаолияти билан мусулмон аёлларини тиббиёт соҳасига жалб қилганлар. Бу шифокорлар ўлкада илмий тиббиётга биринчи бўлиб асос солдилар.

Маълумотларга қараганда Туркистон ўлкасида 69 та туғадиган ўрин ва 63 доя бўлган, яъни туғишда тиббиёт хизмати жуда паст савияда бўлган. Асосий аҳоли бу ёрдамдан бутунлай маҳрум эди. Шифокорларни тайёрлаш учун 1918 йили Тошкентда тиббиёт мактаби қурилган. Бу мактаб келажакда Тошкент Давлат Тиббиёт Институтига асос солди.

1923 йили кўп хотинлик, ёш қизларни турмушга бериш кабиларни ман этиш ҳақида фармон чиқарилди. 1927 йилда Тошкентда бу соҳада илмий

текшириш институти очилди. Оналик ва болаликни муҳофаза қилишда бу катта воқеа бўлган.

1936 йилда кўп болалик оналарга давлат ёрдамини бериш тўғрисида қарор чиқди. Акушерликдаги илмий ишлар 1941 йилда бошланиб, бу алоҳида факультет очилишига туртки бўлди. Бу 1921 йилда Туркистон Давлат Университети тиббиёт факультетининг очилиши билан боғлиқ. Акушерлик кафедрасининг биринчи раҳбарларидан бири доц. Хрущев, доц. А.М.Новиков, проф. А.М. Тавилдаров эдилар.

1931 йилда тиббиёт факультети мустақил тиббиёт институтига айланган. Акушерлик кафедрасига Р.А.Черток раҳбарлик қилади. 1936 йилдан С.Т. Хаскин, 1940 йилдан эса А.А. Коган кафедрага бошчилик қилган.

1934 йилда Самарқандда проф. А.В.Поляков акушерлик кафедрасини очади. 1940 йилда ТошТИ нинг иккинчи кафедраси ташкил топиб, унга доц. Г.Л.Вайнштейн тайинланади. Шу пайтда илмий тадқиқотлар асосан бепуштликка бағишланган эди, кейинчалик ҳомиладорлик токсикозлари ўрганилади. Туғруқни оғриқсизлантиришга ҳам кенг ўрин берилади, туғруқдаги қон кетишлар, ёш турмуш қуришнинг зарари каби масалалар ҳам адабиётларда ёритилади. Бунда ётқизиб туғдиришга ҳам аҳамият берилади. Айниқса анатомик тор чанокда кесар кесиш усуллари ишлаб чиқилади. Бунда аёл организмнинг муҳофаза кучини оширишга катта ўрин берилади. 1944 йилдан кўп болалик оналарга “Қаҳрамон она “унвони, “Оналик пухрати” ордени, “Оналик медали” бериладиган бўлди.

Кейинги даврларда ҳомиладор ва ҳомила ҳамда чақалоқлар ўлимини камайтиришга доир ишлар давом эттирилади. Ўпка касалликлари ўрганилди. Бруцеллез касаллигини аниқлаш ва унга қарши кураш кенг қамровда ишлаб чиқилади. Эпидемиологик гепатит, бўқоқ тўғрисида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Ўзбекистонда аёлларда учрайдиган бепуштлик (А.А. Шорохова ва бошқалар), бачадонда қон ва лимфа айланиши хусусиятлари (1944-1946) ҳамда бачадоннинг тараққий этиши каби муаммолар тўғрисида илмий ишлар олиб борилган. Республика Гинекология фанининг тараққиётига катта ҳисса қўшган олимлардан бири Тошкент тиббиёт институтининг акушерлик ва гинекология кафедрасининг мудир профессор Абрам Аронович Коган ҳисобланади (1897-1982). А.А. Коган томонидан таклиф қилинган жинсий аъзоларнинг фаолияти бузилиши натижасида кузатиладиган қон кетишлар, бачадон ўсмаси, бачадон найчалари фаолиятининг бузилишидан юзага келган бепуштлик, бачадон бўйни касаллиги, хорионэпителиома, тухумдонлар олиб ташлангандан сўнг юзага келган касалликларнинг тараққий этиши ва уларни даволаш, заҳарли химикатлар ва ишлаб чиқаришдаги вибрация, бруцеллез кабиларнинг аёл организмга таъсирини ўрганишга доир тадқиқотлар ҳам А.А.Коган раҳбарлиги остида олиб борилган. Бундан ташқари, муаллиф томонидан ҳомиладорлик-

дан муҳофаза қилишнинг янги оператив тури ҳам яратилди.

Самарқандда акушер-гинекологлардан Ўзбекистонда биринчи бўлган академик Ислон Зоҳидович Зокиров раҳбарлигида тухумдон ва бачадон ўсмалари муаммоси ҳал этилди. Андижон тиббиёт институтида республикамизнинг баъзи бир курортларидаги бальнеологик ва физик омилларнинг аёлларнинг жинсий аъзолари касалликларининг кечишига таъсири проф. Ф.Н.Губайдуллина томонидан ўрганилди. Фарғона водийсида аёлларни соғломлаштиришда биринчи ўзбек аёл акушер-шифокор З.С.Ходжиханова фаол хизмат килди (1936-1971 йи.), акушерлик-гинекология фани ривожланишига ва кадрлар тайёрлашга профессор Т.Қ.Мухитдинова катта ҳисса қўшиб келаяпти.

Ҳозирги даврда аёллар ўлими ичида биринчи ўринни эгаллаган қон кетиш хавфига алоҳида эътибор берилмоқда. Буларга оид қатор илмий асарлар чоп этилди.

1979 йилда Тошкент Давлат Тиббиёт институтида субординаторлар учун акушерлик ва гинекология кафедраси ташкил этилди. Кафедрани таниқли олим, клиницист, малакали педагог Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган тиббиёт ходими профессор А.А.Коганининг шогирдлари тиббиёт фанлари доктори А.С.Мордухович, доцентлар: Ю.Қ.Жабборова, А.Б.Погорелова, Т.Э.Тўлаганов, М.Н.Мусабековалар ташкил қилишди. Кафедра мудири профессор А.С.Мордухович 19 та тиббиёт фанлари номзоди ва 5 та тиббиёт фанлари доктори тайёрлади (1979-1989 й).

1990 йилдан кафедрани т.ф.д., профессор Ю.Қ.Жабборова бошқарди. Кафедранинг илмий йўналиши темир етишмовчилиги камқонлигида ҳомиладорликни, туғруқни ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш, физиологик кечаётган ҳомиладорлик иммун тизимини динамикада текшириш, юрак нуқсонлари билан асоратланган камқонлик, ҳомиладорликда гипертензия ҳолатларини олиб бориш ўрганилди. Профессор Ю.Қ.Жабборова илк марта 1991 йилда ТошТИ клиникасида ҳомиладорлар, туғувчи ва туққан аёллар Республика экстрагенитал касалликлар марказини ташкил қилди.

1996 йилда Институтда ўтказилаётган ислохотларга биноан акушерлик ва гинекология кафедрасида 6-7 курс талабалари учун УАШ тайёрлаш йўлга қўйилди (кафедра мудири проф. Д.Қ.Нажмутдинова). Профессор Д.Қ.Нажмутдинова 4 та тиббиёт фанлари доктори ва 15 та тиббиёт фанлари номзоди тайёрлади.

1-Акушерлик ва гинекология кафедраси 2000 йил 1-сентябрда 2-Тошкент Давлат Тиббиёт Институти таркибида ташкил этилди. Кафедра институт таркибидаги асосий ўқув-илмий бўлими ҳисобланади. Кафедрани т.ф.д. Ф.М.Аюпова бошқариб келмоқда. Кафедрада IV-курс даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факультетлари талабаларига «Акушерлик» фанидан ва V-курс талабаларига- «Гинекология» фани-

дан билимлар ўргатилмоқда. Кафедра қошида 2001-йилдан бошлаб «Акушер-гинеколог» мутахассислигидан магистратура очилган. 2004 йилда кафедрада акушерлик ва гинекология амалиёт кўникмаларини ўргатиш учун махсус марказ ташкил қилинди (1.1.-расм).

Кафедрада 3 та профессор, 4 та доцент, 3 та катта ўқитувчи ва бта ассистентлар фаолият кўрсатиб келмоқда. Акушерлик ва гинекология ихтисоси бўйича мутахассислар тайёрлаш республикамизда институтларнинг 7- курсидан кейин акушер-гинекологиядан магистратура киритилган, бунини битиргандан сўнг ёш мутахассислар йирик туғруқхоналарда ишлайдилар.

Республикамизда мутахассисларни тайёрлаш ва уларнинг билимларини ошириш учун 16 махсус кафедра ҳамда Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги ихтиёридаги Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институти қошида 4 филиал очилган. Булар Жиззах, Қашқадарё, Наманган вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикасида фаолият кўрсатмоқда.

Туғруқча бўлган даврда кузатувнинг мақсади – аёлнинг соғлом бўлишига, шу билан бирга, туғилмаган чақалоқнинг соғлигини сақлаб қолишга ёрдам беришдан иборат. Бундан ташқари, туғруқдан олдинги кузатув ҳомиладор аёл ва унинг турмуш ўртоғи ёки оиласини қўллаб-қувватлашга, оналик ва оталикка ўтишга ёрдам беради.

Она ва болага ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида малакали ёрдам кўрсатиш учун самарали тартиб ўрнатилиши муҳим, чунки ҳомиладорлик даврида, туғруқда ва туғруқдан кейинги асоратларни олдиндан билиб бўлмайди. Бундай асоратлар кўкисдан пайдо бўлиб, уларнинг кейинги таъсирлари ҳатто она ва бола ҳаётига таҳдид солиши мумкин. Кўпинча бундай асоратлар кўзга кўринарли белгиларсиз пайдо бўлиб, тез орада ривожланиши мумкин. Шу муносабат билан эҳтимол тутилган асоратларни илк даврида аниқлаш ва чора-тадбир кўриш учун малакали тиббиёт ходимларига тезкорлик билан юбориш зарур.

Туғруқдаги аралашувлар фақат тиббий кўрсатмалар бўлгандагина амалга оширилади. Тиббий аралашув фақатгина она ва чақалоқнинг аҳволи талаб қилсагина ўтказилади. Туғруқ вақтида аёл жуда сезгир бўлиб қолади, атрофдаги кишиларнинг хатти-ҳаракатлари, ўзларини тутишлари унга ўз таъсирини ўтказди. Туғруқ вақтида аёлга ҳамроҳ танлаш имконини бериб, биз туғруқнинг натижаларини яхшилаيمиз. Ҳамроҳ аёлга жисмоний ёрдам бериши мумкин (масалан, орқасини силаш, ёки терини артиш), лекин унинг асосий вазифаси руҳан ёрдам бериш ва аёлни қўллаб-қувватлаш, кайфиятини кўтаришдир. Онага ўзи учун энг қулай бўлган ҳолатни эгаллашига руҳсат бериш керак. Стерил эмас, балки покиза туғруқ тавсия этилади. Иложи борица қалпоқ ва ниқобдан воз кечиш керак, махсус кийимни эса фақат тиббий ходимлар кийимини ҳимоя қилиш учун кийилади. Шунинг ёдда тутиш керакки, она ва янги туғилган чақалоқ

орасидаги биринчи дақиқалар ва соатлардаги контакт улар ҳаётидаги энг муҳим лаҳзалар бўлади. Бу аёлнинг бутун умри давомида эсидан чиқмайдиган таассурот қолдириши мумкин. Бу вақтда пайдо бўлган ҳис-туйғулар узок йиллар давомида она билан бола орасидаги муносабатларга таъсир этиши мумкин. Шунинг учун тиббий ҳодимлар бу лаҳзага диққат билан ёндошиб оилани қўллаб-қувватлаб, руҳлантириб ва рағбатлантириб туришлари керак. Бундай пайтларда қаттиқ гапиришлар ва танқид қилишлар ноўрин.

Кўкрак билан боқиш – янги туғилган чақалоқ ва боланинг соғлиғи ва ривожланиши учун энг муҳим омил. Туғруқдан кейин биринчи соатда эмишиш бошланса, бунинг фойдаси янада ошади. Булар боланинг озиқланишига тайёр эканлигининг биринчи белгилари (сўлак ажралиши, она кўкрагини олиш рефлекси, оғиз ҳаракатлари, қўлини сўриши ва бошқалар) пайдо бўлганда амалга оширилиши керак. Ҳозирги пайтда туғруқ ва ундан кейин кечадиган жараёнга иложи борича кам аралаштириш, аёл ҳаётидаги бу муҳим даврни унинг ўзи бошқаришига имкон бериш кераклиги таъкидланмоқда. Туғдиришнинг кўп ҳолларида идеал ёндошиш – бу кузатиш ва кутиш (фақат зарурат бўлгандагина аралаштириш) ҳисобланади.

II БОБ

АКУШЕРЛИК МУАССАСАЛАРИНИНГ ТУРЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

Мақсад: бирламчи акушерлик-гинекологик ёрдами, акушерлик стационари фаолиятининг тузилиши, санитария-эпидемиологик тартиб таъминоти ҳақида билиш.

Режа:

1. Акушер-гинекология муассасаларининг турлари, уларнинг асосий вазифалари.
2. Акушерлик стационари ишини ташкиллаштириш.

2.1. ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ВА ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТИДА БИРЛАМЧИ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

3. Туғруқ комплексларида санитария-эпидемиологик тартиб (туғруқ комплексининг тузилиши, иш фаолиятининг ўзига хос жиҳатлари). Санитария-оқартув ишлари.

Акушер-гинекология муассасалари турларига: ССВ нинг акушерлик ва гинекология илмий амалиёт маркази, Республика Перинатал маркази, ТТА нинг акушерлик комплекси, ҳамма шаҳарлар ва туман марказий касалхоналаридаги акушерлик комплекслари киради. Қишлоқ аҳолисига бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш тизимида қишлоқ врачлик пунктлари, шаҳарда эса шаҳар оилавий поликлиникалари ташкил қилинган.

Ҳомиладор аёлларга антенатал парвариш ва назорат қилишда бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) муҳим аҳамият касб этади. БТСЁ да ҳомиладор ва туққан аёлларга кўрсатиладиган асосий ёрдам қуйидагилардан иборат:

- бириктирилган ҳудудда ҳомиладор ва туққан аёлларга малакали ёрдам кўрсатиш;

- ҳомиладор аёлларни эрта диспансер назоратига олиш ва уларни терапевт ва бошқа мутахассислар кўриги билан таъминлаш ва бирорта экстрагенитал патология аниқланганда ўз вақтида ҳомиладорлар патологияси бўлимига госпитализация қилишни таъминлаш;

- турруқ комплекслари ва тез ёрдам кўрсатиш станциялари, диспансерлар билан мунтазам боғланиш;

- кутилмаган ҳомиладорликдан сақланиш мақсадида ва айниқса ЭГК мавжуд бўлган аёлларда ва турруқлар ўртасида интергестацион интервални сақлаш бўйича тиббий – оқартув ишларини олиб бориш, замонавий контрацептив воситалар ҳақида тўлиқ маълумот бериш;

- замонавий текширув ва даволаш ишларини тажрибада қўллаш;

- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш ва соғлом oilани шакллантиришга ёрдам бериш;

- аёлларни оналик ва болаликни муҳофаза қилишга оид ҳақ-хуқуқларини таъминлаш;

ҚВП нинг штати ССВ нинг қарори асосида белгиланган бўлади. ҚВП нинг иш режасини тузишда марказий туман касалхонаси ва санитария эпидемиология станцияси иштирок этади.

2.2. АКУШЕРЛИК СТАЦИОНАРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

ССВ нинг 500-сон буйруғига асосан акушерлик стационари қуйидаги бўлимлардан иборат:

- қабул хонаси;

- биринчи ва иккинчи турруқ бўлими;

- ҳомиладор аёллар патология бўлими;

- акушерлик реанимация бўлими;

- чақалоқларни интенсив даволаш бўлими;

- лаборатория бўлими;

- гинекология бўлими;

- маъмурият.

2.3. АКУШЕРЛИҚДА АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Ўтган аср ўрталарида Венгрияда ўша даврнинг донғи кетган олимларидан И.Ф. Земмельвейс акушерликда антисептика илмига асос солди. Ўша даврда И.Ф. Земмельвейс Венада акушерлик клиникасида ишлар эди. Бу клиникада талабалар таълим олар, мурдаларда патолого-анатомик

манзарани ўрганар эдилар. Бу клиника ёнида яна бир клиника бўлиб, у ерда акушерлар туғрукда ёрдам берар, талабалар у ерда таълим олмас эдилар.

Шуниси қизиқки, И.Ф. Земмельвейс ишлайдиган клиникада мутахассис врачлар ишлашига қарамай, туғрукда аёллар ўлими акушерлар ишлайдиган клиникадагига нисбатан юқори бўлар, аммо бунинг сабабини била олмас эдилар. Аёллар чилла даврида кўпинча касалликдан нобуд бўлардилар ва бу касалликни “туғруқ иситмаси” деб атар эдилар. Аёллар ўлими И.Ф. Земмельвейсга тинчлик бермас, у доим изланишда, касаллик сабабини аниқлашга интилар эди.

Шу орада И.Ф. Земмельвейснинг яқин сафдоши врач Калечка ўлган аёлни патолого-анатомик жиҳатдан текширади ва мурдада аёлларга хос бўлган «туғруқ иситмаси» белгиларини топади-да, аммо ўзи касалликка чалиниб вафот этади. Бу оғир жудоликка чидай олмаган И.Ф. Земмельвейс касаллик сабабларини аниқлаш мақсадида дўстининг жасадини ўзи ёриб, унинг аъзоларидаги ўзгаришларни кўради ва бу ўзгаришлар «туғруқ иситмаси» билан касалланган аёллар жасадидаги ўзгаришларга ўхшаб кетганини аниқлайди. Шундан сўнг у касаллик қандайдир инфекция ёки жасад заҳаридан келиб чиққан, деб фикр юритади. Шундан кейин у хлорли сув билан туғруқ хонасини, қўлни дезинфекция қилишни таклиф қилади. Бу препаратни ишлатиш натижасида чилла давридаги касаллик камайиб боради. Ана ўша даврдан бери хлорли сув тиббиётда қўлланиб келинмоқда. Ҳозир Венгрияда илмий текшириш институтига Земмельвейс номи берилган. Лекин Земмельвейснинг бу қимматли кашфиёти у ҳаёт вақтида эътиборга олинмади, у камбағалликдан қийналиб, Будапештдаги ақлдан озганлар уйида вафот этди.

Орадан 20 йил ўтгандан кейин Англия хирурги Листер, бактериология кашфиётларига асосланган ҳолда, хирургия операцияларида ишлатиладиган асбобларни, боғлов материаллари, кийим-кечакларни ва операция учун зарур бўлган бошқа нарсаларни зарарсизлантириш, микроблардан ҳоли қилиш керак, деган фикрни таклиф қилади. Шу вақтдан бошлаб акушерлик ва хирургияда асептика қоидалари татбиқ қилинди. Россияда асептика ва антисептикани хирургияда биринчи бўлиб Н.И. Пирогов, акушерликда А.Н. Крассовский қўллаганлар. Ҳомиладорликда, туғрукда ва чилла даврида касаллик пайдо қилувчи микробларнинг турлари жуда кўп: хусусан, стрептококк, стафилококк, ичак таёқчаси, гонококк, пневмококк, газли инфекция ва бошқа микроблардир. Бу микроблар соғлом одам териси юзасида, оғиз бўшлиғида, бурнида, нафас йўлларида, ҳатто бузилган тишлар орасида доимо (касаллик пайдо қилмаган ҳолда) яшайди. Бу микроблар бошқа кишилар организмига, айниқса туғруқдан кейин бачадонда ва туғруқ йўлида пайдо бўлган жароҳатли юзаларга тушиб, оғир юқумли касалликларни қўзғайди. Баъзи соғлом кишилар оғзини

текширилганда, унда кўпинча дифтерия (Лефлер) таёқчаси топилади. Бу микроблар бошқа кишилар организмга тушиб, унда ҳақиқий дифтерия касаллигини пайдо қилади. Шунга кўра ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекцияга катта аҳамият бериш керак. Чунки микроблар киши аксирганда, йўталганда ёки сўзлашганда ҳавога сўлак томчилари билан тарқалади.

Туққан аёлнинг ички жинсий аъзоларидаги жароҳатланган юзаларга тушган микроблар бундай қулай шароитда жуда яхши ривожланади. Қиндан ажраладиган суюқлик ичидаги Дедерлейн таёқчаси туфайли ўзини бошқа микроблардан тозалайди. Ундаги реакция бошқа микробларнинг яшаши учун ноқулай шароит ҳисобланади. Лекин қиннинг нормал кимёвий ҳолати ўзгарса, у ишқорий муҳитга айланади, натижада Дедерлейн таёқчалари йўқолиб, қинда касаллик пайдо қилувчи микроблар кўпаяди.

Микроблар организмга кўпинча шифокор ва акушерканинг қўли, турли асбоблар, ботлов материаллари, кийим-кечак ва бошқалар орқали тушади. Туғруқхона ходимлари юкумли ва йирингли касалликлардан ўзларини эҳтиёт қилишлари керак. Туғруқ бўлимида ишловчи шифокор, акушеркаларнинг туғруқдан сўнг аёллар ётқизиладиган палатада ва айниқса септик палаталарда бир вақтнинг ўзида ишлашлари сира мумкин эмас. Уларда бирор йирингли яра бўлса, туғруқхонада ишлашларига асло йўл қўйилмайди.

Туғруқ бўлими ходимлари навбатчиликка келганда ип-газламадан тикилган халат ёки ювиб дазмолланган қўйлак кийиб олишлари шарт. Кийимни кийгач, енгини тирсаккача шимариш, қўлни тез-тез совунлаб ювиб туриш лозим. Туғруқхона ходимлари учун албатта махсус чўмилиш хоналари бўлиши лозим.

Навбатчиликка келган ҳар бир ходим аввал душда чўмилади. Ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекциянинг олдини олиш учун туғруқ бўлимининг ҳамма ходимлари 2 қаватли док-ниқоб билан оғиз ва бурунларини ёпиб ишлашлари керак. Бундай ниқоб ҳар куни алмаштириб турилади. Бундан ташқари, туғруқхона ва операция хоналарига кирганда баҳила (оқ матодан тикилган этикча) кийилади.

Туғруқхонада ишловчи врач, акушерка, санитарка ва талабаларни (барча ходимларни) бир йилда 1 марта қўли, оғзи, бурни ва томоғидан суртма олиб, патоген стафилококк борлигини текшириб туриш керак. Акушерлик ва хирургик бўлиmlарида режа бўйича ҳар 3 ойда бактериал экмалар олиниб текширилади.

Антисептика ва асептика қоидаларига риоя қилиш омилларидан бири туғруқхона биносининг намунали даражада озода бўлиши ва ҳар йилда бир марта таъмирланишидир.

Туққандан кейин аёл кенг ва ёруғ палаталарга ётқизилади. Эски усулда қурилган туғруқхоналарда айниқса тозаликка риоя қилиш зарур. Чунки уларда палаталар катта ва хожатхона умумий бўлади. Бунда ҳамма

палаталар ва ҳожатхоналарни хлорли сувга ҳўлланган латта билан артиб туриш ва кунига 2 марта шамоллатиш лозим.

Айниқса чақалоқлар ётадиган интенсив даволаш хонаси ниҳоятда тоза ва ёруғ бўлиши, хона ҳарорати 25-26° дан ошмаслиги керак. Туғруқ бўлими ва чақалоқлар ётадиган палаталарда ҳар ойда бир марта бактериологик текшириш ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Туғруқхоналарда палаталар галма-гал бўшатилади, бир кеча-кундуз давомида бу палатага аёллар ётқизилмай, тўшак ва адёллар ҳам шамоллатилади, мойли бўёқ билан бўялган деворлари, хонанинг поли, ундаги каравотлар, тумбочкаларни совунлаб ювиб, кейин хлорамин, хлорли сувга ҳўлланган латта билан артилади.

Ҳар бир каравотга тоза тўшак солиниб, чойшаблар ёзилади. Аёллар тагига солинадиган клеёнкалар ҳам дезинфекциядан ўтказилади. Ҳамма палаталар симобли кварц лампа ёрдамида нурлантирилади. Бу туғруқдан тураётган аёл ва чақалоқ учун ишлатиладиган буюмларни микробдан тозалаб, уларни касалланишдан сақлайди.

Аёл уйига кетгандан кейин каравотлар яхшилаб ювилади, тўшак, ёстиқ ва кўрпа ёки адёл 24 соат давомида шамоллатилади. Куёшли кунларда уларни ташқарига чиқариб ёйиш керак. Агар шароит бўлса, автоклавдан ўтказиш яхши бўлади. Кир кийимлар ва чойшаблар бошқа хонада махсус идишларда сақланади ва ҳар куни кирхонага юбориб турилади.

Чақалоқнинг кийим-кечаклари ва тагликлари онаникидан алоҳида ювилади ва қайнатиб, дазмолланади. Тоza тагликлар махсус шкафлар, дазмолланганлари махсус барабанларда (кутиларда) сақланади. Тукқан аёлнинг тагига солинадиган газлама бир кунда камида 3-4 марта, агар зарур бўлса, ундан тезроқ алмаштирилади.

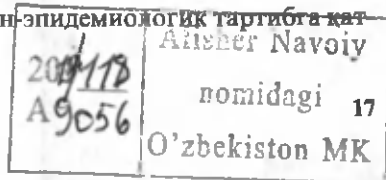
Туғиб бўлган аёл дезинфекция қилинган махсус тувакдан (судно) фойдаланса, уни ишлатгандан кейин оқизиб қўйилган сувда ювиб, дезинфекцияловчи эритма билан чайилади. Тукқан аёлнинг жинсий аъзолари туғруқнинг биринчи кунлари эрталаб ва кечкурун ювилади, агар чоти тикланган бўлса, уни спирт билан тозалаб, йод эритмаси суртиб қўйилади.

Туғруқхонага аёлнинг қариндошлари ва таниш-билишларига кириш рухсат берилади. Бунда кийимлари тоза ва оёқларида бахилалари (ёки целофанли қопчалар) бўлиши шарт.

Тукқан аёллар билан ҳар куни суҳбатлашиб туриш ва аёлга уйига кетаётганида ўзини қандай тутишни ётиғи билан айтиш, уларга асептика ва антисептика қоидаларини тушунтириш ҳар бир шифокорнинг вазифасидир.

Назорат саволлари.

1. Акушерлик комплексда қандай бўлимлар мавжуд?
2. Акушерликнинг қандай омиллари сан-эпидемиологик тартибга қаттиқ риоя қилишни талаб этади?



Ўргатувчи тестлар.

1. Қайси тиббий муассасаларда малакали ва махсус акушерлик ёрдами кўрсатилади?

1. Кўп тармоқли касалхоналарнинг туғруқ бўлимлари.

2. Йирик марказий туман касалхоналарнинг базасидаги туманлараро бўлим.

3. Вилоят касалхоналарининг акушерлик бўлимлари.

4. Перинатал марказлар.

5. Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институтлари.

2. Акушерлик стационарлари қандай даражаларга бўлинади ва уларга қандай муассасалар қиради.

1. Биринчи даража – участка касалхоналари.

2. Иккинчи даража – марказий туман касалхоналари, шаҳар туғруқхоналари.

3. Учинчи даража – вилоят касалхоналарининг акушерлик бўлимлари, кўп тармоқли касалхоналар, ихтисослашган акушерлик стационарлари, перинатал марказлар, акушерлик ва гинекология-илмий амалий марказлари.

4. Акушерлик стационарининг асосий бўлинмалари ва бўлимлардаги ўрин-жой нормалари ҳамда уларнинг туғруқхонадаги умумий ўрин-жойларга нисбати.

1. Қабул ўтказувчи блок.

2. 1 акушерлик бўлими – 50-55% ўрин-жойлар.

3. Патологик ҳомиладорлик бўлими 25-30% ўрин-жойлар.

4. Янги туғилган чақалоқлар интенсив даволаш бўлими.

5. 2 акушерлик бўлими 20-25% ўрин-жойлар.

6. Гинекологик бўлим – 25-30% ўрин-жойлар.

4. Туғруқ бўлимига қайси бўлинмалар қиради?

1. Санитария ишлов бериш хонаси.

2. Туғруқ бўлими.

3. Туғруқдан кейинги палаталар.

4. Чиқариш хонаси.

5. Туғруқхона ишларининг асосий сифат кўрсаткичлари.

1. Оналар касалликлари ва ўлими.

2. Перинатал касалликлар ва ўлим.

3. Онанинг туғруқ жароҳатлари.

4. Болаларнинг туғруқ жароҳатлари.

III БОБ

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ АНАТОМИЯСИ

Мақсад. Аёллар ташқи ва ички жинсий аъзоларининг анатомиясини билиш.

Режа.

1. Ташқи жинсий аъзолардан қов, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, кин дахлизи, қизлик пардасини билиш.

2. Ички жинсий аъзолардан қин, бачадон, бачадон найлари ва тухумдонлар тузилишини билиш.

3. Жинсий аъзоларнинг бойлам аппаратини ўрганиш.

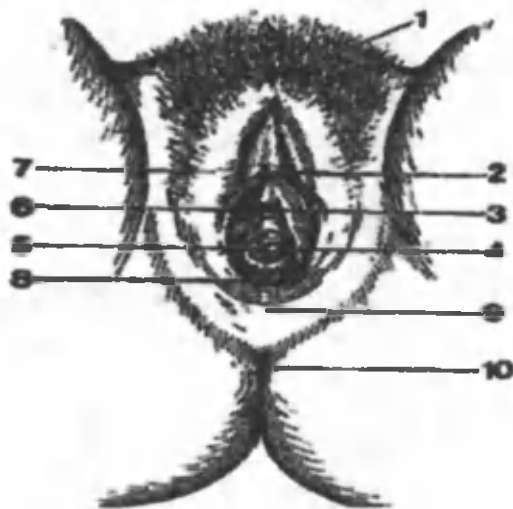
4. Жинсий аъзоларнинг кон, лимфа томирлари ва нерв тизимларини билиш.

Аёллар жинсий аъзоларини ташқи ва ички аъзоларга ажратиш расм бўлган. Ташқи жинсий аъзоларга қов, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, қин даҳлизи, қизлик пардаси, ички жинсий аъзоларга эса қин, бачадон, бачадон найлари ва тухумдонлар киради.

3.1. ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР АНАТОМИЯСИ

Қов тери ости клетчаткасига бой, вояга етган даврда жун билан қопланиб, асосан юқори томонда жойлашган учбурчак шаклидаги соҳадир.

Катта жинсий лаблар иккита тери бурмасидан ҳосил бўлган, буларда ёғ клетчаткаси, ёғ ва тер безлари бўлади (3.1.-расм).



3.1.-расм. Аёл ташқи жинсий аъзоларининг тузилиши

1. Қов

2. Клитор

3. Уретра

4. Қизлик пардаси

5. Қинга кириш

6. Кичик жинсий лаби

7. Катта жинсий лаби

8. Қизлик пардаси

9. Оралик

10. Анус қисми (дахлиз)

Олдинги ва орқа томонда улар олдинги ва орқа битишмалар билан бир-бирига қўшилган. Катта жинсий лаблар жинсий ёриқ билан бир-бирдан ажралиб туради. Катта жинсий лаблар пастки учдан бир қисми

нинг бағрида кин даҳлизининг катта-катта безлари жойлашган, улар вес-тибуляр безлар деб аталади, бу безлардан ишланиб чиқадиган ишқорий секрет қинга кириш йўлини намлаб туради ва уруғ суюқлигини суюлтириб беради. Бу безларнинг чиқариш йўллари кичик жинсий лаблар билан кизлик пардаси ўртасидаги эгатчада очилади.

Кичик жинсий лаблар ҳам иккита тери бурмачаларидан иборат, булар шиллиқ парда кўринишида бўлиб, катта жинсий лаблардан ички томонда жойлашган. Нормда жинсий ёриқ ёпилиб туради ва кинга инфекция ўтиши ва қуруқ бўлиб қолишдан сақлайди.

Клитор жинсий ёриқнинг олдинги бурчагида жойлашган, қон томирлари ва нерв чигаллари билан мўл-кўл таъминланган, иккита торсимон танадан тузилган.

Қин даҳлизи кичик жинсий лаблар билан чекланган бўшлиқдир. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги, даҳлиз катта безларининг чиқариш йўллари, қинга кириш йўли шунга очилади.

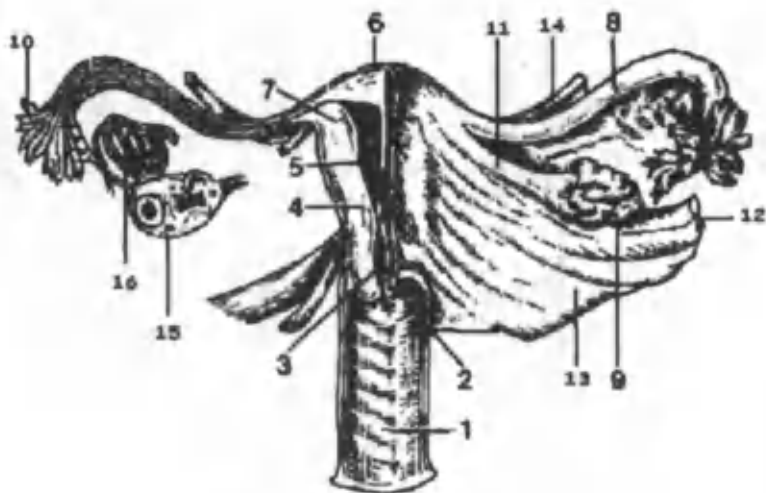
Қизлик пардаси ташқи ва ички жинсий аъзоларни бир-биридан ажратиб турадиган бириктирувчи тўқимадан иборат юпка тўсиқдир. Бу парда ҳалқасимон, яримойсимон, тишсимон, кураксимон шаклда бўлади. Биринчи жинсий алоқа пайтида қизлик пардаси йиртилиб, ҳар хил даражада қон кетади. Бу парданинг қолдиқлари гименал сўргичлар деб аталади, туғруқ маҳалида яна йиртилганидан кейинги қолдиқлари миртасимон сўргичлар дейилади.

3.2. ИЧКИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР АНАТОМИЯСИ

Қин вояга етган аёлда узунлиги 8-10 см келадиган мускул ва фиброз тўқимадан иборат найдир. Қиннинг олдинги, орқа, ён томондаги ўнг ва чап гумбазлари тафовут қилинади. Ҳаммасидан чуқурроқ бўладиган орқа гумбазида қин суюқлиги, жинсий алоқа вақтида эса уруғ суюқлиги тўпланади (3.2.-расм).

Қин деворлари шиллиқ парда, мускул қатлами ва ўраб турувчи клетчаткадан ташкил топган. Қиннинг шиллиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган, пушти рангда бўлади ва туғруқ маҳалида қиннинг чўзилишини таъминлаб берадиган бир талай кўндаланг бурмалардан иборат. Қин бўшлиғининг кислота реакцияли бўлиши қин бациллалари ёки Дедерлейн таёқчалари ҳаёт фаолияти давомида ҳосил бўладиган сут кислотага боғлиқдир. Улар қин шиллиқ пардасидаги эпителий хужайраларининг гликогенини сут кислотага қадар парчалайди.

Бачадон силлиқ мускуллардан тузилган ноксимон шаклдаги ичи бўш аъзо бўлиб, олдинги-орқа йўналишда бир оз яссиланган (3.3.-расм).



3.3.- расм. Аёлнинг ички генитал аъзолари тузилиши.

1 – Қин. 2 – Бачадон бўйни. 3 – Цервикал канал. 4 – Бачадоннинг ички оғзи. 5 – Бачадон бўшлиғи. 6 – Бачадон туби. 7 – Бачадон мушаклари. 8 – Бачадон найчаси. 9 – Тухумдон. 10 – Найчанинг фимбриалари. 11 – Тухумдоннинг хусусий бойлами. 12 – Тухумдоннинг кўтарувчи бойлами. 13 – Кенг бойлам. 14 – Юмалоқ бойлам. 15 – Примордиал фолликул. 16 – Мезосальпинкс.

Унинг танаси, бўйинчаси ва бўйи тафовут этилади. Танасининг қаварик бўладиган устки қисми бачадон туби деб аталади. Бачадон бўшлиғи учбурчак шаклида бўлиб, устки бурчакларига бачадон найларининг тешиклари очилади. Пастки томонда бачадон бўшлиғи торайиб, бачадон бўйинчасига (бачадон танаси билан бўйни ўртасида қисми, узунлиги 1 см атрофида бўлади) айланади ва бачадоннинг ички тешиги (бўғизи) билан тугалланади.

Бачадон бўйни бачадоннинг пастки, тор қисми бўлиб, унда қин гумбазларидан пастрокка туртиб чиқиб турадиган қин қисми ва қин гумбазларидан юқорирокда турадиган қин усти қисми тафовут қилинади. Бачадон бўйни цилиндрсимон шаклга эга. Болалик даврида ва жинсий аъзолари ривожланмай қолган аёлларда бачадон бўйни конуссимон шаклда бўлади. Бачадон бўйнининг ичидан узунлиги 1-1,5 см келадиган бўйин канали (цервикал канал) ўтади, унинг устки бўлими бачадоннинг ички тешиги, пастки бўлими эса ташқи тешиги билан тугалланади.

Бачадоннинг узунлиги 7-9 см ни ташкил қилади. Кенглиги туби соҳасида 4,5-5 см ни, деворларининг қалинлиги 1-2 см ни ташкил қилади. Бачадон массаси 50 г дан 100 г гача боради.

Бачадон деворлари уч қаватдан тузилган. Ички қавати цилиндрсимон бир қаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланган, бир талай найсимон безлари бўладиган шиллиқ парда (эндометрий) дир. Бачадон шиллиқ пардасининг икки қавати: мускулли қаватига тақалиб турадиган базал қават ва ҳайз цикли маҳалида ритмик ўзгаришларга учраб турадиган юза – функционал қават тафовут қилинади. Базал қават ўсувчи қават бўлиб, функционал қавати шундай тикланиб, ўрни тўлиб туради. Бачадон деворининг каттагина қисмини ўрта мускулли (миометрий) қават ташкил қилади. Мускулли қавати силлиқ мускул толаларидан тузилган бўлиб, узунасига кетган ташқи ва ички доирасимон жойлашган ўрта қаватларни ташкил қилади. Бачадоннинг ташқи-сероз қавати (периметрий) уни қоплаб турадиган қорин пардасидан иборат.

Бачадон кичик чанок бўшлиғида қовуқ билан тўғри ичак орасида, чанок деворларидан тенг масофада жойлашган. Бачадон танаси олдинга, симфизга биров эгилган (бачадон антеверзияси), бўйнига нисбатан (бачадон антефлексияси) бу бурчак олдинга очилган. Бачадон бўйни орқага қараган, ташқи тешиги қиннинг орқа гумбазига тақалиб туради (3.2.-расм).

Бачадон найлари бачадоннинг ўнг ва чап бурчакларидан бошланиб, ён тарифга чанокнинг ён деворлари томонига қараб боради. Уларнинг узунлиги ўртача 10-12 см, йўғонлиги 0,5 см. Бачадон найларининг деворлари уч қаватдан: бир қаватли цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий билан қопланган шиллиқ пардаси, ўрта-мускул ва ташқи-сероз қаватдан ташкил топган. Бачадон найларнинг бачадон девори бағрига ўтувчи интерстициал қисми, ҳаммадан кўра кўпроқ торайган ўрта қисми ва воронка ҳолида тугалланадиган кенг ампуляр қисми тафовут қилинади.

Тухумдонлар аёлларнинг жуфт жинсий безларидир. Улар бодомсимон шаклда ва оқиш-пушти рангда бўлади. Вояга етган аёлда тухумдон узунлиги ўртача 3,5 см ни, эни 2-2,5 см ни, қалинлиги 1,1-5 см ни, масса-си 6-8 г ни ташкил қилади. Тухумдонлар бачадоннинг иккала томонида, сербар бойламлар орқасида жойлашган бўлиб, буларнинг орқа варақларига бириккан. Тухумдон муртак эпителийси қавати билан қопланган, бунинг остида бириктирувчи тўқимадан иборат оксил пардаси жойлашган бўлади. Янада чуқурроқда мия моддаси жойлашган, унда бир талай бирламчи фолликулалар ривожланишнинг ҳар хил босқичларида турган фолликулалар, сарик таналар топилади. Тухумдоннинг ички қавати асосан бириктирувчи тўқималардан ташкил топган мия қавати бўлиб, ундан бир талай томирлар ва нервлар ўтади. Жинсий жихатдан етуклик даврида тухумдонларда ой сайин тухум хужайралар ритмик равишда етилиб бориб, урувланишга яркли бўлиб қолади ва қорин бўшлиғига чиқиб туради. Тухумдонлар ички секреция безлари бўлиб, жинсий гормонлар ишлаб чиқариб туради.

Бачадон найлари, тухумдонлар ва бачадон бойламлари бачадон ор-

тиклари деб аталади.

3.3. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ БОЙЛАМ АППАРАТИ ВА КИЧИК ЧАНОҚ КЛЕТЧАТКАСИ

Аёллар жинсий аъзоларининг одатдагича, типик равишда жойланишига қуйидаги омиллар ёрдам беради: жинсий аъзоларнинг тонуси, жинсий аъзолар орасидаги ўзаро муносабат, диафрагма, қорин девори ва чанок тубининг келишиб ишлаши, бачадонни кўтариб турадиган, мустаҳкамлайдиган ва ушлаб турадиган аппаратлари.

Бачадоннинг кўтариб турадиган аппарати бойламлардан иборат, булар қаторига думалоқ, сербар жуфт бойламлар, воронка-чанок бойламлари ва тухумдонларнинг ўз бойламлари кирази. Думалоқ бойламлар бачадон бурчақларидан, бачадон найларининг олдинги томонидан чиқиб, чов канали орқали ўтади ва қов бирлашмаси соҳасида бирикиб, бачадон тубини олдинга тортиб туради (бачадон антеверзияси). Сербар бойламлар бачадонни кичик чанокда маълум ҳолатда ушлаб турадиган асосий бойламлар бўлиб, қорин пардасининг қўшқават арақлари кўринишида бачадон қовурғаларидан чиқиб, чанокнинг ён деворларига боради. Бойламлар арақлари орасида бачадон ёни клетчаткаси бор. Сербар бойламларнинг давоми бўлиш воронка-чанок бойламлари най воронкасидан чанок деворларига боради. Тухумдонларнинг ўз бойламлари орқа томонда ва бачадон найларининг чиқиш жойидан сал пастроқда бачадон тубидан тухумдонларга бирикади.

Мустаҳкамловчи аппаратига думғаза-бачадон бойламлари, асосий бойламлар, бачадон-қовуқ ва қовуқ-қов бойламлари кирази. Думғаза-бачадон бойламлари бачадон танасининг бўйнига ўтиш соҳасида орқа юзасидан бошланиб, иккала томондан тўғри ичакни ўраб ўтади ва думғазанинг олдинги юзасига бирикади. Бу бойламлар бачадонни бўйнига орқага тортиб туради. Асосий бойламлар бачадоннинг пастки бўлиmidан чанокнинг ён деворларига қараб боради, бачадон-қовуқ бойламлари ҳам бачадоннинг пастки бўлиmidан бошланиб, олдинги томонга, қовуққа қараб боради, сўнгра қовуқ-қов бойламлари тарзида симфизга қадар давом этади.

Бачадоннинг тутиб турувчи ёки таянч аппаратига чанок тубининг уч кават мускуллари ва фасциялари кирази (3.5.-расм).

Бачадон ён бўлимларидан тортиб, чанок деворларигача бўлган камгакни бачадон ёни – параметрал клетчатка (параметрий) эгаллаб туради, бундан томир ва нервлар ўтади. Параметрал клетчаткадан ташқари паравезикал (қовуқ ёни), паравагинал (қин ёни) ва параректал (тўғри ичак ёни) клетчаткаси ҳам чанок клетчаткаси таркибига кирази.

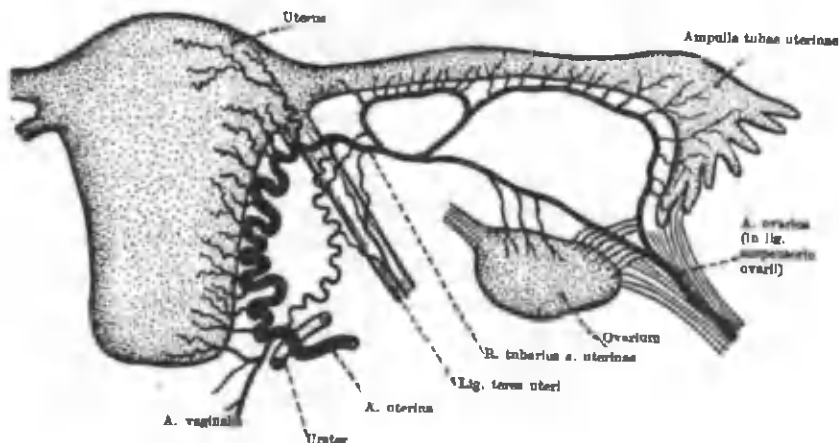
3.4. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ҚОН, ЛИМФА ТОМИРЛАРИ ВА НЕРВ ТИЗИМИ

Жинсий аъзолар қон ва лимфа томирлари тармоғи билан мўл-кўл таъ-

минланган. Ички жинсий аъзоларни қон билан таъминлаб турадиган асосий манбалар бачадон ва тухумдон артерияларидир, буларнинг охириги бўлимлари бир-бири билан анастомозлар ҳосил қилади (3.4.-расм). Жинсий аъзоларнинг ҳамма артериялари бир номдаги веналар билан бирга давом этиб боради.

Жинсий аъзоларнинг лимфа йиғиб оладиган лимфа томирлари чов, ёнбош, бел-думгаза, аорта лимфа тугунларига ва бошқа тугунларга боради.

Жинсий аъзолар иннервацияси жуда мураккаб. Унда симпатик ва парасимпатик нерв тизими, шунингдек орқа миёна нервлари иштирок этади. Жинсий аъзолар фаолиятини олиқ-сиздиқ нерв марказлари идора этиб туради.



3.4.-расм. Аёллар ички жинсий аъзоларининг артериялари

3.5. КИЧИК ЧАНОҚДАГИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР

Чанок тубидаги мускуллар кичик чанок ичидаги аъзоларнинг нормал жойлашиши ва топографик ҳолатининг нормал ҳолатда бўлишида катта аҳамиятга эга. Чанок тубидаги мускуллар туғиш вақтида чўзилиб, ҳомила туғилишини осонлаштиради.

Чанок туби мускул ва фасциялардан ташкил топган, энига чўзилган бўлади, мускуллар бир-бирига мингашиб жойлашган ҳолатда кичик чанок чиқиш йўлини беркитиб туради. Агар ташқи жинсий аъзодан ва чот оралиғидан тери ҳамда тери ости ёғлари олиб ташланган деб фараз қилсак, у ҳолда без чанок тубининг пастки биринчи қават мускулларини кўрамиз. Бу мускуллар тўрт томонидан ўртага (марказга) қараб келади ва пайлари билан ўзаро бирлашади. Бу жой пайлар маркази (centrum tendineum) деб аталади.

Чанок туби куйидаги уч қават мускулдан иборат (3.5.-расм).

а) пастки қават учта мускулдан, яъни *m. constictor cuni*, *m. sphincter ani externus* ва бир жуфт *m. transverses perinea superficialis* дан иборат. Бу учала мускулнинг жойлашиш тартиби кишига “саккиз” (8) рақамини эслатади. Бундай жойлашиш чанок тубига катта мустаҳкамлик беради.

Чанок тубининг пастки қаватида, юқорида айтиб ўтилган мускуллардан ташқари, жуфт *m. ischio cavernosus* ҳам бўлади. Бу мускул қуймич дўмбоғидан клиторнинг ровак танаси томон йўналган бўлади.

б) чанок тубининг ўрта қавати учбурчак фасциаль-мускул пластинкадан иборат бўлиб, қов равоғига ўрнатиб қўйилганга ўхшайди. Бу мускул пластинкани сийдик-таносил диафрагмаси (*diaphragma urfgenitale*) деб аталади,

Сийдик-таносил диафрагмаси иккита мускулдан, яъни чот оралиғидаги чуқур кўндаланг мускул (*m. transverses perinei profundus*) ва сийдик чиқариш канали билан қинни қисувчи (*m. sfincter urethro vaginalis*) мускуллар тўпламидан иборат. Булар бир томондан сийдик чиқариш йўлини ва иккинчи томондан қинга кириш тешигини ўраб олади.

в) чанок тубининг устки (чанокқа нисбатан ички) қаватини орқа тешикни кўтарувчи мускул (*m. levator ani*) ёки чанок тўсиғи (*diaphragma pelvis*) деб аталган мускул ташкил килади. Бу мускул ўзининг икки оёғи билан қинни ва сийдик чиқариш йўлини икки томондан ҳамда тўғри ичакни орқа томондан ушлаб туради. Бу чанок тубининг асосий мускули ҳисобланади, унинг учта шохи бўлиб, булар *pubococsigio*, *iliococsigio*, *ishiococsigio* деб аталади. Ҳар учала шохи дум суягига ёпишади. Турғуқда бутнинг иккинчи даражадаги йиртилишида шу мускул йиртилади, албатта буни тикиш керак бўлади, акс ҳолда ички жинсий аъзолар топографиясига путур етади. Жинсий аъзолар пастга жойлашиб, ҳатто бачадон пастга тушиши мумкин.

Ўргатувчи тестлар.

1. Ташқи жинсий аъзоларга нималар киради?

Қов

Катта жинсий лаблар

Кичик жинсий лаблар

Клитор

Қин даҳлизи

2. Ички жинсий аъзоларга нималар киради?

Қин

Бачадон

Бачадон найлари

Тухумдонлар

3. Чаноқ туби қайси қават мушакларидан ташкил топган?

ташқи қават

ўрта қават

ички қават

4. Ташки қават мушакларини қуйидагилар ташкил қилади:

1. пиёзча - форсимон мушак

2. юзаки - кўндаланг мушак

3. орқа чиқарув йўлининг ташки сфинктери

4. қуймич-форсимон мушак

Назорат саволлари:

1. Ташки жинсий аъзоларга нималар киради?

2. Ички жинсий аъзолар нималардан иборат?

3. Жинсий аъзоларнинг қайси бойламларини биласиз?

4. Чаноқ тубининг қайси мускулларини биласиз?

IV БОБ

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ ФИЗИОЛОГИЯСИ

4.1. ҲАЙЗ ЦИКЛИ

Мақсад: Ҳайз циклининг таърифи ва аёллар жинсий гормонлари билан бошқарилиши, организмга таъсири, овуляция диагностикаси ва унинг репродуктив функциясига таъсирини билиш. Ҳайз – бу туғишнинг прототиби эканлиги, аёлларнинг туғиш функцияси ҳайз циклига боғлиқлигини кўрсатиш.

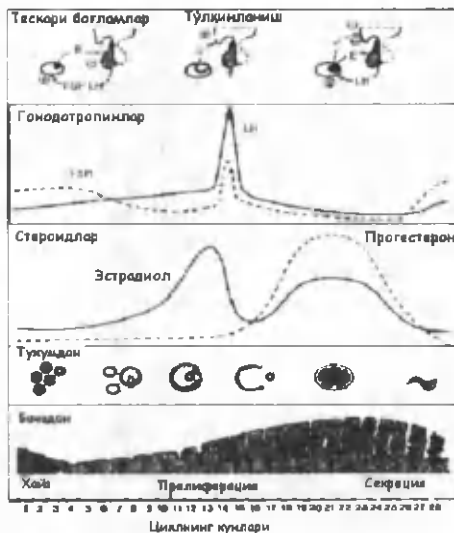
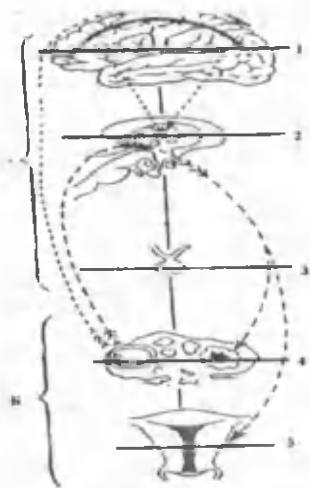
Вазифалар.

1. Ҳайз цикли тушунчаси.

2. Ҳайз цикли бошқарилиши

3. Аёллар жинсий гормонлари

Ҳайз (ой кўриш) деб, аёлларнинг бачадонидан мунтазам равишда қон келишига айтилади. Ҳайз балоғатга етиш жараёнининг дастлабки ойларида 12-15 ёшлар орасида кузатилади. Қизлар 16-17 ёшда тўлиқ балоғат ёшига етадилар. Ҳайз қон кетиш цикли бўлиб, маълум бир муддат қарийб 3-6 кун давом этади. Ҳайз аёлнинг бола туғадиган ёшида қайтарилиб, фақат ҳомиладорликда ва кўпинча бола эмизиш даврида ҳайз кўрмайди. Ҳайз климакс даврида (45-55 ёшда) тўхтайтиди. Ҳар гал ҳайз кўрганда аёл 50-150 г гача қон йўқотади. Ҳайз қони ишқорий реакцияли, кўнғир рангда, шиллиқ аралаш бўлиб, унда ивиш жараёни паст бўлади.



4.1.-расм. Нормал ҳайз бошқарилиш тизими 4.2.-расм. Ҳайз босқичлари.

А) Марказий:

1. Мия пўстлоғи.
2. Гипоталамус.
3. Гипофиз

Б) Периферик:

4. Тухумдон.
5. Бачадон.

Қиз бола биринчи марта ҳайз кўрганда унинг организмида бир қатор ўзгаришлар содир бўлади. Тана шакли бир мунча думалоқлашади, аёлларга хос иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлади, кўкрак безлари катталашади, қов устида жунлар пайдо бўлади, ташқи ва ички жинсий аъзолар тўлиқ етилади. Ҳайз цикли ҳайз кўришнинг биринчи кунидан то келгуси ҳайзнинг биринчи кунигача ҳисоб қилинади.

Қўпинча ҳайз цикли 28 кун, камдан-кам аёлларда 21 ёки 30-32 кун давом қилади. Ҳайз цикли мобайнида аёллар организмида турли ўзгаришлар кузатилади.

Ҳайз цикли физиологик жараён бўлиб, охириги ҳайзнинг биринчи кунидан то кейинги ҳайзнинг бошланиш кунигача бўлади. Ҳозирги тушунчаларга асосан ҳайз циклини 5 та омил бошқаради: 1) бош мия пўстлоғи; 2) гипоталамус; 3) гипофиз; 4) жинсий безлар; 5) периферик аъзолар (бачадон, бачадон найчалари, кин) (4.1.-расм). Биринчи олий босқичга бош мия пўстлоғи ва экстрагипоталамик церебрал тузилма-

лар (лимбик тизим, гиппокамп, бодомсимон тана) киради (4.2.-расм).

Бош мия пўстлоғи – ҳайз циклини бошқариш ва тартибга солиш вазифасини бажаради. Бош мия орқали ташқаридаги таъсиротлар нерв тизимининг пастдаги ҳайз циклида иштирок этувчи бўлимларига узатилади. Тажриба ва клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, асабий ҳолатларда жинсий аъзо тизимларида бир қатор ўзгаришлар бўлиб, ҳайз циклининг ҳолати ва тартиби издан чиқади. Аммо ҳозиргача бош мия пўстлоғида ёки унинг бирор қисмида ҳайз циклини бошқарувчи марказ аниқланмаган. Иккинчи босқичи – гипоталамус, оралик миянинг бўлими бўлиб, бир қатор ўтказувчи нерв толалари (аксонлар) туфайли, бош миянинг турли бўлимлари билан боғлиқ бўлади. Шунга кўра у марказий нерв тизимининг ҳайз циклини бошқаришда ҳам иштирок этади. Гипоталамусда барча периферик гормонлар учун, шулар қаторида тухумдонлар учун ҳам рецепторлар бор. Демак, гипоталамус организмга атроф муҳитдан узатиладиган импульсларнинг бир-бири билан боғланишларини таъминлайди. Шу билан бир қаторда у ички секреция безларининг фаолиятида ҳам иштирок этади. Гипоталамусда стимулловчи (либеринлар) ва блокловчи (статинлар) гормонлар ишлаб чиқарилади. Шунингдек фоллиберин ва люлиберин, гипофизга таъсир қиладиган гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ), лютеинловчи рилизинг гормон (ЛГРГ) ишлаб чиқарилади.

Гипофиз – гипоталамус билан мураккаб анатомик фаолияти жиҳатидан бир-бири билан мураккаб равишда боғлиқдир ва учинчи босқични ташкил қиладди. Гипофиз олдинги бўлагининг фаолияти гипоталамусдан ажраладиган нейрогормонал секреция таъсирида назорат қилинади. Гипофизнинг олдинги бўлаги аденогипофиз, орқа бўлаги эса нейрогипофиз деб юритилади. Аденогипофизда асосий 6 та гормонлар ишлаб чиқарилади: фолликулнинг етилишини таъминловчи (ФСГ), сарик тананинг таракқиётини таъминлайдиган (ЛГ), пролактин (ПРЛ), соматотроп (СТГ), тиреотроп (ТТГ) ва адренотроп (АКТГ) гормонлар.

Ҳайз циклини бошқаришнинг тўртинчи босқичига – периферик эндокрин аъзолар киради (тухумдон, буйрак усти бези ва қалқонсимон бези).

Тухумдонлар жинсий безлар бўлиб, иккита асосий вазифани бажаради. Булар: 1) фолликулларнинг цикли равишда таракқиёт, овуляцияси етилган тухум ҳужайрасининг ажралиши. 2) тухумдон икки хил жинсий гормон: эстроген ва прогестерон ишлаб чиқаради. Бундан ташқари, кisman эркаклар гормони – андрогенлар ҳам ишлаб чиқаради. Тухумдонда дастлаб фолликул етила боради, бу жараёнга ФСГ ва ЛГ гормонлари ҳамда окситоцин рефлектор таъсири қўшилади ва протеолитик ферментларнинг таъсирида фолликул қорин бўшлиғига ёрилади, яъни овуляция вужудга келади. Демак, бирламчи фолликул 3 та: регенерация, етилиш ва овуляция босқичларини босиб ўтади. Фолликулнинг энг етилган, ёрилишга турган ҳолатини Грааф пуфакчалари деб аталади (4.3.-расм). Шун-

дан кейин овуляция рўй беради. Овуляциядан кейин ёрилган фолликул ўрнида янги тана, яъни сариқ тана вужудга келади.

Сариқ тананинг шаклланиши ва тараққий этиш жараёнида донатор хужайралар кўпаяди ва тухумдоннинг мезенхима стромаси қон томирлари билан биргаликда ривожланади, натижада сариқ тана вужудга келади.



Сариқ тана куйидаги босқичларни босиб ўтади: 1-босқич: пролиферация, 2-босқич: қон-томирлар билан таъминлаш босқичи, 3-босқич:гуллаш босқичи, 4-босқич: сариқ тананинг сўниш босқичи.

Ҳайз циклида бачадон шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар (42.расм). Ҳайз қони тўхтаб бачадон шиллиқ пардасида қайта қуриш (би-тиш), яъни регенерация жараёни

4.3—расм. Грааф пуфакчаси. Бачадон шиллиқ пардаси (эндометрий) 2 қаватдан: базал ва функционал қаватлардан иборат.

Ҳайз бачадон шиллиқ пардасининг десквамация босқичи билан бошланади ва 3-4 кун давом этади. Бу фазада без йўлларидаги эпителий аста-секин ҳалок бўлади, шиллиқ қават қисман эрийди (аутолиз), қисман парчаланиб ва яна қисман фагоцитоз натижасида шиллиқ қаватнинг устки спонгиоз қавати кўчиб тушади. Базал қисми яқинидаги бир қисми сақланиб қолади. Базал қаватлари юзасидаги кўчган спонгиоз қават ўрнида қолган яра юзасидан қон кетади. Десквамация билан бирга регенерация бошланади, шу тариқа цикл бошланади.

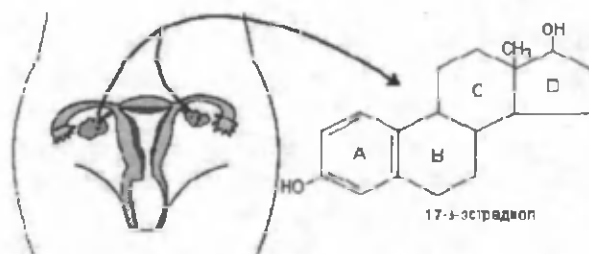
Ҳайз қони тамом бўлганидан кейин бачадоннинг юпқа базал қаватидан шиллиқ қават тез фурсатда ўса боради, бунда 4-5 кунда унинг қалинлиги 4 мартагача ошади. Шиллиқ қаватнинг фақат ўзи қалинлашиб қолмай, балки бағрида жойлашган безлар ҳам узунлашиб катталашади ва бурма шаклини олади, аммо без эпителий етарли даражада катталашиб узун тортишига қарамасдан секрет ажратмайди, шунга кўра без бўшлиқларида ҳали суюқлик бўлмайди. Бачадон шиллиқ пардасидаги бу хилдаги ўзгаришларни пролиферация босқичи дейилади. 13-15 кунларда бу фазанинг етилган даври бўлади. Шундан кейин эпителий хужайраларида секреция ажралишининг дастлабки белгилари кузатилади.

Бу фаза эндометрийда секрет ажратиш босқичи дейилади. 16-кундан бошлаб, без эпителийси ядросида бўлиниш жараёни тўхтаydi. Хужайралар бўйига узунлашади, анча йириклашади, суюқлик (секрет) билан тўлишади. Пармага ўхшаган безлар яна кўпроқ эгри-бугри бўлиб қолади. 19-20 кунларда цилиндрсимон эпителий узунлашиб аррасимон

шаклга киради, без бўшлиғи томонга кўпроқ ўсади. Шиллик қават қалинлашган, худди ҳомиладорликдаги децидуал ҳужайраларга ўхшаб кетади.

Шиллик қаватдаги ҳужайралар шишиб катталашади. Бунда шиллик тўқимаси 3 қаватга: компакт, спонгиоз ва базал қисмларга бўлинади. Секретор фазанинг охирини ҳайз кўриш олди, ҳомиладорликнинг бошланиш олди деб ҳисобласа бўлади.

Бачадондаги ҳайз цикли тухумдоннинг функционал ҳолатига боғлиқ. Агар бирор сабабга кўра тухумдон олиб ташланса ёки рентген нури билан тухумдон функциясига таъсир қилинган бўлса, аёл ҳайз кўрмайди. Ҳайз циклининг 1 ярмида овуляциядан олдин, пролиферация фазасида тухумдонда ривожланаётган фолликулдан ажралган фолликулин гормони асосий вазифани бажаради (4.4.-расм). Бу гормон фолликулнинг ички қаватидан ажралади. Овуляциядан сўнг сариқ тана гормони (прогестерон) бачадон шиллик пардасида секретор суюқлик чиқишига имкон бе-



ради ва бачадон шиллик пардасини ҳомиладорликка тайёрлайди. Бунда фақат секреция таъсир қилибгина қолмасдан, балки юзада жойлашган безларда гликоген ажралишига имкон беради.

4.4.-расм. Эстрогенлар.

Кўп муаллифларнинг фикрича, овуляциядан кейин ҳам сариқ танадан ажралган прогестерондан ташқари, оз миқдорда эстроген гормонлар ҳам мавжуд. Бачадон шиллик қаватининг бўртиб қалинлашишига сабаб бўлади.

Шуни айтиш керакки, тухумдондан ажраладиган фолликулин гормони бачадонни қисқартиради, прогестерон эса қисқаришни тўхтатади, натижада бачадон шиллик қаватига жойлашган сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайрасига қулай шароит яратилади.

Агар аёл ҳомиладор бўлмаса, ҳайз кўради, бунда бачадоннинг қисқариши кучаяди, чунки аёл организмида прогестерон камайиб кетади. Бачадоннинг қисқариши натижасида бачадондан ҳайз конининг ажралиб чиқишини таъминлайди. Ҳайвонларда қилинган тажрибалар шуни кўрсатдики, агар гипофиз безини олиб ташланса, фолликуллар тараққиёти тўхтаб сариқ тана вужудга келмайди. Бундан гипофиз безининг тухумдонга хизмати катта эканлиги маълум бўлади. Шундай қилиб, специфик бўлмаган гонадотроп гормони тухумдоннинг специфик жинсий гормонлари - эстроген ва прогестеронни тухумдонда ажралишини таъминлар экан.

Ўргатувчи тестлар.

1. Хайз цикли бузилишининг 5 этиологик омилларини кўрсатинг.
1. Психик касаллик, оғир кечинмалар;
2. Нотўғри овқатланиш, авитаминозлар;
3. Касбга оид зарарлар;
4. Инфекцион ва септик касалликлар (сўзак, туберкулёз);
5. Жинсий камолотга етиш даврида гипоталамо-гипофизар тизим эволюциясининг бузилиши.

2. Марказий сабабларга кўра хайз цикли бузилишининг 3 та асосий кўринишини айтинг:

1. Бош мия пўстлоғи;
2. Гипоталамик кўриниши;
3. Гипофизар кўриниши.

3. Хайз цикли бузилишининг периферик сабабларга кўра келиб чиқишининг 2 та асосий кўринишини айтинг:

1. Тухумдон туфайли;
2. Бачадон туфайли.

4. Тухумдон циклининг 2 фазасини айтинг.

1. Фолликулин фазаси;
2. Лютеин фазаси.

5. Бачадон циклининг 4 фазасини айтинг.

1. Десквамация;
2. Регенерация;
3. Пролиферация;
4. Секреция.

6. Гипофиз олдинги бўлагининг 6 гормонини кўрсатинг.

1. ТТГ ;
2. СТГ;
3. АКТГ;
4. ФСГ;
5. ПРЛ;
6. ЛГ.

7. Кун давомийлиги бўйича хайз циклининг 3 турини айтинг.

1. 28 кунлик;
2. 21-22 кунлик;
3. 33-35 кунлик.

8. Тухумдоннинг лютеин танаси ривожланишининг 4 фазасини айтинг.

1. Пролиферация;
2. Васкуляризация;
3. Гуллаш;
4. Қайта ривожланиш.

9. Фолликулиннинг (эстрогеннинг) биологик таъсирини айтинг.

1. Иккиламчи белгиларининг ривожланиши;
2. Жинсий аъзоларининг ўсиши ва ривожланиши;
3. Терморегуляция ва моддалар алмашинув жараёнига таъсири.

10. Прогестерон (гестаген) 3 таъсирини айтинг:

1. Ҳомиланинг нормал ривожланишига таъсир этади;
2. Эндометрийнинг цикли ўзгаришларини бошқаради;
3. Миометрийнинг кўзғалишини пасайтиради.

V БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Мақсад:

Талабаларга урувланиш тушунчасининг таҳлили, урувланган тухумнинг бўлиниши, ҳомила ривожланишининг қалтис даврлари ва ҳомилага зарарли омилларнинг таъсири тўғрисида тушунча бериш.

Режа.

1. Урувланиш тушунчасининг таҳлили.
2. Урувланган тухумнинг бўлиниши.
3. Ҳомила ривожланишининг қалтис даврлари
4. Ҳомилага зарарли омилларнинг таъсири.

5.1. ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БОШЛАНИШИ ВА ЭМБРИОННИНГ ТАРАҚҚИЁТИ

Эркаklar жинсий ҳужайраси. Жинсий ҳужайралар ҳар бир наслда эмбрионал ҳужайрадан янгидан шаклланади. Эркаklar билан аёллар жинсий ҳужайраларининг ривожланиш жараёни бир-бирига ўхшаш бўлади.

Эркаklarнинг жинсий беzi (testis) жинсий ҳужайра – сперматозоидларни ажратади, улар сперматогенлардан ташкил топади. Сперматогенлар жинсий безларнинг эгри-бугри каналлари ички юзасида жойлашган бўлади.

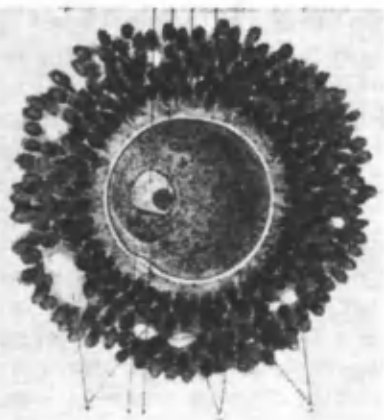
Етук (тухум ҳужайра билан қўшилиш қобилиятига эга) сперматозоидлар етилиши учун сперматогеннинг ривожланиш жараёни – сперматогенез содир бўлиши лозим. Бу жараён ўғил бола балоғатга етиши билан бошланади. Сперматогенлар тез кўпайиб сперматоцитлар биринчи қаторига айланади, қисқа ўсиш давридан кейин етилиш фазаси вужудга кела-

ди. Етилиш жараёнида бирин-кетин иккига бўлинади, бу одатдаги митоздан фарқ қилади ва меозис номи билан юритилади. Бу хилдаги редукцион бўлинишдан кейин такомиллашган эркак жинсий хужайралари энди сперматидида номини олади. Бу эса мураккаб дифференциация жараёни натижасида бутунлай бошқа кўринишга- сперматозоидларга айланади.

Сперматозоидлар ип шаклида бўлади (бошча, бўйинча ва думчадан иборат). Узунлиги 50-65 мк, бошчаси 4,5 мк бўлади. Сперматозоидлар уруғ йўлига тушгандан кейин ҳаракат қила бошлайди ва уруғ пуфакчалари ва простата беzi ажратган суюқликка аралашиб, шахват (сперма)ни ҳосил қилади. Жинсий алоқа пайтида 5-8 мл гача шахват ажралиб чиқади. Бунда айрим ҳолларда шахват суюқлигида 200 дан 500 миллионгача сперматозоид бўлади. Сперматозоид асосан думчаси ёрдамида ҳаракатланади. Сперматозоид бир минутига 2-3 мм йўл босади. Шуварскийнинг айтишича, улар жинсий алоқадан кейин 1-2 соат ичида бачадонга ўтади. Сперматозоидлар жинсий алоқа пайтида киннинг орка гумбазидаги чуқурчага (reservoir semeni) қуйилади. Оргазм натижасида бачадон бўйни кенгайиб ундаги шиллиқли тикин шу соҳага чўзилиб тушади ва сперматозоидларни шимиб олади. Оргазм тугагач, бачадон бўйни қисқаради ва шиллиқли тикин сперматозоидлар билан биргаликда яна бачадон бўйни каналига қайтади ва ўзидаги сперматозоидларни бачадонга ўтишига имконият туздиради. Сперматозоидлар учун ишқорий шароит бўлиши керак. Шунга кўра қиндаги нордон муҳит ёмон таъсир этганидан улар бу жойда тез орада ҳалок бўлади. Бачадон бўйни каналидаги ишқорий муҳитда эса сперматозоидлар соатлаб, ҳатто бир неча кун яшаши мумкин. Сперматозоид бачадон ва унинг найчаларидаги киприкчалар (шиллик қават эпителийлари) ёрдамида осон ҳаракат қилиб, бачадон бўйнидан унинг бўшлиғига, ундан найчаларга ўтади ва ниҳоят найчаларнинг ампуляр қисмида ёки қорин бўшлиғида тухум хужайралар билан қўшилади. Найчаларнинг ампуляр қисмида ҳатто бир неча кун, қорин бўшлиғида 20 соатгача яшаши ва ҳаёт қобилятини сақлаши мумкин.

Аёл тухум хужайраси тўла етилмагунига қадар эркак уруғи билан қўшила олмайди. Овуляция (фолликулнинг етилиб, ёрилиши) дан анча олдин тухум хужайраси аста-секин такомиллашади, бу жараёнда у иккига бўлинади. Натижада 2 та йўналувчи таначалар (биринчи ва иккинчи қатордаги таначалар) вужудга келади (5.1.-расм). Тухум хужайранинг таракский қилиши (овогенез) қуйидагича кечади. Овогения ортик кўпаймай, 1-қатордаги овоцитга айланади, бу бир оз катталашади, шу жараён охирида овоцит биринчи марта бўлинади. Натижада 2 та хужайра шаклланиб, каттаси иккинчи қатордаги овоцит, кичкинаси эса майда йўналувчи ёки редукцион танача деб аталади. Шундан кейин иккинчи қатордаги овоцит яна бўлиниб, бунда етилган тухум ва иккинчи йўналтириш таначаси (редукцион танача) ни ҳосил қилади. Булардан биринчиси яна иккига бўлиниши мумкин. Натижада иккинчи қатор овоцит ядролари-

даги редукцион бўлиниш натижасида хромосомаларнинг фақат ярми 46 та ўрнига 23 та қолади. Бу барча жараён эркак уруғи билан қўшилишга қобилиятли тухум хужайранинг шаклланишига олиб келади. Овогенез жараёнида битта 1-катордаги овоцитдан фақат битта етилган тухум хужайра ва 3 та шимилиб кетадиган йўналиш таначалари пайдо бўлади. Агар тухум хужайра юқорида кайд килинган жараёнга учрамаса, у етилмайди ва шунга кўра сперматозоид билан қўшила олмайди.



5.1.-расм. Аёл тухум хужайраси

Балоратга етиш даврида тухумдондаги бошлангич фолликуллардан биттаси ёки иккитаси ривожлана бошлайди. Япалок ҳолатдаги донатор хужайралар шиша бошлайди ва улар катталашиб цилиндр, учбурчак ҳолатини олади. Айни пайтда улар энергетик равишда митотик бўлиниш билан кўпаяди. Бу даврда фолликулнинг ўзи тўхтовсиз катталаша боради. Сўнггра тухумни ўраб олган бир неча қатор хужайралар орасида бўшлиқ ҳосил бўлади, бу бўшлиқдаги фолликулларда суюқлик бўлади. Бу суюқлик кўпая борган сайин тухумни ва гранулёз (донатор) хужайраларни четга суради ва фолликул яна катталашиб, аввал нўхатдек, кейин аса ловиядек бўлиб қолади. Етилган фолликул - Грааф пуфакчасини ўраган устки пардаси (theca folliculi) ҳосил бўлади. Бу парда икки қаватдан иборат бўлиб, ичкиси (tunica (theca) interna) қон томирларга бойдир, иккинчиси ташқи каттик фиброз қават (theca externa) деб аталади ва унинг қон томирлари кам бўлади.

Фолликул етилиши жараёнида аста-секин тухумдоннинг ташқи пардасидан *membrana albuginea* бўрта бошлайди ва йиртилишга тайёр бўлиб қолади. Организмдаги гормонал жараён таъсири ва фолликул ичидаги босимнинг ошиши натижасида у ёрилади. Фолликул суюқлиги тухум хужайра ва қисман донатор хужайра (*granulosa*) лар билан бирга тухумдоннинг ёрилган жойидан қорин бўшлиғига тушади. Фолликул ёрилиб, тухум хужайранинг чиқиши овуляция дейилади. Овуляциянинг тахминий муддати ҳайз циклининг 10-12-кунларига тўғри келади, у охириги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланади.

5.2. УРУҒЛАНИШ, УРУҒЛАНГАН ТУХУМНИНГ БЎЛИНИШИ ВА УНИНГ БАЧАДОНГА ПАЙВАНДЛАНИШИ

Уруғланиш деб, эркак уруғи ядроси билан аёл уруғи ядросининг қўшилишига айтилади (5.2.-расм).

Жинсий алоқада эркак спермаси киннинг орка гумбазига тушади (*receptaculum seminis*).

Бачадоннинг қисқариш хусусияти жинсий кўзғалишда анча кучли бўлади (уруғланиш жинсий кўзғалишсиз ҳам бўлиши мумкин). Бунда кин даҳлизини ўраган мускул (Constrictor cunni) дан бачадон найчаларигача жинсий кўзғалишда иштирок этади.

Шу қисқариш натижасида кин даҳлизи безларида ишлаб чиқарилган хусусан бартолини бездан мойли секрет қинга тушади, бачадон бўйнидаги шиллик тиқин(пробка) эса бўйин каналидан тилга ўхшаб орқа гумбаз чуқурчаси томон осилиб тушади. Аммо бутунлай тушиб кетмайди. Жинсий алоқада киннинг орқасидаги чуқурчасига қуйилган сперматозоидлар жинсий кўзғалиш тугагач бачадон танаси ва бўйин анча бўшашади. Натижада осилиб турган шиллик яна бачадон бўйин каналига қайтарилади. Шу жараёнда улар шиллик тиқинга (пробкага) шимилиб олинган бўлади, шиллик бўйин каналига сперматозоидлар билан қайтгач (бир неча миллион) сперматозоидлар актив ҳаракатланиш хусусиятига эга бўлганига кўра бироз қисқариши натижасида бўйин каналидан бачадон бўшлиғига ва ундан бачадон найчаларига ўтади. Қолган сперматозоидлар қиндаги нордон шароитда ҳалок бўладилар.

Кўп текширишлар шуни кўрсатдики, сперматозоидларнинг аёл тухуми билан қўшилиши бачадон найчаларининг ампуляр қисмида бўлади.

Аёлнинг тухум хужайралари сперматозоидлар каби ҳаракатланиш хусусиятига эга эмаслар.

Овуляция натижасида тухум хужайраси қорин бўшлиғига тушади. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бачадон найчаларининг кенгайган қисмидаги ампула шокидалари (fimbria ovarica)дан бири узунроқ бўлганига кўра у овуляция натижасида ажралиб чиққан тухум хужайрасини найчанинг ампула қисмига узатади.

Бу жараёнда албатта аёлнинг рухий ҳолати ҳам катта роль ўйнайди. Агар асаб тизимининг фаолияти маълум даражада бузилган бўлса, қўшилган тухум хужайраси бачадон найчаларида тутилиб қолиб бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик вужудга келишига олиб келиши мумкин.

УРУҒЛАНИШ

Найча ичига яқинлашган тухум хужайрасига жуда кўп сперматозоидлар интилади. Лекин сперматозоидларга тухум хужайрасини ўраган, шуғласимон тож ва ялтироқ парда тўсқинлик қилади. Бунда найчалардаги мазкур узун шокилда тухумдон, қорин бўшлиғи орасидаги кўприкча ролини ўйнайди. Айтиб ўтганимиздек, овуляцияда тухумдондан ажралиб чиққан тухум хужайра шу кўприкча орқали найчага ўтади. Найча ичидаги сперматозоидлар тухум хужайрасига пешвоз чиқиб шу ерда улар қўшилади. Уруғланган тухум хужайра – зигота - найчанинг перистальтика ҳаракати туфайли бачадонга қараб бўлиниш жараёнида йўналади. Бу жараёнда аёллар гормонларининг ўрни бениҳоя катта.

Хусусан, эстроген гормонлар бачадон найчалари, мушакларнинг қисқариш активлигини таъминлайди, жумладан найчаларнинг перистальтикасини амалга оширади (5.3.-расм).

Сперматозоидлар гиалуронидаза деб аталадиган эритувчи моддани ишлаб чиқаради. Гиалуронидаза шуъласимон тож ва ялтирок пардани эритиш хусусиятига эга.

Эритиш учун керак бўлган секретни яратишда кўп сперматозоидлар иштирок этадилар. Улар, ниҳоят, қаршиликларни енгиб улардан бир нечтасининг бошчалари тухум ҳужайрасининг протоплазмасига киришга эришади, қолганлари эса ҳалок бўлади ва бачадон найчаларининг шиллик пардасига сингиб йўқ бўлиб кетади.

Тухум ҳужайрасига кирган факат биттаси ёки иккитасигина уруғланишда иштирок этади. Сперматозоид бошчаси тухум ичига киргач унинг боши думидан ажралади (энди у уруғ ёки эркак ядро деб аталади). Ўзи томон силжиётган тухум ҳужайрасининг ядроси томон йўналади ва у билан қўшилиб, битта ядрога айланади. Шундан кейин уруғланиш даври тугаб хомиладорлик бошланади.

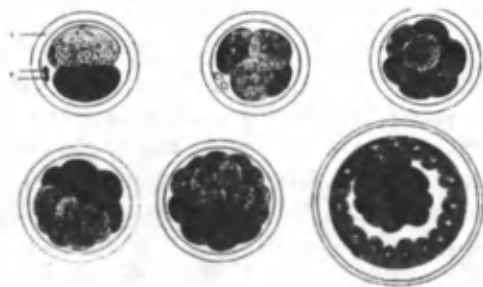
УРУҒЛАНГАН ТУХУМНИНГ БЎЛИНИШИ ВА УНИНГ БАЧАДОНГА ПАЙВАНДЛАНИШИ

Уруғланган тухум майдаланиш даврига ўтади, натижада у бластомер деб аталувчи қиз ҳужайраларига бўлинади, бунда ҳар бир шар ўз навбатида майдаланишга учрайди ва тут донасини эслатадиган бластомерлар комплекси - морулани ҳосил қилади.

Бластомерлар қиз ҳужайраларига бўлинганда бу бўлинган ҳужайраларининг ҳар бири олдинги ҳужайралардан икки марта кичик бўлади. Моруланинг ҳажми етилган тухум ҳужайрасидан унчалик катта бўлмайди. Морула найча ичида бачадон томонга йўлини давом эттиради. Уруғланган вақтдан бошлаб орадан 6-7 кун ўтгач, қўшилган тухум бачадон ичига келиб тушади (5.4.-расм).

Бу кунларни имплантация олди (I калтис) даври ҳисобланади.

Ҳомила тухум (пушт) бачадон бўшлиғига тушгандан кейингина она организмга пайвандланади. Яъни уруғланган тухум бачадон шиллик пардасига туташади (имплантация бўлади) ва пуштнинг бачадонга пайвандланишини таъминлайди.



5.4.-расм. Уруғланган тухумнинг бўлиниши.

Ҳомила тухуми бўлиниши натижасида ҳосил бўлган янги ҳужайралар (бластомерлар) кетма-кет кариокинез усулида бўлиниб, янги бластомерлар ҳосил қилади. Бу бўлиниш соматик ҳужайраларининг ростмана бўлинишидан фарқ қилади. Ҳар бир бўлинишдан сўнг янги ҳужайралар яна майда-роқ, улар бир-бирига зич жойлашиб, тут донасига ўхшаб морулани ташкил қилади деб айтиб ўтган эдик. Бу даврга келиб морула бластоцитга айланган бўлади. Пуштнинг бластоцит боскичида унинг ҳужайраларининг бир қисми (цирикоклари) эмбриобластни ташкил этиб, ундан келгусида эмбрион ривожланади. Қолган кичик ҳужайралар пушт чеккароғида жойлашиб, озиқлантирувчи пардани – трофобластни ташкил этади. Трофобласт шунингдек пуштнинг бачадон деворига пайвандланишини таъминлайди. Бу жараён трофобласт ишлаб чиқарадиган ферментлар бачадон шиллик пардасини эритиш ва бу ерда бластоцитнинг ботиб киришига имкон беради. Бластоцит бачадон шиллик пардасининг функционал қавати ичига кириб, бу жараён анчагина тез юз беради – 40 соатда бутунлай ботиб кириб, унинг шиллик пардасидаги тешик ҳам битиб кетади ва демак, пушт шиллик қават ичига ёпишиб жойлашиб қолади. Бластоцитнинг бачадон шиллик қаватига ботиб кириш жараёнида атрофидаги тўқималарда қон томирлар жадал ривожланиб кўпаяди, бириктирувчи ҳужайралар сони ортади, уларда гликоген тўпланади. Шиллик парда пайвандланиш (имплантация) пайтида ўзининг секретция даврини ўтаётган бўлади. Бу даврда унда пушт озиқланиши учун зарур моддалар тўпланган. Бунинг устига трофобласт туфайли пушт атрофида тўқималар емирилиш маҳсулотлари тўпланади ва бу моддалар пушт озиқланиши учун муҳит (эмбриотроф) ҳисобланади. 8 кундан то 84 кун (12 ҳафта) гача имплантация, гисто- ва органогенез (II калтис) даври ҳисобланади.

ПУШТ ПАРДАЛАРИ РИВОЖЛАНИШИ

Пушт тухум бачадонга пайвандлангандан кейин бачадон деворида кескин ўзгаришлар рўй беради. Шиллик парда функционал қаватининг зич ва говак қатламлари янада яққол билинади. Зич қават (*stratum compactum*) салқиган стромадан тузилган бўлиб, унда безларнинг чиқарув найчалари ўтади. Строма толалари тўрида йирик, кўп қиррали пуфаксимон ядроли децидуал ҳужайралар жойлашади. Улар гликогенга бой, фагоцитоз хусусиятига ҳамда гормон ишлаб чиқариш қобилиятига эга ҳужайралардир.

Говак қатлам (*stratum Spongiosum*), чуқурроқ қават, унда жуда кўп гипертрофияланган безлар бўлиб, стромасида децидуал ҳужайралар бўлмайди.

Пуштнинг ўсиши жараёнида децидуал парданинг турли қисмлари алоҳида ном олади. Тухум тагида жойлашган қисми *decidua basalis* деб аталади. Бачадон бўшлиғига бўртиб чиққан юзаси қопланган қисми эса *deciduas capsularis* дейилади.

Бутун бачадон бўшлиғини қоплаган барча қолган қисми эса deciduas parietalis дейилади.

Децидуал парданинг иккала қатлами ҳомиладорликнинг тўртинчи ойига келиб энг кўп қалинлашади. Оддий кўз билан қаралганда қалин, бурмали шиллик парда кўринишига эга. 4-5 ойда ҳомила энди бачадон бўшлиғини тўлиқ эгаллайди, децидуал пардалар яқинлашиб бирлашиб кетади. Бу ҳар иккала қават қўшилишига қадар юпкалашади, улардаги томирлар, децидуал ҳужайралар кескин камаяди, эпителий қавати йўқолиб кетади, decidual basalis да эса, аксинча, зич ва ғовак қаватлар қабариб ривожланади. Унда, аксинча, қон томирлар жуда ривожланиб капиллярлар зич томирлар тўрини ҳосил қилади. Ушбу гипертрофияланган ва томирларга бой пардага кўпплаб хорион сўрғичлари ўсиб келади. Булар атрофида бўшлиқ юзага келиб, унга бачадон артериялари қони қуйилади.

Шундай қилиб, децидуал парда она организми, яъни бачадон эндометрийсининг ўзига хос ўзгариши ҳисобига вужудга келади. Қолган икки палла хорион ва амнион парда ҳомила тўқималари ҳисобига ҳосил бўлади.

Хорион сўрғичлири билан бачадон шиллик пардаси орасида юқорида қайд этилганидек, тўқималарнинг емирилиш маҳсулотлари ва она қон томирларидан чиққан қон жойлашади. Бундан ҳомилага кислород етиб боради. Сўрғичлар билан бачадон шиллик пардаси орасидаги бўшлиқ бирламчи сўрғичлараро бўшлиқ деб аталади. Дастлаб тухум бутунича бўшлиқ билан ўралган бўлади. Ҳомила тараққиётининг кейинги босқичларида сўрғичлараро бўшлиқ фақатгина плацента соҳасида бўлиб, иккиламчи сўрғичлараро бўшлиқ дейилади. Трофобласт билан бир вақтда эмбриобласт ривожланади. Эмбриобласт бачадон найидаёқ ривожлана бошласа-да, бачадонга пайвандлангандан сўнг айниқса тез ривожланади. Бластоцистанинг сегментларидан бирида ҳужайралар тўпламидан иборат иккита тугунча - эктобласт ва энтобласт юзага келади. Улар марказида бўшлиқ ҳосил бўлиб, тугунчалар пуфакчаларга айланади. Эктобласт пуфакча оёқчаси ёрдамида трофобластга тушади. Ундан амнион бўшлиғи ҳосил бўлади. Бу бўшлиқ девори сув пардаси - амнионга айланади. Эндобласт пуфакча марказига яқинроқ жойлашиб сариқлик бўшлиғига айланади, эктобласт ва энтобластнинг амнион ва сариқ пуфакча орасидаги ҳужайралари пушт куртагини ташкил этади. Пушт куртаги учта варақдан - эктодерма, мезодерма ва энтодермадан тузилади, ана шу варақлардан тўқима ва аъзолар ривожланади.

Амнион пуфакчаси унда тўпланаётган суюқлик ҳисобига тезда катталашади. Бластоциста бўшлиғи йўқолади. Амнион ва сариқ пуфакча орасидаги пушт амнион бўшлиғига ботиб кира бошлайди ва аста-секин унга бутунлай ботади. Амнион бўшлиғи катталашуви билан сариқ пуфакча бўшлиғи кичраяди, сариқлик томирлари артрофияга учрайди, пардалар ривожланиши билан бир пайтда пуштнинг бирламчи ичагини

орка учидан ўсимта-аллантаис ҳосил бўлади. Амнион пуфакчани трофобласт билан туташтирувчи оёқча бўйлаб аллантаис сўрғичли пардага йўналади. Аллантаис бўйлаб пушт танасида сўрғичли пардага томон томирлар ўтади. Бу томирлар хорионнинг ҳар бир сўрғичига ўсиб киради. Шу дамдан бошлаб пуштниги аллантаис қон айланиши ривожланиб пушт билан она организми ўртасидаги жадаллашиб бораётган алмашинув жараёнини таъминлайди.

Ҳомила тараққиётнинг илк босқичлари тугалланиши даврига келиб, у учта парда децидуал сўрғичли ва сув парда ва шу парда ичидаги амнион суюқлиги билан ўралади.

Децидуал парда бачадон шиллиқ пардаларида ривожланади, сўрғичли ва сув парда ҳомилага хос. Шундай қилиб, децидуал парда ҳомиладорлик туфайли ўзгаришга учраган бачадон шиллиқ пардасининг функционал каватидир. Децидуал парда бола туғилгандан кейин бачадон бўшлиғидан кўчиб йўлдош билан бирга чиқади.

Имплантация пайтида бачадон шиллиқ пардаси секретция фазасида бўлади. Бачадон безлари секрет билан тўлган строма хужайралари юмалоқлашган, ичида пушт озикланиши учун зарур бўлган гликоген, липид, гликопротеид, фосфор, кальций ва бошқа моддалар тўпланади. Децидуал пардада биологик актив модда простагландинлар аниқланган. Функционал қават ровак ва зич қатламларга бўлинади. Ровак қатлам (*Stratum spongiosum*) асосан безлардан иборат. Компакт қатлам (*Stratum compactum*) юмалоқлашган строма хужайралари - децидуал хужайралардан тузилиб, орасидан безларнинг чиқарув йўллари жойлашади.

Имплантациядан кейин бачадон шиллиқ пардаси анча қалинлашади, безлари эса секрет билан тўлишади. Зич ва ровак қатлами янада фарқ қила боради. Зич қатлами гликогенга, оқсилга, мукополисахаридларга бой бўлиб, фагоцитоз хусусиятига эга. Зич қатламга ботиб кирган пушт тухум децидуал парда элементлари билан ўралади.

Сув парда (амнион) ёпиқ қопчадан иборат бўлиб, унда ҳомила сувга ботган ҳолда жойлашади. Ҳомиладорлиқнинг ривожланиши жараёнида амнион бўшлиғи тезда катталашади. Амнион хорионга ёпишади ва плацентанинг ички юзасини қоплайди, киндик ўқиға ҳам ўтиб уни виллоф сингари ўрайди ва киндик соҳасида ҳомила терисига уланади. Амнион мезенхимадан ривожланган бир неча қават бириктирувчи тўқимадан ва эпителийдан тузилган. Бу эпителий ҳомила суви ҳосил бўлиши ва алмашувида иштирок этади. Амнион ва силлиқ хорион ҳомила суви таркибининг мутаносиблигини таъминлашда қатнашади. Хуллас, амнион энг ички парда бўлиб, ундан ташқари томонда сўрғичли парда (хорион) ва энг сиртки қисм-децидуал-кўчиб тушувчи парда жойлашади.

Ҳомила суви (*liquor amnii*)-ҳомиладорлик охирига келиб 0,5-1,5 литрга етади ва амнион бўшлиғини тўлдириб туради. Ҳомила сувини амнион эпителиysi ишлаб чиқаради. Сувнинг ортиқчаси эса амнион ва силлиқ хориондаги хужайралараро канал ва тешиқлар орқали сўрилиб туради.

Ҳомила сувининг алмашуви жадал юз беради, шу билан бирга сув таркибининг турғунлиги таъминланади. Сувга ҳомила сийдиги ҳам ажралади, шунингдек тери эпидермис хужайралари, мой безлари секретри, ҳомиланинг туклари қўшилади.

Ҳомила суви таркибига оксиллар, ёғлар, липидлар, карбонсувлар, тузлар, микроэлементлар, гормонлар, ферментлар, аминокислоталар, сут кислотаси ва бошқалар киради. Ҳомила сувининг аҳамияти жуда каттадир. Ҳомиланинг эркин ҳаракати ва ривожланиши учун шароит яратилади, ташқи таъсиротлардан асрайди, киндик ўқини эзилиб қолишдан сақлайди, ҳомила модда алмашинуви жараёнида қатнашади, туғруқ даврида ҳомила суви билан тўлган қоғаноқ пардаси, ҳомила пуфагини ташкил этиб бачадон бўйни очилишида иштирок этади.

5.3. ПЛАЦЕНТА

Плацента (placenta) кўринишидан кулчасимон думалоқ, қалин ва юмшоқ бўлиб, диаметри 18 см, қалинлиги 2-3 см ва оғирлиги 500-600 г бўлади. Унинг иккита юзаси ва бачадонга тегиб турадиган она юзаси бор. Плацентанинг устки қисми амнион билан қопланган бўлиб, унинг тагида киндик ёпишган жойдан йўлдош четларида шуъла сингари тарқалувчи артерия ва вена қон томирлари ётади. Плацентанинг она юзаси ёриқлар билан бир неча (15-20) бўлакка бўлинган ғадир-будур, баъзан бўлинмаган текис, юпқа нурсиз ва кўчиб тушадиган нозик парда қолдиги билан қопланган.

Она қони билан ҳомила қони ўртасидаги моддалар алмашинуви қуйидагича бўлади. Она қони бачадон шишлоқ қаватидаги ворсинкалараро бўшлиққа тушади. Плацентада қон томирлар тармоқланиб, унинг ворсинкалари оралиғига жойлашади, натижада ҳомила учун керакли моддалар алмашинуви содир бўлади. Ҳомиланинг қон томирлар системаси ҳар бир плацента бўлаклари ва улардан ҳар бир хорион ворсинкаларига тармоқланувчи иккита киндик артериясидан иборат. Энг охириги шохчалар жуда ҳам майда шохобчаларга (капиллярларга) бўлинади ва вена капиллярлари билан туташади. Вена капиллярлари эса бир-бири билан қўшилиб, ниҳоят киндик венасини ташкил қилади. Шундай қилиб, хорион тукларини ўраб олган она қони ва хорион туклар томирдаги ҳомила қони иккита алоҳида қон айланиш системасини ташкил қилади. Бинобарин, она ва бола қон айланиш системалари алоҳида – алоҳида бўлгани учун қон ҳеч қаерда бир-бири билан аралашмайди. Лекин ворсинка капиллярлари ва уларни қоплаб турган эпителийлар орасидаги пардалар жуда юпқа бўлганлиги туфайли ҳар иккала қон томир системаси орасида алоқа борланади. Бундай алоқа она билан бола ўртасида моддалар ва ҳаво алмашинувини таъминлайди. Шу жиҳатдан плацента ҳомиланинг озикланишини, нафас олишини ва алмашинувчи моддаларнинг ажраланишини таъминлайдиган аъзо ҳисобланади. Бундан ташқари, плацента гонадотроп гормонлар, эстрогенлар ва прогестерон ишлаб чиқариб, ҳомиладорлик ҳамда туғруқнинг нормал ўтишини таъминлайди.

Агар плацентанинг бирор қисми (яرمىси) ишдан чиқса (ўрнидан кўчса ёки турли патологик ўзгаришлар юз берса), ҳомилада кислород танқислиги вужудга келади ва ҳалок бўлади. Шунингдек, плацентанинг кўпроқ қисмида қон айланиши бузилса, яъни катта инфаркт ҳосил бўлса, плацентанинг нафас юзаси камаёди ва натижада ҳомила нобуд бўлиши мумкин. Физиологик ҳолатда плацента бачадон деворининг орқа ва олд юзасига ёки бачадон тубининг бирор ёнига туташади. Агар йўлдош бачадоннинг пастки қисмига туташган бўлса, буни патологик (нотўрри) жойлашиш (йўлдошнинг олдин келиши) деб аталади. Плацента орқали ҳомилага онадан кислород, углевод, гормонлар, витаминлар ва оксил моддалар ва бошқалар ўтади. Оксил моддалар плацентадан ўтаётганда парчаланади ва ҳомилага аминокислота сифатида етиб боради. Ҳомиладан онага эса карбонат кислота ва ҳомиланинг алмашинув маҳсулотлари ўтади.

Киндик (*funiculus umbilicalis*) ёки киндик тизимчаси пишиқ тўқимадан иборат бўлиб, у бир учи билан ҳомиланинг қорин деворига, иккинчи учи билан йўлдошга бирикади.

Ҳомиладорлик охирида киндик тизимчасининг узунлиги 50-60 см, диаметри 1,5 см га етади. Лекин у жуда узун ёки нормадан калта бўлиши ҳам мумкин. Киндик кўпинча плацентанинг ўрта қисмига (марказий бирикиш) ёки ёнига (ёнга бирикиш) ёхуд четига яқин ерига (четга бирикиш) бириккан бўлиши мумкин. Баъзан киндик йўлдош тўқимасига бирикмай, унинг четидан бирмунча наридаги хорион пардасига бирикиши ҳам мумкин. Киндик тизимчаси бурилган, ҳамма юзаси эгилган, дўмбоқ (дўнг)лар билан қопланган бўлади.

Киндик тизимчаси ичидан иккита артерия ва битта вена томири ўтади. Артерия томирлари орқали ҳомила вена қони ҳомиладан плацентага оқади, вена томирлари орқали эса кислородга бой бўлган артериал қон плацентага ва ундан ҳомилага оқади. Киндик тизимчасининг қон томирлари шишлиқли эмбрионал бириктирувчи тўқима, юлдузсимон ва бошқа турдаги ҳужайралари бўлган вартон дирилдоғи деб аталувчи дирилдоқ билан ўралган бўлади. Киндик ташқаридан амнион билан қопланган бўлиб, унинг ичида вартон дирилдоғи жойлашган.

Шундай қилиб, киндик, плацента, ҳомила пардалари биргаликда йўлдош деб аталади. Йўлдош ҳомила туғилгандан кейин туғилади.

Йўлдош ҳомиладорликда янги эндокрин аъзо ҳисобланади. Бунда гормонлардан ташқари окситоксик моддалар йиғилади.

Баъзан тухумдон кисталари ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида операция қилиб олиб ташланганда плацентадаги хорион гонадотропин бачадоннинг вақтидан олдин қисқаришини олдини олиб ҳомиладорликни сақлайди. Хорион гонадотропинни хорион кирикчалар эпителийлари ишлаб чиқаради. Бунинг исботи шуки, ҳомиладорликнинг муддати ошган сари эпителийлар камая боради, шунга кўра хорион гонадотропин ҳам камайиб, ҳомиладорлик эстроген гормонларнинг биологик фаол фракцияси ошади, деб ҳисоблайдилар (5.5.-расм).

5.4. ҲОМИЛАНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Одатда ҳомиладорлик даври 280 кун, буни календар ойи билан ҳисобланганда 9 ой, акушерлик ойи билан 10 ой, яъни 40 ҳафта давом этади. Шу муддат давомида уруғланган тухум ҳужайрадан дастлабки ой ичида одам эмбриони, сўнгги ойлarda эса ҳомила тараққий қилади. Амалда ҳомиладорлик муддати охириги ҳайзнинг биринчи кунидан бошлаб белгиланади. Аммо бу муддат тахминий бўлиб, баъзан икки ҳафтагача ҳаттога йўл қўйиш мумкин бўлади. Ҳомиланинг асосий ёши юқорида қайд қилганимиздек, ҳайз цикли билан белгиланади (овуляция муддатини аниқ билиш баъзан қийин бўлади). Ҳомиладорликнинг биринчи ойида тухум ҳужайра бўлинади, эмбрион ва унинг пардалари вужудга келади. Эмбрионнинг биринчи икки ойидаги ҳаётида инсон эмбриони деб ҳисоблаш мумкин бўлмайди, яъни уни ҳайвонлар эмбрионидан ажратиш қийин бўлади. Учинчи ойининг охирида эмбрион аста-секин одам кўринишига кириб, ҳомила номини ола бошлайди, дум қисми калталашади. Танасига нисбатан катта бошида кўз, бурун ва оғизнинг бошланғич қисми ва ташқи жинсий аъзолар билина бошлайди. Қорин бўшлиғи бекилган бўлади (5.6-расм).

Рентгенда 7-8 ҳафталик эмбрион ўмров суягида суякланиш нуқталари кўринади, ҳомиладорликнинг учинчи ойида ҳомиланинг узунлиги 8-9 см ва оғирлиги 20-25 г бўлади. Оёқ - қўллари шаклланади. Боши билан танасининг узунлик нисбати нормаллаша боради. Оёқ-қўл бармоқлари ва тирноқларининг бошланғич аломатлари кўрина бошлайди. Ташқи жинсий аъзолар шаклланади. Шу муддатдан бошлаб плацентар ёки ҳомила (III калтис) даври бошланади (5.7-расм).

4-ойнинг охирида унинг узунлиги ва оғирлиги 120 г, жинси аниқ билинади. Ҳомиланинг қўл ва оёқлари фаолроқ қимирлайдиган бўлади, лекин она буни сезмаслиги мумкин. Ҳомиланинг териси жуда юпка қизғиш рангда бўлиб, тери ости ёғ қавати бутунлай бўлмайди.

Ҳомиладорликнинг 5-ойи охирида ҳомиланинг узунлиги 25 см (ойкуни етган ҳомила узунлигининг ярми), оғирлиги тахминан 300 г бўлади, бошининг узунлиги ҳомила умумий узунлигининг учдан бир қисмини ташкил қилади. Пайдо бўлган ёғ безларидан ёғ моддаси ажрала бошлайди. Ажралган ёғ билан кўчган тери эпидермиси, қазғоқ аралашиб, кул ранг ёғни *vernix caseosa* ҳосил қилади. Бу ёғ ҳомиланинг танаси, пешонаси, орқаси ва оёқ-қўллари қоплайди. Бу даврда ҳомиланинг териси тўқ қизил рангга кириб майин туклар билан қопланган бўлади.

Ҳомиладор аёлнинг қорин девори орқали стетоскоп ёрдамида ҳомиланинг юрак уриши эшитилади. Ҳомиланинг оёқ-қўллари энди онасига сезиларли даражада анча кучли қимирлайди. Ҳомила ичакларида ўт билан бўялган ахлат (меконий) бўлади.

Ҳомиладорликнинг 6-ойи охирида ҳомиланинг териси қариларниқига ўхшаб бурушган, боши ва танасининг ҳамма юзаси тук билан қопланган, қулоқ ва бурун тоғайлари, юмшоқ тирноқлар бармоқ учларига етмаган

бўлади. Ўғил болаларда мояк ҳали мояк ҳалтасига тушмаган, қизларда эса кичик жинсий лаб ва клитор, катта жинсий лаблар старлича ривожланмаганлига сабабли ташқи жинсий ёриқ ҳали ёпилмаган бўлади.

7-ойлик ҳомиланинг узунлиги 35 см, оғирлиги 1000-1200 г бўлади. Агар бола 7 ойлик туғилса, яхши парвариш қилинганда яшаб кетиши мумкин.

8-ой охирида ҳомила териси анча текис ва майин туклар билан қопланган бўлади. Ҳомила узунлиги 40 см, оғирлиги 1500-1600 г. Бу муддатда туғилган болалар ҳам худди етти ой охирида туғилган чакалоқ каби яхши шароитда парвариш қилинса, яшаб кетиши мумкин.

9-ой охирида ҳомиланинг тери остидаги ёғ қатлами анча кўпайиши натижасида терисидаги бурушган жойлар текисланиб, рангги оч пушти бўлиб қолади. Туклар камаяди, бошдаги сочлар узунлашади, тирноқлар ўсиб, бармоқлар учларига етади. Кулоқ, бурун тоғайлари анча қаттиқлашади. Ҳомила етила бошлайди. Туғилган ҳомила қаттиқ кичкиради, кўзини бемалол очади ва одатда кўкракни эма олади. Бундай ҳомила деярли яшашга қобилиятли бўлади. Бу вақтда ҳомиланинг узунлиги 45 см, оғирлиги 2400-2500 г келади.

10-ой давомида ҳомила етарли даражада ривожланиб ой охирида тўла етилади. Териси оч пушти рангда, текис, тирноқлари ўсиб, бармоқлари учига етган бўлади, агар 5-ойда ҳомиланинг боши унинг гавда узунлигининг учдан бир қисмини ташкил қилса, 10-ой охирида тўртдан бирини ташкил қилиб, ҳомила боши билан гавдасининг нисбати нормал ҳолга келади. Бу муддатда ҳомиланинг бўйи 50 см га, оғирлиги 3200-3500 г га етади (5.8.-расм).

5.5. ҲОМИЛАНИНГ ЕТИЛГАНЛИГИНИ КЎРСАТАДИГАН БЕЛГИЛАР

Ҳомиладорлик муддатининг охирида етилган ҳомила белгилари қуйидагича бўлади:

1. Ўртача оғирлиги 3000-3500 г (2500 г дан 4000 г гача), узунлиги (бўйи) 50-52 см (45 см дан кўп), бошининг айланаси 32-34 см, чаноқ айланаси 35 см, чаноғи 28 см .

2. Етилган ҳомиланинг кулоқлари, бурун тоғайлари қотган, тирноғи қаттиқ, бармоқ учларидан чиқиб туради. Бошидаги сочи 2 см га етади, қош ва киприклари яхши билиниб туради.

3. Плацентанинг онага (бачадонга) ёпишган сатҳи кизил, кулранг, бирмунча ялтирок (бу ҳолат кўчиб тушадиган парда ҳисобига) бўлади, 15-20 бўлакка бўлинган бўлақлар оралигида тўла бўлмаган тўсик бор. Бу тўсик децидуал пардадан ташкил топган.

4. Ҳомилани ўраган парда 3 қаватдан иборат, амнион ҳомила пардасининг ички қавати бўлиб, хорионга тегиб туради, бир қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган бўлади, қон томирлари бўлмайдди, децидуал ёки кўчиб тушадиган парда бачадоннинг ўзгарган функцио-

нал қаватидир. Децидуал парда хорионга анча мустаҳкам бириккан.

Сув пардаси ҳомила тухумининг ички пардаси ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг охирида юқалашиб, қон томирларсиз, цилиндрсимон эпителий билан қопланиб қолади. Унинг 2 қавати бўлади: ички – ҳомилага қараган қавати, ташқи – хорионга зич ёпишган тўқима қавати.

5. Киндик тизимчасидан иккита артерия, битта вена томирлари ўтади, уларнинг устини сув парда қоплаган бўлади. Артериядан вена қони, венадан эса артерия қони оқади. Венадан оқадиган қон кислородга ва озик моддаларга бой бўлади.

Киндик тизимчасида сохта тугунчалар бўлиши мумкин, бу киндик артериясининг буралиб қолган жойларида ёки варикоз сифатида кенгайиб қолган веналар туфайли юзага келган бўлади. Баъзи ҳолларда киндик тизимчасида чин тугунлар учрайди, улар ҳомила қимирлаганда қаттиқ тугилиб қолиши ва натижада қон томирларда ҳомилага қон ва кислород ўтмай қолиши мумкин, бу ҳомилани ҳалокатга олиб келади.

6. Ҳомиладорликнинг охириги муддатида қоранок суви 50 дан 1000 мл гача бўлади, баъзан бундан кўп бўлиши мумкин. Бу патологик ҳолат бўлиб, кўпсувлик деб аталади. Қоранок сувининг таркиби жуда мураккаб, унда ҳомила танасининг сочлари, қисман ёр безларидан ажралган ҳомила танасини қоплаган мой ва бошқа электролитлар, микроэлементлар ва оксил мавжуддир.

7. Етилган ҳомила туғилиши билан қаттиқ кичкиради, қимирлайди, чуқур ва бир хил нафас олади. Унинг териси пушти ранг, елкаси ва орқасининг юқори қисми майин тук билан қопланган бўлади. Тери ости қавати яхши ривожланган, терисида кулрангсимон мой қолдиқлари сақланган бўлади.

5.6. ЕТИЛГАН ҲОМИЛА БОШИНИНГ ЎЛЧАМЛАРИ

Етилган ҳомиланинг боши унинг энг катта қисми ҳисобланади. Одатда она қорнидалигида ҳомиланинг боши ва жигари тоза қон билан таъминланади, шунга кўра бошининг ҳажми бирмунча катта, шунинг учун туғиш йўлларида қаршиликларга кўпроқ учрайди. Демак, етилган ҳомила боши, ўлчови ҳамда унинг чанокқа кириш қисмида туриши ва тузилишини билиш муҳим.

Чақалоқ бош суяқларининг кирғоклари (четлари) бир-бирига тегиб турса ҳам, улар четида чоклари яхши тараққий этмаган ва бир-бирининг орасига маҳкам кирмаган бўлади. Чокларнинг бундай мустаҳкам эмаслиги туғиш вақтида суяқларнинг бир-бири устига мингашиб, бошининг бирмунча кичрайиб, чанок ўлчовига мослашишига имкон беради. Мия қисми суяқлари чақалоқ туғилишига қадар тўла суяқланиб бўлмайди, бир-бири билан қўшилувчи суяқлар бурчагида 2 та оралиқ қолади. Бу лиқилдоқ – Fonticulus деб аталади. Кичик ва катта лиқилдоқ бўлади (5.9.-расм).

Ақушерлик тажрибасида қуйидаги чоклар амалий аҳамиятга эгадир:



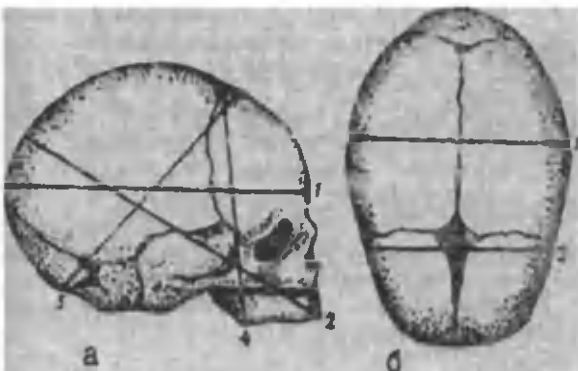
5.9.- расм. Янги туғилган чақалоқнинг боши. Юқоридан кўриниши

Катта лиқилдоқ пешона чоки билан ўқсимон чокнинг бирлашган жойида ҳосил бўлади. Бу лиқилдоқлар фақат фиброз пардадан иборат. Катта лиқилдоқ (*fonticulus magnus*) ўткир бурчаги билан пешонага, тўмтоқ бурчаги энсага қараган ромб шаклида бўлади. Катта лиқилдоқ томон келадиган 4 та чокнинг ҳар бири лиқилдоқнинг шу чок томонидаги бурчагининг давоми бўлади.

Етилган хомила боши куйидаги тўғри, кўндаланг ва айланма ўлчовлар билан ўлчади (5.10.-расм).

1. Пешона суягидаги икки кош оралигидан энса дўмбоғигача бўлган оралик тўғри масофа (*diametr fronto occipitalis*) дейилади. Бу 12 см га тенг. Шу икки ўлчов нуқталари бўйича бош айланаси 34 см келади.

2. Энгакдан энса суягининг энг узок нуқтасигача бўлган оралиқни катта қийшиқ масофа (*diametr*



5.10.- расм. Янги туғилган чақалоқнинг бош суяги а) ён томондан кўриниши:

1 - тўғри ўлчов; 2 - катта қийшиқ ўлчов; 3 - кичик қийшиқ ўлчов; 4 - бошининг тик ўлчови; б) юқори томондан кўриниши:

1 - катта кўндаланг ўлчов; 2 - кичик кўндаланг ўлчов.

mento occipitalis) дейилади. 13-13,5 га тенг. Шу нукталар бўйича ўлчанган бош айланаси 39-42 см келади.

3. Энса чуқурчасидан (энса дўмбоғидан) пастда катта лиқилдоқ ўртасигача бўлган оралик кичик кийшиқ масофа (diametr subocscirpita bragmaticus) дейилади. Бунинг узунлиги 9,5 см бўлиб, шу ўлчов нукталари бўйича бош айланаси 32 см келади.

4. Тепа суяклар дўмбоғининг энг узоқ оралиғи катта кўндаланг масофа (diametr bipatietalis) дейилиб, бу 9,5 см га тенг келади.

5. Чакка суяклари энг узоқ нукталарининг ораси кичик кўндаланг масофа (diametr bitemporalis) бўлиб, 8 см га тенг бўлади.

6. Тил ости суяги соҳасидан катта лиқилдоққача бўлган тик оралик (sublingva bragmaticus) 9,5 см га тенг бўлиб, шу ўлчов нукталари бўйича бош айланаси 32 см келади.

Ҳомила бошининг ўлчовларидан ташқари, туғиш жараёнида тана ўлчовлари ҳам аҳамиятга эга. Икки елканинг кўндаланг оралиғи (diametr biacromialis) 12 см га тенг бўлиб, елканинг шу ўлчов бўйича айланаси 35 см келади. Думбаларнинг кўндаланг оралиғи (diameter biliacus) 9-9,5 см га тенг бўлиб, шу ўлчов бўйича думбаларнинг айланаси 27-28 см келади.

Амалий кўникмалар.

Ҳомила бошининг ўлчамлари

1. Кичик кийшиқ ўлчам - энса ости чуқурчасидан катта лиқилдоқнинг олдинги бурчагигача бўлган масофа - 9,5 см. Айланаси - 32 см.

2. Ўрта кийшиқ ўлчам - энса ости чуқурчасидан пешонанинг сочли қисми чегарасигача бўлган масофа - 10 см. Айланаси - 33 см.

3. Катта кийшиқ ўлчам - энгақдан энса думбоғигача бўлган масофа - 13-13,5 см. Айланаси 38-42 см.

4. Тўғри ўлчам - бурун қаншаридан(глобелла)дан энса дўмбоғигача бўлган масофа - 12 см. Айланаси - 34 см.

5. Вертикал ўлчам - тепа суяги чўққисидан тил ости соҳасигача бўлган масофа - 9,5 см. Айланаси 33 см.

6. Катта кўндаланг ўлчам - тепа суякларининг энг узоқ нуктаси оралиғи 10 см.

7. Кичик кўндаланг ўлчам - чакка суякларининг энг узоқ нукталари оралиғи 8 см.

Ўргатувчи тестлар

1. Прогестероннинг физиологик ўрни?

Бачадон деворининг пассив чўзилишини таъминлайди

Кўкрак безларида пролифератив жараёнларни стимуллайди

Уруғланган тухум ҳужайранинг бачадонга ёпишишига шароит яратиб беради

Гипофизда ФСГ экскрециясини камайтиради

Прогестерон миқдори йўлдошнинг фаолияти тўғрисида маълумот беради

2. Қоғаноқ сувларига тўғри таъриф беринг?

Қоғаноқ сувларини амнион ишлаб чиқаради

Қоғаноқ сувларининг миқдори – 0,5-1,5 литр

Қоғаноқ сувлари таркибига оксиллар, углеводлар киради

Қоғаноқ сувлари ҳомила яхши ривожланишини ва ҳаракатини таъминлайди

Қоғаноқ сувлари таркибига қараб, ҳомила аҳволини билиш мумкин

3. Қоғаноқ сувларига тўғри таъриф беринг?

Қоғаноқ сувларини хорион ишлаб чиқаради.

Қоғаноқ сувлари ҳомилани ташқи нохуш таъсирлардан ҳимоя қилади

Қоғаноқ сувлари таркибига мочевина киради

Ҳомиладорлик охирида қоғаноқ сувлари нисбатан камаёди

Қоғаноқ сувлари киндик тизимчасини ҳомила танаси билан бачадон девори ўртасида сиқилишидан асрайди

4. Йўлдошга тўғри таъриф беринг?

Йўлдош асосий массасини ворсинкали хорион ташкил этади

Йўлдош диаметри – 15-18 см

Йўлдош вазни – 500-600 гр

Йўлдошда хорионик гонадотропин, прогестерон гормонлари ишлаб чиқарилади

Йўлдошнинг қалинлиги – 2-3 см

5. Йўлдош таркибига нималар киради?

Йўлдош

Қоғаноқ пардалари

Киндик

6. Эркалар тухум ҳужайрасига (сперматозоидларга) тўғри таъриф беринг?

Сперматозоидлар узунлиги 50-60 микрон

Сперматозоид 23 хромосомадан иборат

Сперматогенез жинсий етилиш даврида бошланади

Сперматозоидлар тезлиги 2-3 мм 1 минутда

Сперматозоидлар ишқорий муҳитда ўз уруғлантириш қобилиятини 2 сутка давомида сақлайди

7. Аёллар тухум ҳужайрасига тўғри таъриф беринг?

Тухум ҳужайра диаметри ўртача 120-150 микрон

Тухум ҳужайра овуляциядан кейин 1-2 сутка давомида уруғлантириш қобилиятини сақлайди

Етилган тухум ҳужайра 24 хромосомадан иборат.

Фолликул етилиши гипофизнинг ФСГ ва ЛГ билан бошқарилади

Етилаётган приморбид фолликулда эстроген гормон ишлаб чиқарилади.

8. Тўғри жавобларни кўрсатинг?

Сперматозоид тухум хужайра билан бачадон найининг ампуляр қисмида учрашади.

Имплантация ҳомиладорликнинг 6-7 кунда содир бўлади

Ҳомиладорлик уруғлангандан кейин бошланади

Аёл жинсли ҳомила пушти гомозиготали

Трофобласт фаоллиги ҳисобига имплантация содир бўлади

9. Тўғри жавобларни кўрсатинг?

Ҳомила пушти 3 ҳомила пардаси ҳисобига ҳимояланади

Имплантация трофобласт протеолитик фаоллиги ҳисобига бўлади

Қоғаноқ сувлари нормада стерил

Ташқаридан хорион ворсинкаси синцитий қавати билан қопланган (плазмодио-трофобласт)

Ворсинка синцитийси прогестерон ишлаб чиқаради

10. Тўғри жавобни кўрсатинг?

Трофобласт уруғланган тухум хужайрадан ривожланади

Йўлдошнинг буткул ривожланиши ҳомиладорликнинг 16-18 ҳафтасида тўхтайди

Йўлдошда ХГ ишлаб чиқарилади

Қоғаноқ сувларининг ҳолатига қараб ҳомила аҳволига баҳо бериш мумкин

Киндик тизимчасидан 2 та артерия, 1 та вена томири ўтади

11. Йўлдошнинг асосий вазифалари?

Нафас олиш

Ажратиш

Трофик (озиқлантирувчи)

Ҳимоя

Инкретор

12. Йўлдошда қандай гормонлар ишлаб чиқарилади?

Плацентар лактоген (ПЛ)

Хорионик гонадотропин (ХГ)

Прогестерон

Эстрогенлар

Кортизол

13. Ҳомила бошининг тўғри ўлчами:

Икки кош оралиғидан энса дўмбоғигача бўлган масофа 12 см.

14. Ҳомила бошининг катта қийшиқ ўлчови:

Энгакдан энса дўмбоғигача бўлган масофа 13-13,5 см

15. Кичик чаноқ тор қисмининг сатҳи чегараси бу:

Симфизининг пастки қирраси

Қуймич ўймаси

Думғаза - дум бирикмаси

16. Ҳомила боши қуйидаги суяклардан ташкил топган:

Иккита пешона суяги

Иккита бош тепа суяги

Юз суякларидан

Иккита чекка

Энса суяги

17. Етилган ҳомила бошининг тўғри ўлчамларини кўрсатинг?

Катта кўндаланг ўлчам 9,5 см

Кичик кўндаланг ўлчам 8,5 см

Кичик қийшиқ ўлчам 9,5 см

Катта қийшиқ ўлчам 13 см

Ўрта қийшиқ ўлчам 10 см

18. Тўғри жавобларни кўрсатинг?

Бошнинг кичик қийшиқ ўлчами айланаси 32 см

Бошнинг тўғри ўлчами айланаси 34 см

Бошнинг катта қийшиқ ўлчами айланаси 38-42 см

Бошнинг ўрта қийшиқ ўлчами айланаси 33 см

Бошнинг вертикал ўлчами айланаси 32 см

19. Етилган ҳомиланинг оғирлиги ва узунлигини кўрсатинг:

Узунлиги 48-54 см

Елка кенлиги 12-12,5 см

Елкалар айланаси 35 см

Вазни – 2600-5000 г

Чанок диаметри 9,5 см

20. Чакалоқнинг етилганлик белгилари:

Вазни – 2500-4000 г

Киндик ҳалқаси қов суяги билан ханжарсимон ўсимта ўртасида жойлашган

Териси пушти ранг, тери ости қавати яхши ривожланган, бошдаги сочи узунлиги 2 см гача

Ўғил болаларда мояк уруғ халтага тушган, қиз болаларда кичик лабларни катта лаблар ёпиб туради

Ҳаракатлари фаол, қаттиқ бақиради, кўзлари очиқ, сўриш рефлекси яхши ривожланган

Қулоқ ва бурун тоғайлари қотишган

VI БОБ

АЁЛЛАР ЧАНОҒИ

Мақсад. Аёллар чаноғи тузилиши ва унинг ўлчовларини ўрганиш.

Режа.

1. Аёллар чаноғи тузилиши.

2. Чанок суякларининг турли бўғимлари.

3. Катта чанок.

4. Кичик чанок.

5. Катта чанок ўлчовлари.

6. Кичик чанок ўлчовлари.

Чанок тана ҳолатини нормал сақлабгина қолмай, балки туғруқ вақтида бола ўтадиган йўл сифатида ҳам аҳамияти каттадир.

Аёллар чаноғи тўртта суяқдан, яъни иккита номсиз, битта думғаз ва битта дум суягидан иборат бўлиб, улар ўзаро тоғайлар ва бойламлар ёрдамида бириккан бўлади.

Номсиз суяк ёки чанок суяғи (*os innominata seu coxae*) учта суяқдан, яъни ёнбош, қуймиш ва қов суяғи бирикишидан ҳосил бўлади. Бу учта суяк тепасининг қўшилган ерида, ташқи томонида катта чуқур бўлиб, у қуймиш думғазаси (*acetabulum*) деб аталади.

Ёнбош суяк билан қов суяғи таналари қўшилган жойда қўтарма жой пайдо бўлиб, у эгилиб ёнбош суякни кўндалангига кесиб ўтади. У *linea arcuata* деб аталади, бу чизик катта ва кичик чанок бўшлиқларини чегараловчи умумий чизикни (*linea terminalis seu linea innomita*) ҳосил қилишда иштирок этади. Ёнбош суяк қанотининг устки чети қалинлашган бўлиб, у ёнбош суяк қирраси (*crista iliaca*) деб аталади. Бу қирра ички ва ташқи қисмдан ва учта чизикдан иборат бўлиб, улар мускулларнинг пайлари ёпишуви учун хизмат қилади.

Қирра - олд томонидан олдинги устки ёнбош ўсиғи (*spina iliaca anterior superior*) ва орқа томондан худди шундай ўсиқ (*spina iliaca posterior superior*) билан тугайди.

Олдинги ва орқадаги бу устки ўсиқлар остида шу номдаги остки ўсиқлар бор. Орқадаги пастки ўсиқ тагидан катта қуймиш кемтиги (*incisura oishadica major*) бошланиб, у қуймиш ўсиғи (*spina ischiadica*) билан тугайди. Бу ўсиқ остида эса кичик қуймиш кемтиги (*incisura ishiadica minor*) тугайди. Бу кемтик қуймиш дўмбоғи (*tuber ischiadicum*) билан тугайди.

Ёнбош суяк қанотининг ички томондаги катта чуқури орқасида кулоқ супраси шаклидаги бўғим юзаси бўлиб, бу юза ёрдамида ёнбош суяғи думғаз суяғи билан бирикади. Қуймиш дўнги олдинга томон ингичкалаша бориб, қуймиш суягининг шохи (*ramus ossis ischii*) га айланади ва қов суягининг пастки шохи (*ramus inferior ossis pubis*) билан қўшилади. Қуймиш суяғи билан қов суягининг пастки ва устки шохлари ўртасида катта ёпилувчи тешик (*foramen obturatum*) ҳосил бўлади.

Ўнг ва чап қов суяқлари ўрта чизикда бир-бири билан қўшилиб, қов бирлашмасини (*symphysis*) ҳосил қилади.

Думғаз суяғи (*os sacrum*) ўзаро битишиб кетган бешта умурткадан иборат бўлиб, улар турли катталиқда бўлади, умуртқалар пастга томон кичрайиб ва энсизланиб боради, шунинг учун думғаз суяғи пастга томон торайган узунчоқ учбурчак шаклида бўлади. Биринчи думғаз умурткасининг усти (думғазанинг асоси) кенг текисликдан иборат бўлиб, бу текислик ёрдамида думғаз бешинчи бел умуртқаси билан қўшилади. Бу иккита умуртқа туташган жойда чанок ичига қараган дўнг (*promontorium*) пайдо бўлади. Думғаз суягининг энсиз жойи (чўққиси) пастга қараган бўлади ва дум суяғи билан қўшилади.

Думғаза суягининг олдинги юзаси чукурлашган, орқа юзаси эса узунасига ва кўндалангига дўппайган, эгри, радири-будур бўлади: унинг орқа юзасида умуртқаларнинг орқа кўндаланг ва бўғим ўсимталарининг қўшилишуи туфайли бешта бир-бирига параллел турган бўйлама қирралар ҳосил бўлади. Думғаза суягининг икки ён томонида кулоқ супраси шаклидаги бўғим юзаси бор. Бу юзалар ёрдамида думғаза суяги чанок суяги билан бўғим ҳосил қилади. Думғаза суягининг олд ва орқа томонидан тўрт жуфтдан тешиқлар (*foramina sacralia*) бўлиб, бу тешиқлар думғаза канали билан туташгандир.

Дум суяги (*os sacrocygium*) бешта кичик умуртқадан иборатдир. Дум суягининг биринчи умуртқаси бошқаларига нисбатан бирмунча ривожланган бўлади. Дум суяги учини ташкил этадиган охириги умуртқа энг кам ривожланган.

Чанок суяклари турли бўғимлар орқали бир-бири билан бирикади.

1. Қов бирикмаси (*symphysis pubica*) иккита қов суягининг бўғим юзаси ёрдамида ҳосил бўлади. Бу юзалар орасида тоғай пластинка бўлиб, унинг ичида торгина бўшлиқ бор. Шунинг учун бу бирикма ярим бўғим деб аталади. Унинг ҳаракати жуда чегараланган бўлади.

2. Думғаза билан ёнбош суяк бўғими (*articulatio sacroiliaca*) ярим бўғим (аморпартроз) - бу думғаза суяги ва ёнбош суякдаги кулоқсимон юзаларнинг қўшилишидан ҳосил бўлади. Унда ҳаракат деярли бўлмайди.

3. Думғаза билан дум бирикмаси (*synchondrosis sacrococcygea*) кимирламайдиган бирикмалар қаторига кирса-да, лекин икки суякни қўшиб турувчи фиброз тоғайнинг чўзилувчанлиги ҳисобига дум суяги ҳомила бошини тувилиш жараёнида орқага силжитида. Бундай силжиш туғиш вақтида жуда муҳимдир.

Чанок икки қисмдан - катта ва кичик чаноклардан иборат бўлиб, уларни бир-биридан чегара қизиги деб аталадиган чизик (*lin. terminalis*) ажратиб туради.

Чанок суягининг ўлчамлари

Аёллар чаноғи асосан икки қисмдан ташкил топган - катта чанок ва кичик чанок. Буларнинг ҳар иккаласини ажратувчи чегараси номсиз ёки чегара қизиги (*linea innominata seu terminalis*) ҳисобланади, деб айтиб ўтган эдик. Катта чанок акушерлик нуқтаи назаридан кичик чанокқа нисбатан унчалик аҳамиятга эга эмас.

Баъзи акушерлар катта чанокни «кичик» чанокнинг «ойнаси» деб ҳисоблайдилар, чунки катта чанокнинг баъзи ўлчовларига қараб кичик чанок ўлчовларини тахмин қилса бўлади.

Катта чанок (*pelvis major*). Орқадан охириги бел умуртқаси, ёндан ёнбош суяклар билан чегараланиб, олд томонида суяклар бўлмайди, шунга қўра ҳомиладорликда бачадон ва қорин девори ҳеч қандай тўсиксиз ўсаверади.

Кичик чанок (pelvis minor). Шакли қирқилган учбурчакка ўхшайди, гўё асоси билан юқорига айланган. Кичик чанокнинг олдинги девори қов суяги ва симфиз, оркаси думғаза ва дум суяги, ёндан куймич суяклари билан чегараланган.

Кичик чанокнинг олдинги девори орқа деворидан уч баравар калта (олдинги девори 4-4,5 см, орқа девори 12,5-13 см).

Кичик чанокнинг ён томонлари қорин парда ва иккита бойлам lig. sacro spinosum ва lig. sacrotuberosum билан қопланиб, чегараланган тешик (куймич ўймаси) (incisurae ischiadicae) ни ҳосил қилади.

Шундай қилиб, кичик чанок ҳамма томондан суякдан ташкил топган.

Катта чанок ўлчовлари. Нормал чанокнинг ташқи масофаларини ўлчаб аниқлаш билан кичик чанок ўлчовларини ҳам тасаввур қилиш мумкин бўлади.

Чанокнинг ташқи масофалари одатда аёлнинг ётган ҳолатида ўлчанади. Бунинг учун циркул (чанок ўлчагич - тазомер) дан фойдаланилади. Аёл кушетка ёки каравотга чалқанча ётади, акушер эса аёлнинг ўнг томонига қараган ҳолда ўтиради, чанок ўлчагичнинг икки оёғини икки қўлига олади-да, кўрсаткич ва катта бармоқлар билан унинг учидаги тугмачалардан ушлайди ва ўлчашга киришади.

Нормада:

1. Икки ёнбош суякларининг олдинги устки ўсиқлари ораси (distantia spinarum) – 25-26 см.

2. Икки ёнбош суяклари устки қирраларининг энг узоқ нуқталари ораси (distantia cristarum) – 28-29 см.

3. Сон суякларининг катта трахантерлари (катта боши кўстлари) орасидаги масофа (distantia trochanterica) – 30-31 см.

Тери ости ёғ қавати қалин бўлган аёлларнинг туртиб чиққан катта нуқталарини ушлаб кўриш жуда қийин бўлади. Бундай ҳолларда аёлдан аввал бир оёғини, кейин иккинчи оёғини суриш талаб қилинади ва шу ҳаракат вақтида сон суякларининг катта боши кўстни бармоқ билан пайпаслаб топишга ҳаракат қилинади.

Ташқи конъюгаталари (conjugata externa) ёки Боделак диаметрини ўлчаш учун аёл ёнбошга ётқизилади. Аёл пастдаги оёғини чанок - сон ва тизза бўғимларидан букади, юқори оёғини узатган ҳолда чанок ўлчагич бир учи тугмаси симфизнинг юқори қисмига, иккинчиси эса думғаза ромби (Михаэлис ромби)нинг юқори бурчагига қўйилади. Агар ромб унча билинмаса, кўрсаткич бармоқни бел умуртқаси бўйлаб сурилганда бармоқ чуқурчага тушади, шу ер бел умуртқасининг думғаза билан бирлашган еридир. Бу ўлчов 20-21 см га тенг бўлиб, бунинг ёрдамида кичик чанокнинг тўғри ўлчовини билиш мумкин. Бундан 9 см олиб ташланса (суяк ва юмшоқ тўқима қалинлигига), кичик чанокнинг тўғри ўлчови чиқади.

Кичик чанок ўлчовлари. Кичик чанок акушерлик нуқтаи назаридан туғиш йўли ҳисобланади. Кичик чанок юзаси қов суяги ва симфиз четлари билан, орқадан думғаза дўнги (promontorium), ёндан номсиз чизик

билан чегараланади.

Кичик чанокнинг кириш юзаси геометрик тузилишдадир. Кичик чанок йўлида 4 та сатҳ мавжуддир.

- 1) чанок кириш қисмининг сатҳи;
- 2) чанок кенг қисмининг сатҳи;
- 3) чанок тор қисмининг сатҳи;
- 4) чанокдан чиқиш қисмининг сатҳи.

Чанокқа кириш қисмининг сатҳи 3 та: тўғри, кўндаланг ва жуфт қий-шиқ ўлчовлар (ўнг ва чап) дир (6.1.-расм).

Чанокқа кириш қисмининг тўғри ўлчови - чин конъюгата (*conjugate vera*), чанокнинг чиқиб турган четлари: олдидан симфиз ва думғаза дўмбоғи (*promontorium*) оралиғи, бу ўлчов 11 см га тенг. Чанокнинг анатомик тўғри ўлчови (*conjugata anatomica*) чин конъюгатадан 0,5 см камдир.

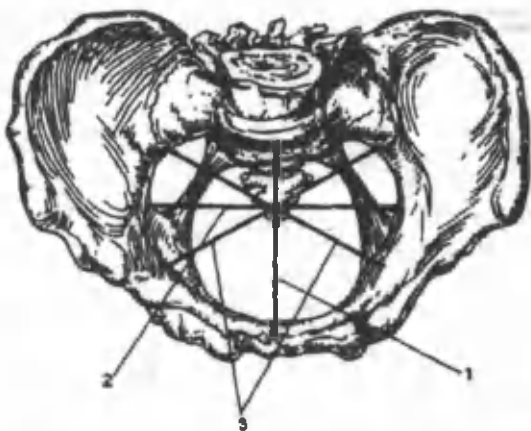
Агар аёл оёқлари каравот четидан осилтирилса (Валхер ётиши) ёки узатилса, чин конъюгатага 0,5-0,75 см кўшилади. Аксинча, сонни қоринга букканда шунча камаяди.

Кичик чанок кириш сатҳи тўғри ўлчовини 2 та усул билан аниқлаш мумкин.

1) ташқи конъюгата (*conjugata externa*) дан 9 см олиб ташланса, тўғри ўлчов чиқади;

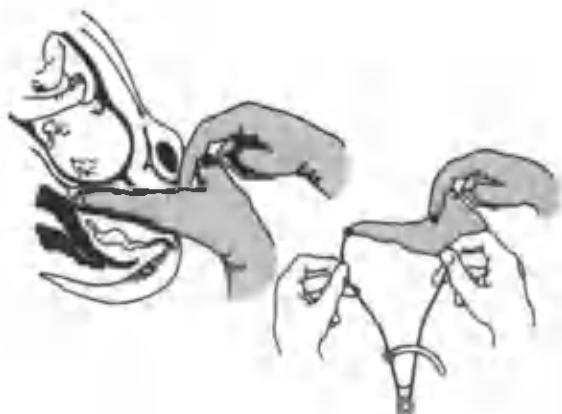
2) диагонал конъюгата (*conjugata diagonalis*). Бунинг учун ўнг қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоғини асептик шароитда қинга киритиб думғаза бурни (*promontorium*) томон йўналтирилади. Одатда бармоқлар думғаза бурнига етмайди, бу чанокнинг тор эмаслигини билдиради. Агар бармоқлар думғаза бурнига етса, унда қиннинг бош бармоқ билан кўрсаткич бармоқ оралиғи қов суяги остига тақалади, шу тақалган ерни чап қўл билан белгилаб олиб, кейин ўнг қўл қиндан чиқарилади. Кейин чанок ўлчагич ёки сантиметр тасмаси билан ўлчанади. Агар 13 см бўлса (бу ўлчовдан ками тор чанок бўлади), ундан 2 см олиб тапланса, чин конъюгата (*conjugata vera*) чиқади (6.2.-расм).

Кичик чанок кириш қисмининг кўндаланг ўлчови номсиз чизик энг узоқ нукталарининг орасидаги 13-13,5 см масофага тенг, бу чин конъюгата-ни перпендикуляр равишда кесиб ўтиб, чанок кириш қисми овал шаклида бўлганига кўра думғаза дўмбоғи (*promontorium*) яқинроғига жойлашган.



6.1. – расм. Кичик чанокнинг кириш текислигининг ўлчамлари:

1 - тўғри ўлчами (чин конъюгата); 2 - кўндаланг ўлчами; 3 - қийшқил ўлчамлари.



6.2.- Диагонал конъюгатани ўлчаш

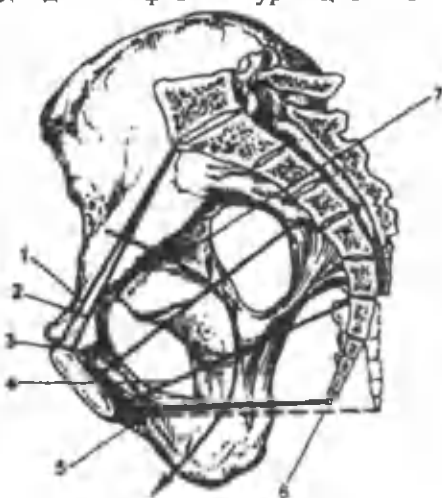
ёнбош ва қов дўмбоғи ораси (*eminentio ilio pubica*), ҳар бир қийшиқ ўлчов 12 см га тенг.

Кичик чаноқнинг кенг сатҳи олдиндан симфизнинг ўрта қисми билан, орқадан II ва III думғаза бўғимлари оралиғи тўғри ўлчови бўлиб, бу 12,5 см га тенг. Кўндаланг қуймич косаси оралиғи ҳам 12,5 см. Чаноқнинг кенг қисми думалок шаклда бўлади. Чанок бўшлиғининг тор текислиги олдиндан симфизнинг пастки чети, орқадан думғаза суягининг пастки қисми оралиғи ҳисобланади. Бунинг тўғри ўлчови симфизнинг ва думғаза суяқларининг (*articulatio sacro coccygea*) пастки қисми оралиғи 11,5 см бўлади. Кўндаланг ўлчови - иккита қуймич қирраси оралиғи 10,5 см бўлиб, тор сатҳи овал шаклда (тўғри ўлчов, кўндаланг ўлчовдан кўп) бўлади (6.3.-расм).

Чанок чиқиш қисмининг (тубининг) юзаси симфизнинг пастки чети билан қуймич дўмбоғи ва дум суяғи учининг оралиғидир.

Чаноқнинг чиқиш қисмида ҳам 2 та - тўғри ва кўндаланг ўлчовлар бор. Бу юзада қийшиқ ўлчов йўқ: тўғри ўлчов симфизнинг пастки

Кичик чаноқнинг қийшиқ ўлчовлари - бу ўлчов орқадан думғаза ва ёнбош қўшилган бўғимлар билан ёнбош ва қов суяқлари бириккан дўмбок ораликларидир. Бунинг 9 та ўлчови бор, биринчиси ўнг қийшиқ ўлчов - бу ўнг томондаги думғаза ва ёнбош бўғимидаги ёнбош ва қов дўмбоғи ораси, чап қийшиқ ўлчов - чап томондаги думғаза ва ёнбош бўғимидан ўнг томондаги



6.3.-расм. Аёл чаноғи (ёнбош кесилишининг кўриниши):

1 - анатомик конъюгата; 2 - чин конъюгата; 3 - кичик чаноқнинг кенг қисмининг тўғри ўлчами; 4 - тор қисмининг тўғри ўлчами; 5 - чиқиш текислигининг тўғри ўлчами; 6 - туғруқ пайтидаги чиқиш текислигининг тўғри ўлчами; 7 - чаноқнинг ўқи.

четидан дум суягининг учи оралиғи бўлиб, 9- 9,5 см.

Туғиш жараёнида ҳомила боши ва елкаси туғилишида думғаз ва дум суягини бириктирувчи бўғим қўзғалувчан бўлганига кўра дум суяги орқага қайрилиб, бу ўлчов 11-12 см га етади. Чанок чиқиш қисмининг кўндаланг ўлчови куймиш суягининг ички юзаси оралиғи бўлиб, 11 см га тенг.

Агар кичик чанокнинг ҳамма 4 та тўғри ўлчовлари қўшилса, букилган чизиқ ёки чанок ўқи ҳосил бўлади. Чанок ўқи думғаз ва букилмасига мослашган бўлганига кўра букилган ҳолда бўлади.

Амалий кўникмалар.

1. Аёллар чаногини ўлчаш

Қадамлар:

1. Аёл иккала оёғини бирлаштириб узатган ҳолатда ва қорнини очиб ётади.

2. Чанокни ўлчаш, чанок ўлчагич асбобида ўтказилади.

3. *Distantia spinarum* – ёнбош суяклари олдинги юқори ўсиқлари орасидаги масофа - 25-26 см га тенг. Чанок ўлчагич тугмаларини олдинги юқори ўсиқлар ташки юзасига қўйиб ўлчанади.

4. *Distantia cristarum*– ёнбош суяклари қирраларининг энг олис нуқталари орасидаги масофа -28-29 см га тенг. Чанок ўлчагич тугмаларини ёнбош суякларининг энг олис нуқталарига қўйиб ўлчанади.

5. *Distantia trohanterica*–сон суяклари катта кўстлари орасидаги масофа -30-31 см га тенг. Чанок ўлчагич тугмасини сон суяклари бўртиб чиққан қисмига қўйиб ўлчанади.

6. *Conjugata externa* – ташки конъюгата, ўлчаш учун аёл ёнбошга ётқизилади. Пастдаги оёғи букилган, устки оёғи узатилган ҳолатда ётади. Чанок ўлчагич битта тугмасини Михаэлс ромбининг юқори бурчагига, иккинчисини эса симфизнинг юқори ташки четининг ўртасига қўйиб ўлчанади, 20-21 см га тенг.

7. Ташки конъюгата ўлчамига асосланиб чин конъюгата *C. vera* ўлчамини топиш мумкин. Бунинг учун, ташки конъюгата ўлчамидан суяклар ва юмшоқ тўқималар қалинлигига 9 см олиб ташланади. *C. externa* 20 см - 9 см = 11 см.

2. Диагонал конъюгатани ўлчаш

Қадамлар:

1. Аёл гинекологик креслода оёғини тизза ва чанок-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.

2. Қўлга қўлқоп кийилади.

3. Бармоқлар қинга киргизилиб, думғаз ва бурнига етказишга ҳаракат қилинади, кафт қирраси симфизнинг пастки юзасига тақалади.

4. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан шу тақалган нуқта белгиланади.

5. Белгиланган нуқтадан бармоқни олмасдан қўл киндан чиқазилади ва чанок ўлчагич ёки сантиметрли тасма ёрдамида бармоқнинг учидан симфизга тақалган нуқтасигача бўлган масофа ўлчанади.

6. *C. Diagonalis* – симфизни пастки киррасидан думгаза бурнигача бўлган масофа – 13-13,5 см га тенг.

Масалалар.

1. Оилавий поликлиникага 32 ёшли, 31-32 см ҳафталик ҳомиладор аёл мурожаат қилди. Чанок ўлчамлари: *Distantio spinarum* – 25 см, *Distantio cristarum* 28 см, *distantio trochantatica* 31 см. *Conjugata externa* 20 см. Чанокнинг чиқиш текислиги ўлчамлари: тўғри ўлчами 9,5 см, қўндаланг 11 см га тенг. Ҳомила бўйлама вазиятда жойлашган бўлиб, ҳомила орқаси бачадоннинг ўнг ва олд деворига қараган. Чанок устида ҳомила боши пайпасланади. Ҳомиланинг юрак уриши ритмик. Минутига 136 марта, киндикдан пастда ва ўнг томонда эшитилади.

1. Диагноз:

2. Чанокни баҳоланг.

3. Ҳомила тури ва позициясини аниқланг.

2. Оилавий поликлиникага биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл мурожаат қилди. Аёл ташқи ва ички акушер усуллари орқали текширилди. Катта чанок ўлчамлари: *Distantio spinarum* – 25 см, *Distantio cristarum* 28 см, *distantio trochantatica* 31 см. *Conjug externa* 20 см. Ички текширувда: *Conjugata dioganalis* 13 см га тенглиги аниқланди.

1. Катта чанок ўлчамларига баҳо беринг.

2. Чин конъюгатани аниқланг.

Ўргатувчи тестлари:

6. Чанок қуйидаги суяклардан ташкил топган:

Ёнбош суяклар

Дум

Куймиш суяги

Қов суяги

7. Кичик чанокнинг сатҳларини айтинг:

Чанокнинг кириш қисмининг сатҳи

Кичик чанокнинг кенг қисми сатҳи

Кичик чанокнинг тор қисми сатҳи

Чанокдан чиқиш қисмининг сатҳи

3. Чанокка кириш қисмининг текислик чегаралари:

Ёнбош суякларининг ёйсимон чизиги

Промонториум

Симфизнинг юқори кирраси

4. Чанокдан чиқиш қисмининг текислик чегараси

Куймиш думбоқлари

Дум чўққиси

Симфизнинг пастки кирраси

5. Катта ва кичик чанокнинг чегараси бу:

Симфизнинг юқори қирраси ва қов суяклари

Промонториум

Ёнбош суякларнинг равоқсимон чизиғи

6. Аёл чаноғининг 4 та асосий ташқи ўлчамини санаб беринг:

Д. spinarum-25-26 см

Д. cristarum-28-29 см

Д. Trochanterica-30-31 см

Conjugata externa-20-21 см

7. Чин конъюгата қайси 2 та ўлчамга қараб аниқланади?

Диагонал конъюгата

Ташқи конъюгата

8. Кичик чаноқ кенг текислиги чегараси ва ўлчамларини кўрсатинг?

Кўндаланг ўлчами -12,5 см

Тўғри ўлчами - 12, 5 см

Олдиндан – қов равоғининг ички юзасининг ўртаси

Ёнбошдан – қуймиш қосасининг ўрта қисми

Орқадан – II – III – думғаза умуртқалари ораси

VII БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИҚДА АЁЛЛАР ОРГАНИЗМИДА РЎЙ БЕРАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Уруғланган тухум бачадоннинг кўчиб тушувчи пардасига жойлашган пайтдан бошлаб ва айниқса аллантоис орқали озикланиш даврида (эмбрион ҳаётининг иккинчи ҳафтасидан) эмбрион ўзининг ривожланиши учун зарур бўлган ҳамма моддаларни она қонидан олади. Сўнгра (ҳомила туғилгунга қадар) она билан ҳомила ўртасида моддалар алмашинуви қон орқали давом этади.

Ҳомила тўғри ривожланиши учун зарур бўлган витаминлар ҳомилага она организмдан ўтади, ҳомила қислородни она қонидан олади. Ҳомилага қислород етарлича ўтмаса, унда қислород танқислиги рўй беради ва ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб она организмга тушган оксил асосан ҳомила тўқималарининг ташкил топишига сарфланади, она тўқималарида ва плацентада йиғилган кальций тузлари эса ҳомила скелетининг ташкил топиши учун сарфланади. Агар бу тузлар етишмаса, ҳомиладорлик вақтидан илгари тўхташи ва ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Она организмда ҳомиланинг нотўғри ўсиши, соғлом бўлмаган (яллиғланган) туғиш йўлидан ўтиши, аввалги туғруқларда бўлган операциялар ва бошқалар ҳомила учун оғир ҳолатларнинг рўй беришига сабаб бўлиши мумкин. Она соғлом бўлса, туғиш йўлларида нуқсон бўлмаса, ҳомила нормал ривожланади ва нормал етилиб, ўз вақтида туғилади.

Ҳомиладор аёл оиласида баъзи ирсий касалликлар, ҳомиладорнинг ўзи бошидан кечирган хасталиклар (рахит, тепки, қизилча ва бошқа юқумли

касалликлар) ҳомиладорлик ва туғиш жараёнини мураккаблаштириши мумкин. Бу касалликлар таъсирида ҳомиланинг айрим аъзолари ўсмай қолиши ва баъзан у ўсишдан тўхтаб, чала туғилиши мумкин.

Шундай қилиб, она организми ҳомила учун озикланиш манбаидир, у ҳомиланинг ўсиши, ривожланиши учун барча зарур моддалар билан таъминлайди.

Ҳомиладорликда кўкрак қафаси (унинг пастки қисми) кенгайди, қовурға айланаси кўтарилади. Бу ҳилдаги ўзгариш ҳомиладорликнинг эрта муддатларидаёқ кузатилиши мумкин.

Ҳомиладорликда симфизда ва қов суягида, думғаза-ёнбош бўғимида янги тоғай тўқимаси вужудга келади ва ҳомиладорликдаги остеофитлар деб аталган ҳолат, пешона ва чакка суяги ички юзасида сарримтир-қизил қатлам кузатилади.

Чанокдаги бўғимлар соҳасида сероз суюқлиги кўпайиши натижасида юмшайди. Чанок бўғимларининг юмшаши уларнинг ҳаракатланиш хусусиятини оширади. Бу ҳол туғруқ жараёнида симфиз бўғимининг бир оз очилишига, чанок кириш қисми ўлчовининг кенгайишига имкон беради, натижада ҳомила бошининг осон туғилишини таъминлайди.

Баъзи ҳолларда ҳомиладорликда акромегалия белгилари кузатилади: оёқ, қўл ва пастки жағ суяқлари катталашади. Ҳомила ўсган сари аёл қорин деворининг териси чўзилади. Бу ҳолат айниқса қоғонок суви кўп, ҳомила катта ёки эгизак бўлганда кузатилади.

Ҳомиладор қорин деворининг териси кўп чўзилиши натижасида унда ҳомиладорлик чизиклари (*striae gravidarum*) ҳосил бўлади (баъзан олимлар бу фикрни рад қиладилар). Чизиклар пайдо бўлишига терининг эластиклиги ва бириктирувчи тўқималарнинг бир-биридан ажралиши сабаб бўлади деб тахмин қилинади.

Агар чизиклар ушбу ҳомиладорликда вужудга келган бўлса, юпкалашган тери остидан унинг бириктирувчи тўқимасидаги томирлар пушти рангда кўринади. Агар чизиклар олдинги ҳомиладорликда пайдо бўлган бўлса, улар оқиб йўл-йўл бўлиб қолади, чунки унинг юзаси бириктирувчи тўқима билан қопланади.

Шунингдек, чизиклар осон ва сут безлари териси юзасида ҳам юзага келиши мумкин. Баъзан ҳомиладор бўлмаган аёлларда ҳам ҳомиладорлик давридагига ўхшаш чизикларни кўриш мумкин. Шунга кўра бу ҳолатни баъзи олимлар эндокрин безлар фаолиятига боғлиқ дейдилар. Баъзи аёлларда ҳомиладорликнинг охириги муддатларида юзда, қорин деворининг оқ чизигида жун ўсади, чилла даврининг 2-3 ҳафтасида эса бу жунлар йўқолади. Бу ҳолат эндокрин безлар ва тақомиллашаётган плацента фаолиятига боғлиқдир.

Ҳомиладорликда қорин девори ўртасидаги оқ чизикда, сут безлари сўрғичи атрофидаги ҳалқада, ташқи жинсий аъзоларда, киндик атрофида, баъзан юзда (пешона, юз, юкори лаб устида) қорамтир доғлар кўпая-

ди, бу ҳам терида рўй берадиган ўзига хос ўзгаришлардандир (choalasma gravidarum). Бу ҳолат буйрак усти безлари фаолиятига боғлиқ бўлади.

Маълумки, ҳомила ўсиши туфайли аёл оғирлиги ортади, чунки ҳомила ўсган сари қонанок суви кўпаяди, бачадон мускуллари гипертрофияси рўй беради ва қўшимча қон айланиш тизими такомиллашади. Натижада ҳомиладор аёлнинг оғирлиги ҳар ҳафтада 400-450 граммга ошади. Бундан ташқари, баъзи аёллар ҳомиладорликда семириб кетадилар

Ҳомиладорнинг киндигида ҳам ўзгариш рўй беради. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида киндик текислашади, охириги ойда эса бўртиб чиқади. Бу белги ҳомиладорлик муддатининг (10-ойи) бошланганини билдиради.

Ҳомиладорлик даврида моддалар алмашинуви

Бу даврда аёллар организмда аъзо ва тизимлар функцияси ўзгариши билан бирга моддалар алмашинуви ҳам ўзгаради.

Ҳаво алмашинуви. Хорион киприклари оралигида, киприк капиллярлари деворининг жуда юпқа пардаси ва уларни қоплаб турган эпителийлар ёрдамида (Ҳомила тараққиёти бобига қаранг) она билан ҳомила қони ўртасида яқин алоқа боғланади. Аммо она қони билан ҳомила қони аралашмайди, чунки ҳар бирининг ўзига хос қон айланиш тизими мавжуд. Ҳаво алмашинуви асосан кислород алмашувидан иборат. Она организмдаги кислороднинг бир қисмини ҳомила ўзлаштиради, шу туфайли ҳомиладор аёл организмнинг кислородга бўлган эҳтиёжи жуда ортади.

Оқсил алмашинуви. Ҳомиладор аёл организмдаги оқсил моддалар ҳомиладорлик даврида (айниқса биринчи ярмида) бачадоннинг ўсиши ва сут безларининг ривожланиши учун зарур бўлган махсус оқсил моддаларни ишлаб чиқаришга, кейинчалик эса ҳомиладор организмда ҳомила тўқимаси ва аъзоларнинг шаклланишига сарфланади.

Бундан ташқари, туғиш ва чақалоқни эмизиш вақтида (туққандан кейинги 1-1,5 йил давомида) она организмдан сарф бўладиган оқсилни тиклаш учун оқсил моддаларнинг бир қисми сарфланади. Одатда ҳомиладорлик даврида оқсил алмашинуви сусаяди, шунга кўра у оқсилга бой ҳайвонот маҳсулотларини кўп тановул қилиши ярамайди, чунки ҳомиладор организмда оқсил кўпайса зарарли таъсир кўрсатадиган оралик маҳсулотлар (тўла парчаланмаган оқсиллар) тўпланиши мумкин. Шунга кўра бошқа турдаги оқсиллардан фойдаланиш керак.

Минера тузлар алмашинуви. Ҳомиладор аёл организмдаги тўқималарда, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида сув ва хлоридлар кўпаяди. Бу иккала омил тўқималарнинг кайишқоқлик хусусиятини оширади ва туғруқ вақтида ҳомиланинг туғиш йўлларида ўтиши осонлашади.

Ҳомиладор ва ҳомила учун кальций, натрий, кальций, фосфор, мағний ва темир тузлари керак бўлади. Кальций тузлари ҳомила скелетининг суякланишига сарфланади. Агар она организмга кальций тузи

етарли микдорда тушмаса, хомила скелети турли ўзгаришларга учрайди. Организмда кальций тузининг етишмаслиги хомиладор тишларининг емирилишига, чириб бузилишига, тирнокларининг мўрт бўлиб қолишига олиб келади. Оғир ҳолатларда суяклар юмшаб мўрт бўлиб қолади. Ҳомиладор организмдаги фосфор асосан кальций тузи билан бирга хомила суяк тизимининг ривожланишида иштирок этади. Бундан ташқари, фосфор нерв тизимининг тузилиши учун ҳам сарфланади. Агар шу ҳар хил тузлар организмда етарли бўлмаса, тетания, остеомаляция вужудга келиши мумкин. Фосфор ва кальций тузлари етишмаса, чанок суяги юмшаб шакли ўзгариши мумкин. Аммо бу патологик ҳолат ҳозирги вақтда деярли учрамайди, чунки ҳамма аёллар оилавий поликлиникада аёллар шифокор текширувидан ўтадилар ва уларга вақтида керакли маслаҳатлар берилади.

Темир тузлари хомила организмда қон элементлари ташкил топиши учун зарурдир. Бу тузлар асосан ҳомиланинг жигари ва талогига йиғилади. Она сутиди темир тузлари кам бўлганлиги сабабли чақалоқ туғилгандан сўнг дастлабки биринчи ой мобайнида ўз организмда йиғилган шу тузларни сарфлайди. Кўп муаллифларнинг фикрича, ҳомиланинг тараққиёти учун ўрта ҳисобда 450 мг темир тузлари сарфланади. Ҳомиладор аёл таркибиди темир тузлари бўладиган овқатлардан еб турмаса, организмда темир моддаси камайиб кетади. Бу ҳолат кўпинча ҳомиладорликнинг 20-28-ҳафталарида намоён бўла бошлайди. Агар аёл организмда темир моддаси жуда ҳам камайиб кетса, хомила чала туғилиб, нобуд бўлиши мумкин.

Темир моддасининг етишмаслиги кўпинча камқонлик касаллиги (гипохром анемия) га олиб келади. Бундай анемия Ўзбекистонда 60-80% ҳолатларда учрайди. Шунга кўра бу борада аёллар ўртасида санитария-профилактика ишларини олиб бориш зарур.

Карбонсув (углевод) алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл организмда карбонсув алмашинуви бирмунча кўпаяди. Бунда организм карбонсувни гликоген сифатида ўзлаштиради ва у жигарда тўпланади. Вақт-вақти билан аёлда физиологик глюкозурия (сийдикда карбонсув) кузатилади, бу ҳолатга буйрак эпителийларининг қанд ўтказиш хусусияти ошиши сабаб бўлади, деб ҳисобланади. Қонда эса қанд микдори ошмайди, ҳомиладорлик даврининг охирироғида бир оз ошиши мумкин, аммо нормал чегарадан чиқмайди. Бу ҳолат вегетатив нерв системаси фаолиятига боғлиқдир.

Карбонсув организмга қувват берувчи модда ҳисобланади.

Сув алмашинуви. Ҳомиладорлик давомида аёл организмда, айниқса тўқималар ичиди сув йиғилади, бу баъзан ҳомиладор танаси шишиб кетишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик даврида она организмиди ва ўсаётган ҳомиланинг сувга бўлган талаби ортади, шунга кўра аёл илгаридан кўра кўпроқ сув ичишга мажбур бўлади. Аммо агар аёлда шиш пайдо бўла бошлаган бўлса, сув

ишишни камайтириш мумкин. Шиш ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган токсикозларнинг бошланғич босқичидир.

Витаминлар алмашинуви. Ҳомиладор аёл организмида витаминлар етишмаса гиповитаминоз, оғир ҳолатларда авитаминоз касаллиги вужудга келади. Бу ҳолат ҳомиланинг муддатидан олдин туғилишига, яхши ўсмай қолишига сабаб бўлади.

Ҳомиладор аёл организмида витаминлар камайиб кетса, токсикозларнинг авж олишига қулай шароит яратилади. Аёл организмининг айниқса витамин А, D, В, Е, С витаминларига бўлган талаби катта бўлади.

С витамини сперматозоид билан тухум ҳужайраининг қўшилиш жараёнининг тўғри кечиши, шунингдек фолликулларнинг ўсиши, бачадон децидуал пардасининг ривожланиши учун ҳам зарур. А.И. Осякина-Рождественская С витаминини кўп миқдорда тухумдонда, сариқ танада топган. Организмнинг С витаминига талаби ҳомила ўсган сари орта боради. Агар организмнинг С витаминига бўлган талаби 50 мг бўлса, ҳомиладор организми 120-125 мг, ҳатто 224 мг ни талаб қилади (Г.А. Бакшт). Йўлдош С витамини учун депо ҳисобланиб, ҳомиланинг талабини вақти-вақти билан қондириб туради. Баъзи олимларнинг кўрсатишича, ҳомила организмида тўпланган С витамини она организмидаги миқдордан кўп.

Ҳомиладор аёл организмининг D витаминига бўлган эҳтиёжи ҳам катта. Маълумки, D витамини кальций ва фосфор алмашинувини бошқариб, тартибга солиб туради. Агар организмда D витамини етишмаса, онادا остеопороз, ҳомилада эса рахит касаллиги вужудга келиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг нормал кечиши учун Е ва А витаминлари ҳам зарур. Агар Е, А витамини етишмаса, ҳомила чала туғилиши мумкин.

Ёғ алмашинуви. Ҳомиладорлик даврида аёл қонида липоид каби нейтрал ёғлар ва холестерин ҳам кўпаяди. Булар ҳомила танасининг тузилиши, тери ости ёғ қатламининг ташкил топиши, айниқса ҳомиланинг тараққиёти, бундан ташқари, сут безларида сут ишланиб чиқиши учун зарур бўлади.

Ёғларнинг парчаланиши организмда ацетон вужудга келишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида учрайдиган токсикозларда тўхтовсиз қусганда сийдикдан ацетон таналари топилади, агар бу ҳолат давом этаверса ҳомиладорликни тўхтатиш лозим бўлади.

Ҳомиладорлик даврида аёл ўтида холестерин кам бўлади, аммо чилла даврида кўпайиб, баъзан ўт пуфагида тош йиғилишига мойиллик пайдо бўлади. Ёғ ҳомиладор аёлнинг юрак мускуллари орасида, сут безларида, йўлдошда ҳам кўп тўпланади.

Ҳомиладор аёл ёғли овқатларни кўп истеъмол қилса, организмда ёғнинг парчаланиши издан чиқади ва натижада унда тўла ёнмаган ёғнинг зарарли маҳсулотлари тўпланади ва улар сийдикка ўтади. Оксил ва карбонсувларнинг тўла ёнмаган маҳсулотлари физиологик ацидозга ва сув алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади.

Бачадон бойламларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бачадон бой-

ламлари ҳам ҳомила ўсган сари катталашиб (гипертрофия), узунлашади. Бачадоннинг думалоқ бойлами (leg. rotundum) 4 баробар узунлашади. Думғаза - бачадон бойлами (leg. sacrouterinae) қўл жимжилоғи йўғонлигида бўлиб қолади. Бойламларнинг бундай ўзгариши ҳомиланинг ўсишига ва туғруқда анча қулайлик келтиради. Хусусан, думалоқ бойлам туғиш жараёнида гўё от юганига ўхшаб бачадон тубини тутиб туради. Бу бойламни ҳомиладорликда пайпаслаб кўриш мумкин.

Баъзи акушерлар думалоқ бойламнинг туриш ҳолатига қараб, йўлдошнинг қаерга ёпишганини тахмин қилса бўлади, дейдилар. Масалан, агар йўлдош бачадоннинг орқа деворига жойлашган бўлса, думалоқ бойлам анча олдинда ва бир-бирига яқинроқ жойда бўлади. Агар йўлдош бачадоннинг олдинги деворига жойлашган бўлса, унда думалоқ бойламлар анча орқароқда бўлади.

Ҳомиладорликда эндокрин системанинг ҳолати. Ҳомиладорликда эндокрин система анатомик ва физиологик жиҳатдан бир қатор қаршиликларга учрайди. Бу даврда эндокрин системага яна иккита без-йўлдош ва сарик тана қўшилади. Айниқса, гипофиз безида анатомик ва гистологик ўзгаришлар кузатилади. Гипофиз жинсий аъзолар билан функционал жиҳатдан боғлиқ бўлади, бунинг аҳамияти каттадир.

Ҳомиладорликда гипофизнинг олдинги бўлаги анчагина катталашади. Гипофизнинг олдинги бўлагига бўялиш жадаллигига қараб 2 хил хромофилли ҳужайра бўлади. Хромофилли ҳужайралар доналарининг бўялишига қараб ацидофил ва базофил ҳужайраларга бўлинади.

Гипофиз олдинги бўлагининг катталашишида баъзан ҳомиладор аёлда акромегалия белгиларини учратиш мумкин. Аммо ҳомиладорлик тўхташи билан бу белгилар ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Гипофизнинг орқа бўлаги (нейрогипофиз) ҳомиладорликда катталашмайди. Гипофизнинг олдинги бўлаги кўп миқдорда гонадотроп гормонлар ажратади. Гипофиз орқа бўлагининг фаолияти олдинги бўлаги каби марказий нерв системаси назоратида бўлади.

Қалқонсимон безлардаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда қалқонсимон без бирмунча катталашади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, бу ҳолат 35-40% ҳолларда учрайди. Безнинг катталашиши натижасида моддалар алмашинуви ортади, қонда йод миқдори кўпаяди, яъни гипертиреоз пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатилади. Кўпинча без функцияси сустлашиши (гипофункция) мумкин. Бунда йод камайиб кетади, қоннинг қуюлиш хусусияти сусайиб қолади.

Қалқонсимон без олдидаги без кальций алмашинувини бошқаради, ҳомиладорликда унинг фаолияти ошади. Баъзан ҳомиладорликда тиришиш ҳолатларини кўриш мумкин, бу организмда кальций тузининг камайиши туфайли вужудга келади. Бу ҳолат қалқонсимон без олдидаги без фаолияти сусайганда юз беради.

Буйрак усти безидаги ўзгаришлар. Буйрак усти бези пўстлоқ қавати қалинлашиши натижасида катталашади. Буйрак усти безидан оксил, кўмир

ва минерал моддалар алмашинувини бошқарувчи гормонлар (кортизон, гидрокортизон) ҳомиладорликда кўпроқ ажралади. Бу безнинг фаолияти ҳомиладорлик даврида муҳимдир.

Асаб системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда миё пўстлоғининг вазифаси ҳақида бир қатор текширишлар ўтказилган. Хусусан М.Л. Гармашова ҳамкасблари билан ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳам миё пўстлоғида ўзгаришлар бўлишини электроэнцефалограмма ёрдамида аниқлаган. Ҳомиладорликда миё пўстлоғи билан бош миё орасидаги алоқадорлик ўзгаради. Миё пўстлоғида тормозланиш жараёни ошиши, пўстлоқ остида эса тормозланиш жараёнининг сусайиши кузатилади. Шунга кўра вегетатив нерв системасининг тонуси ўзгаради.

Кўпинча вегетатив белгилар юзага келади: ҳомиладор аёлнинг сўлаги оқади, кўнгли айниydi, қайт қилади (ошқозон пилорус қисмининг спазмаси) ҳамда вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади. Қабзият, веналарнинг кенгайиши, сийдик йўлининг қовуққа уланган қисми кенгайганлиги, дермографизмнинг ўзгариши ва бошқалар кузатилади.

Ҳомиладорлик муддатининг охирларида бош миё пўстлоғининг қўзғалувчанлиги анча сусаяди, орқа миёянинг рефлектор равишда қўзғалиши зўраяди, бу ҳолат туғруқ дарди бошланиши сабабларидан биридир. Шундай қилиб, ҳомиладор организмнинг туғишга тайёрланиши асосан асаб системасининг мураккаб рефлектор реакциясига боғлиқдир. Бачадон рецепторлари сезувчанлигининг аста-секин ошиши туғруққа тайёрланишга имкон беради.

Ҳомиладорлик бошланишида вужудга келган шартли рефлекслар ҳомиланинг биринчи қимирлашидан то охиригача анчагина ўзгаради, аммо туғруқ дарди бошланиши билан бутунлай йўқолади. Ҳомиладорликда анализаторларнинг фаолияти ўзгариб, бу ҳолат кўриш ва эшитиш қобилиятига таъсир қилади. Парестезия (бармоқларнинг жонсизланиши, чумоли юрганига ўхшаш жимирлаш) ҳолати кузатилади.

Периферик нерв системасидаги ўзгаришлар. Невралгик оғриқлар, айниқса ишиалгия хусусиятидаги, думғаза ва бел соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Кўпинча аёлнинг болдири ва ахилл пайи соҳасида томир тортишади. Баъзан периферик нервларнинг қўзғалувчанлиги ортади (тетанияга ўхшаш ҳолат), тизза рефлекслари зўраяди.

Ҳомиладор аёлнинг салга жаҳди чиқадиган бўлиб қолади, кайфияти ўзгариб туради, уйқучанлик кузатилади, жинсий майл сусаяди. Юқорида қайд қилинган ҳолатлар миё пўстлоғи ва пўстлоқ ости фаолияти ўзаро мувозанатининг ўзгаришига боғлиқдир.

Юрак ва қон томирлар системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда диафрагманинг юқори туриши юракнинг ҳам юқорига жойлашишига сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг охирида юрак бир оз қўндаланг ва кўкрак кафасига яқин ётади. Бунда юрак чегараси кенгайди, юрак зарби анча четроқда бўлади. Катта қон томирлар кўпроқ эгилганига кўра нозик юрак шовқини, кўпинча систолик шовқин эшитилади. Сут безлари катта-

лашиб, тўлишгани туфайли юрак чегарасини аниқлаш қийинроқ бўлади, бунини ультратовуш ва рентген ёрдамида аниқласа бўлади. Агар юрак нормал бўлса, ҳомиладорликда деярли ўзгармайди.

Ҳомиладор юраги ҳомила ўсиши билан аста-секин унга мослаша боради: мускуллари гипертрофиялашиб бир оз кенгаяди, функционал хусусияти ортади. Чунки аёл организмида учинчи қон айланиш системаси (бачадондаги қон айланиш) вужудга келганига кўра, периферик қон томирларнинг қаршилиги ортади. Бачадон катталашган сари бу ҳолат оша боради.

Ҳомиладорликда умумий қон миқдори кўпаяди. Агар қон миқдори ҳомиладор бўлмаган аёлларда умумий тана оғирлигига нисбатан 1/16-1/20 ни ташкил қилса, ҳомиладорликда 1/12-1/14 га етади. Қоннинг солиштирма оғирлиги ҳомиладор бўлмаган аёлларда 1054-1063 бўлса, ҳомиладорларда камайиб, 1040-1051 бўлиб қолади. Бу ҳолат тўқималарнинг умумий сув ўтказувчанлик хусусиятига таъсир қилади.

Ҳомиладорликда қоннинг ивиш хусусияти ошади, фибрин ва фибриноген миқдори кўпаяди, қон пластинкалари кўпаяди, шунга кўра ҳомиладор аёлларда тромбоз хавфи бўлади. Ҳомиладорлик охирида қоннинг ёпишқоқлиги ошади, қон зардобиди липидлар (холестерин) кўпаяди.

Қон ишлаб чиқариш системаси, айниқса суяк кўмиги бир қатор ўзгаришларга учрайди. Физиологик кечаётган ҳомиладорликда суяк илигининг гемопозтик (қон ишлаб чиқариш) фаолияти ортади. Бунда эритробласт тўқимасида деярли ўзгариш бўлмайди, аммо лейкобласт тўқимасида ҳомиладорликнинг охирида, айниқса биринчи туғувчиларда онда-сонда дегенератив ўзгаришлар кўрилади.

Суяк кўмигининг қон ишлаб чиқариш фаолияти айниқса ҳомиладорликнинг 7-8 ойларида жадаллашади, кейинроқ бир оз сустлашади. Эритробластик реакция, ҳомиладорликнинг биринчи ойларида мегалобластлар кузатилади.

Нормобластлар орасида митоз базофиллари ва бошқа регенератив шаклларининг кўпайгани, моноцит ва лимфоцитларнинг камайгани кузатилади.

Периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз ва лимфопения бўлади. Қизил қонда кўпинча анемия ҳолати кузатилиб, гемоглобин фоизи ва эритроцит миқдори камаяди. Ранг кўрсаткичи 0,9 атрофида бўлади. Бу ҳолат ўсаётган ҳомила талабини қондириш учун темир моддасининг сарфланаётгани ва бу ҳол камқонликка олиб келганидан далолат беради.

А.А. Қодирова, Ю.Қ. Жабборов ва бошқалар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида камқонлик (анемия) вужудга келишини, шу муддатда темир моддаси организмда камайиб кетишини, овқатланишга аҳамият бериш, темир моддасига бой таомлар истеъмол қилиш зарурлигини таъкидлайдилар.

Сут безларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда сут безлари сут ишлаб чиқаришга тайёрланади. Без бўлаклари катталашади, пайпаслаб кў-

рилганда каттик тугунчага ўхшайди. Сут беи сўрғичлари катталашиб, атрофи билан бирмунча қорамтир бўлиб қолади. Без тугмачаси атрофидан майда-майда безчалар бўртиб чиқади (мангомер безлари - *glandula mangomeri*).

Сут беи таранглашиб, бир оз осилиб қолади, веналари кенгайди. Без бўлақларидаги эпителиал хужайралар катталашиб, уларнинг протоплазмасида мой томчилари пайдо бўлади. Агар кўкрак сўрғичи атрофи сиқилса, ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталааридаёқ оғиз сути (*Colostrum*) чиқади. Ҳатто ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оғиз сути сиқмаса ҳам ўз-ўзидан чиқиши мумкин. Сутнинг етарли миқдорда бўлишини кўкракнинг катта-кичиклигига ва без бўлақларининг, теридаги веналарнинг кўплигига ва сўрғич атрофидаги доиранинг катта-кичиклигига қараб билиш мумкин.

Сут безларидаги бу ўзгаришлар гормонлар таъсирига боғлиқ. Кўпгина муаллифларнинг фикрича, тухумдондан ажраладиган эстроген гормон сут безлари тараққиётига таъсир қилса, гипофиз безининг олдинги бўлагидан ажраладиган пролактин сут ишланиб чиқишига таъсир қилади. Оз миқдордаги пролактин сут ажралишини кўпайтирса, кўп миқдордагиси, аксинча, сутни камайтиради.

Нафас аъзолари системасидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида ўпка, жигар, диафрагма воситасида юқорига сиқилишига қарамай, унда деярли функционал ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолат кўкрак қафаси юқори ва пастки қисмининг кенгайиши билан ифодаланиб, ҳомиладор организмда сезиларли ўзгаришларни вужудга келтирмайди. Бунинг натижасида ҳомиладорликда ўпканинг ҳажми кенглигича қолади ва ҳаво алмашинуви бирмунча ортади. Ҳомила катта, қоғаноқ суви кўп ёки ҳомила биттадан ортиқ бўлган ҳоллардагина ҳомиладорликнинг охириги даврида нафас тезлашади ва ҳатто нафас қисиши каби ҳоллар юз беради.

Овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолияти бузилади. Бундай ҳол юқорида айтиб ўтилганидек, вегетатив нерв системаси фаолияти бузилишидан келиб чиқади.

Ҳомиладор аёлнинг баъзан кўнгли айнийди, қайт қилади, сўлаги оқади, ичаклар атонияси, қабзият кузатилади, аёл баъзи овқатларни хуш кўрмайдиган бўлиб қолади. Бўр, кесак ва шунга ўхшаш истеъмоқ қилиб бўлмайдиган нарсаларни кўнгли тусайди. Бундай ҳолат ҳамма ҳомиладорларда ҳам бўлавермайди. Бош қоронғилик деб аталадиган бундай ҳоллар 3-4 ой мобайнида йўқолади.

Сийдик чиқариш аъзоларидаги ўзгаришлар. Ҳомиладорликда бошқа аъзолар каби буйракнинг вазифаси ҳам ортади. Буйрак организмда сув алмашинувини тартибга солувчи, она ва ҳомила организмдан ажралган алмашинув маҳсулотларини ташқарига чиқарувчи аъзодир. Ҳомиладорликда буйракнинг филтрлаш хусусияти сусаяди, шу сабабли ҳомиладор аёл сийдигида кўпинча оз миқдорда қанд ва оксил топилади, лекин бу

патологик ҳолат ҳисобланмайди.

Сийдикда қанд пайдо бўлиши физиологик глюкозурия деб аталади. Агар сийдикда оксил пайдо бўлса, бу ҳомиладорликда гипертензия ҳолати бошланишидан дарак беради.

Ҳомиладор организмда сув алмашинуви жараёни ортиши сабабли сийдик миқдори кўпаяди ва ҳомила қовуқни босиб, аёлни тез-тез сийишга мажбур қилади. Бундай ҳол сийдик йўллари касалликларида ва сийдик-тош касалликларида ҳам учраши мумкин.

Ўргатувчи тестлари.

1. Ҳомиладорликда юрак – қон томир системасида бўладиган ўзгаришлар?

Ҳомиладор аёл вазнини ошириш (ўрта ҳисобда 10-15%)

Ҳомила вазнининг ошиши

Диафрагманинг юқорида жойлашиши ҳисобиға юракнинг горизонтал ҳолатға силжиши

Йирик томирларнинг сиқилиши.

Эндокрин юкламалар

Янги йўлдош қон айланишининг пайдо бўлиши

2. Ҳомиладорлик даврида гемодинамик ўзгаришлар?

Юрак минутлик ва зарб ҳажмининг 26-30% га ошиши

Юрак қисқаришлар сонининг ошиши

А/Б ва веноз босимнинг ошиши

УА қоннинг 20-25% га ошиши, плазма ҳажми 900 мл

Қон оқими тезлигининг ошиши

Қон томирлар умумий периферик қаршилигининг

Нв ва гематокритнинг пасайиши

VIII БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИККА ДИАГНОЗ (ТАШХИС)

ҚЎЙИШ УСУЛЛАРИ

8.1. АНАМНЕЗ ТЎПЛАШ

Ҳомиладор аёлларни текширишнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Сухбатлашиш (анамнез йиғиш) йўли билан олинадиган маълумотлар ҳомиладорликда, туғишда ёки ҳомила таракқиётида рўй бериши мумкин бўлган касалликларни олдиндан тахмин қилишга ёрдам беради. Бу эса профилактика ва даволаш чораларини ўз вақтида кўришга ва ҳомиладорни мунтазам кузатиб бориш имконини беради.

Ҳомиладорликни аниқлаш вақтида унинг муддатини, туғишнинг тахминий вақтини ҳам белгилашга тўғри келади. Бундан ташқари, ҳар томонлама клиник текшириш, физик-кимёвий, лаборатория ва бошқа текширувлар ўтказиш йўли билан организмнинг умумий ҳолати, ҳомиладорликнинг кечиши кузатиб борилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган маълумотларни олиш ва уларға диагноз қўйиш учун қуйидаги анамнез чизмасидан фойдаланиш мумкин:

1. Фамилияси, исми, отасининг исми
2. Турар жойи, болалик ва ўсмирликда яшаган шароити
3. Ёши

Маълумки, агар қиз бола баловатга етмай (17 ёшгача) ёки ёши анча ўтиб (30-35 ёш) турмушга чикиб, биринчи марта ҳомиладор бўлса, уларда 18-23 ёшгача бўлган аёлларга нисбатан ҳомиладорлик, туғиш ва чилла даври анча оғир, патологик ҳолатда кечиши мумкин.

Ҳомиладор аёлнинг қандай географик шароитда ва қандай иқлим муҳи-тида яшагани ҳам катта аҳамиятга эга бўлади. Агар иложи бўлса, унинг неча ёшда юра бошлаганини, болалигида қандай ўсганлигини билиш ҳам жуда муҳимдир.

Болаликда ва катта бўлгандан кейин бошидан кечирган касалликлари ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг кечишини аниқлашда ёрдам беради. Масалан, аёл ёшлигида рахит билан оғриган бўлса, унинг организми тузи-лишида айрим ўзгаришлар – бўйи кичкина, бош суяги тўртбурчак, кўкрак қафаси ичига ботган ва бошқалар кузатилиши мумкин. Хусусан чанок суя-гидаги рахитга хос ўзгаришлар туғиш вақтида бир қанча оғир ҳолатларни пайдо қилиши мумкин.

Ёшликда бошдан кечирилган тепки, қизамик, сувчечак ва бошқа юқумли касалликлар жинсий аъзолар тараққиётига таъсир этиши мумкин. Кейинги пайтларда айниқса юқумли касалликлар (бруцеллёз, токсоплазмоз, захм, грипп, сўзак ва бошқалар) ҳомиланинг чала ёки ўлик туғилишига сабаб бў-лиши мумкинлиги аниқланган. Аввалги ҳомиладорлик ёки туғиш вақтида қилинган операциялар ҳам навбатдаги туғишда турли патологик ҳолат-ларга сабаб бўлиши мумкин.

Оилавий касалликлар (ҳомиладор оиласидаги ёки унинг эрида бўлган касалликлар – сил, захм, руҳий хасталиклар ва бошқалар) ҳамда алкого-лизм, наркомания, кашандалик ҳомиланинг чала, ўлик ёки нуқсонли туғи-лишига сабаб бўлиши мумкин.

Ҳайз функциясини ҳам аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ҳайзни неча ёш-дан кўра бошлаган, дастлаб нормал кела бошлаганими ёки тўхтаб-тўхтаб келганими, кейин неча ёшда кела бошлаганлигини билиш керак. Агар қиз ҳайзни кеч кўрган ва у анчагача нормал ҳолатда кечмаган бўлса, бу унинг ўз вақтида баловатга етмаганидан далолат беради.

Ҳайз циклининг ўзгариши ҳам ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг кечишига таъсир кўрсатиши мумкин.

Ҳайзнинг ой сари такрорланиши (21-28-30 кун) қандай, ҳайз кўрганда оғрик бўлиш-бўлмаслигини ҳам сўраш керак. Маълумки, жинсий аъзолар касалликларида ёки ички секреция безлари фаолияти бузилиши натижаси-да ҳайз жуда кеч (17-18 ёшдан), одатда Ўзбекистонда яшайдиган қизларда эса 14-15 ёшдан бошланади.

Ички секреция безлари фаолияти бузилганда туғиш оғирлашади, туғиш даврида бирламчи ва иккиламчи сустликлар пайдо бўлади. Чилла даври-да бачадон яхши қисқармайди, қон кетади. Турмушга чиққандан сўнг узок вақт давомида бўйида бўлмаслик жинсий аъзоларнинг тўла стилимаган-

лигидан далолат бериши мумкин. Бу аёлнинг бўйида бўлганда ҳам турли кийинчиликлар вужудга келиши мумкин.

Жинсий ҳаёт бошлангандан, туққандан ва абортдан кейин ҳайз кўришининг ўзгарган-ўзгармаганлигини аниқламоқ керак, ҳайз функциясининг бу даврларда ўзгариши ички жинсий аъзоларда яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатиши мумкин.

Аёл билан суҳбатлашганда ҳомиланинг нечанчи эканлигини, олдинги ҳомиладорликлар ва туғиш қандай ўтганлиги, илгариги ҳомиладорликдаги гипертензив ҳолатлар, ички аъзолар (буйрак, жигар, юрак кон-томир системалари) касалликларини ва илгариги туғишларда юз берган бошқа касалликларни ёки ўзгаришларни аниқлаш керак. Туғруқдаги патологик ҳолатлар (вақтидан олдин сув кетиши, туғруқ дардлари сустлиги, ҳомиланинг нотўғри ётиши, чанокнинг тор бўлиши), қисқич солиш ёки кесарча кесиш усули билан ҳомилани туғдириш зарурияти борлигини кўрсатади. Ҳомиланинг муддатидан илгари туғилиши ва бола туғилиши каби ҳоллар бу аёлда бирор касаллик (бачадон шиллик каватининг яллиғланганлиги, бачадон ишиши ва бошқалар), турли юқумли касалликлар борлигидан ёки инфантилизмдан дарак беради.

Шуни унутмаслик керакки, ўз-ўзидан бола туғилиши ёки сунъий йўл билан қилинган аборт жинсий аъзоларда яллиғланиш жараёнини пайдо қилиши оқибатида ҳомиладорлик ва туғиш вақтида турли патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин.

Аввалги ҳомиладорлик ва туғиш яхши ўтган бўлса, бу аёлнинг соғлом эканлигини кўрсатади ва навбатдаги ҳомиладорлиkning муваффақиятли ўтишини олдиндан билишга имкон беради. Аксинча, илгариги туғруқда қилинган операция, туғилган боланинг тезда ўлганлиги ёки ўлик туғилганлиги бу ҳомиладорликда ҳам қўшимча касаллик ва оғир ҳолатлар рўй бериши мумкинлигини ва ҳомиладорни алоҳида аҳамият билан кузатиб бориш лозимлигини кўрсатади.

Ҳомиладорлик ва туғиш вақтидаги касалликлар ёки қўшимча патологик ҳолатлар аввалги туғишдан кейин, чилла даврида рўй берган касалликлар натижасида бўлиши мумкин. Шунга кўра аввалги ҳомиладорликда чилла даврида аёл касаллик билан оғриганми - йўқми, буни билиш зарур.

Ҳомиладор аёлдан зрининг соғлиғи ҳақида сўралади, чунки унинг илгари ва ҳозир сил, сўзак ва бошқа касалликлар билан оғриган бўлиши ҳомиладор аёл ва ҳомила соғлиғига хавф солади.

Анамнезда ҳомиладор аёл яшайдиган уй ва ишхонанинг санитария - гигиена шароитлари, унинг овқати, қанча ухлаши ва дам олиши батафсил аниқланади. Ҳомиладор аёлнинг турмуш ва меҳнат шароитининг ҳомила тараққиётида, туғилишида ва чилла даврининг кечишида аҳамияти катта бўлади.

Анамнез синчиклаб йиғилади ва олинган маълумотлар ҳомиладорлик варақасига тўлиқ ёзиб қўйилади.

8.2. ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ

Ҳомиладор аёлни объектив текширганда унинг тана тузилишига аҳа-

мият бериш зарур. Дастлаб аёлнинг бўйи ўлчанади, агар бўйи 145 см дан паст бўлса, унда чанок тор бўлиши ва туғиш жараёнида оғир ҳолатлар рўй бериши мумкин.

Аёлнинг скелет суякларидаги нуқсонларга: оёғининг қийшиқ ёки бит-тасининг калталиги, орқа умуртқанинг қийшиқлиги, шакли, кўкрак қафасининг ичига ботгани, думғазанинг Михаэлс ромби шаклидаги нуқсонларига аҳамият бериш лозим. Шунда ҳомиладорлик ва туғишнинг қандай кечиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Думғаза ромбини аниқлаш учун ҳомиладор аёлни тик турғазиб, чанокнинг орқа юзаси кўздан кечирилади. Агар ромб тўртбурчак шаклида бўлса, бу нуқсонсиз (мукамал) чанок ҳисобланади.

Аёлнинг тана юзаси (териси) тозами, тошмалар йўқми, юзида, юқори лаби остида, сут беzi сўрғичи атрофида, қорин деворининг оқ чизиги соҳасида қорамтир доғлар бор-йўқлигини текшириш керак. Сут безларининг тўлишган-тўлишмагани ҳам кўрилади. Бу белгилар ҳомиладорликка хос ва аёлнинг бўйида бўлганига тахмин қилса бўлади.

Ҳомиладор аёллар ички аъзоларини текшириш усули ҳамма ерда бир хил қабул қилинган. Бунда ҳарорат ўлчанади, томир уриши саналади, қон босими аниқланади, тери ва кўз оқи ва кўринадиган шиллиқ қаватлари (лаб, оғиз, тил) кўздан кечирилади ва ҳоказо.

Ҳомиладорлик даврида организмда жиддий ўзгаришлар рўй беришини назарда тутиб, ички аъзоларни текшириш жуда ҳам зарурдир. Бу ўзгаришлар юрак, буйрак, ўпка ва бошқа аъзолар касалликларига ёмон таъсир қилиши мумкин. Ҳомиладор аёлдаги касалликларни ўз вақтида аниқлаш керак, шунда аёлнинг ҳомиладор бўлиш-бўлмаслиги ва ҳомиладор бўлса, уни давом эттириш мумкин ёки мумкин эмаслиги аниқланади. Айниқса, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон ва сийдикни, қон босимини мунтазам равишда текшириш, тана вазнини ўлчаб туриш зарур.

Қоринни кўздан кечирганда у тик турган овал шаклда бўлса, ҳомиланинг тўғри ётганини, кўндаланг ёки қийшиқ турса, ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ётганини, юмалоқ шар шаклида бўлса, эгизак бола ёки қоғонок суви кўплигини, қорин осилган ёки туртиб чиққан (ўтқир учли) бўлса, чанокнинг торлигини кўрсатади.

Агар юзда ва оёқларда шиш бўлса, бунинг сабабини аниқлаш зарур. Бу ҳолат ҳомиладорлик гипертензив ҳолатларида, юрак ва буйрак касалликларида кузатилади. Агар тери ва кўринадиган шиллиқ қаватлар рангсиз бўлса, қамқонликдан, лаб ва тирноқ кўкарган бўлса, кислород етишмаслигидан (юрак касаллигидан) дарак беради. Бундан ташқари, сут безларининг яхши ривожланмаганлиги, жинсий аъзолар соҳасида, кўлтиқ остида тукларнинг кам бўлиши ички жинсий аъзоларнинг яхши ривожланмаганлигини билдиради.

Қоринни пайпаслаб кўриш ташқи текширишнинг асосий усулидир. Бунинг учун олдин акушер қўлини тозалаб ювиб, бир оз иситади, аёл тизза бўғимини буккан ҳолда чалқанча ётади. Кўришдан олдин ковуқ бўша-

тилади. Пайпаслаб кўришдан олдин суяк дўмбоқлари бойламлари топилади. Булар пайпаслаб кўришда мўлжал бўлади.

Қоринни пайпаслаб кўрганда бачадон туби аниқланади, ҳомиланинг бачадонда ётиш ҳолатида унинг кичик чаноққа яқин турган қисми (боши, думбаси ёки кўндаланг ётиши), унинг майда қисмлари аниқланади. Ультратовуш ёрдамида ҳомила ва йўлдошнинг ётиши аниқроқ билинади.

8.3. ҚИН ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ

Одатда ҳомиладор бачадони туби 3-ой охирида қов суяги устидан кўтарилиб туради, аммо ташқи пайпаслаб кўриш билан баъзан буни аниқлаш қийин бўлади. Шунга кўра ҳомиланинг бор-йўқлигини ва унинг муддатини аниқлаш учун кўпинча қин орқали текшириб кўрилади.

Бунинг учун текширишдан олдин қовуқ бўшатилади.

Текширишда яхшиси аёлни чалқанча ётқизиб, тизза бўғимларини буюкиб, оёқлари ораси очилади.

Текширишдан олдин шифокор қўлини тозалаб ювиб, стерил резина қўлқоп кияди. Текширишда жинсий аъзоларнинг ташқи юзасини, чотни, тўғри ичак тешиги атрофини кўздан кечириб, бирор патологик ўзгариш бор-йўқлиги аниқланади. Кейин гинекологик кўзгулар ёрдамида бачадон бўйнини кўздан кечиради (8.1.-расм). Сўнгра чап қўлнинг икки бармоғи (бош ва кўрсаткич бармоқлар) билан кичик жинсий лабларни очиб, қинга кириш олди қизарган-қизармаганлиги, кўкарган-кўкармаганлиги, сийдик чиқариш тешиги қандай аҳволда эканлиги, қин дахлизи олдидаги катта-кичик безларда яллиғланиш бор-йўқлиги аниқланади.

Сўнгра ўнг қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоғи қинга аста-секин киргизилади. Бунда катта бармоқ билан жимжилоқ эса қафт томонга буки-



8.1.-расм. Гинекологик кўзгулар ёрдамида бачадон бўйнини кўздан кечириш



8.2.-расм. Аёллар ички жинсий аъзоларини қин ва қорин девори орқали икки қўллаб текшириш

лган ҳолда четга тақалиб туради. Қинга киритилган бармоқлар билан қиннинг узунлиги ва кенлиги, қин деворларининг ҳолати (шишганлиги, қат-қатлари, гадир-будурлиги, кенгайиш хусусияти), чаноқ ости мускулларининг қандай ҳолатда эканлиги, бачадон бўйнининг қин қисми ва қин гумбазлари, бачадон бўйни ташқи бўғизининг шакли (думалоқ, ёриққа

ўхшаш очик ёки берклиги ва бошқалар) аниқлангач, иккала қўл билан текширишга киришилади (8.2.-расм).

Иккала қўл билан ҳомиладор аёлни текшириш (бимануал текшириш) нинг ўзига хос хусусияти бўлиб, бунда бачадоннинг катта-кичиклиги, шакли, қўзғалувчанлиги, қаттиқ-юмшоқлиги, туриш ҳолати, оғриқли ёки оғриқсиз эканлигини, ҳомиладорлик белгиларини, бачадон ортиқларининг қандай ҳолатда эканлиги ва чанокнинг ички юзаси текширилиб, унинг ички ўлчовлари аниқланади.

Бунинг учун ўнг қўл бармоқлари қиннинг олдинги гумбазига юборилган ҳолда, чап қўл бармоқлари билан қорин деворининг қов суяги устидан бачадон танаси текширувчининг иккала қўли орасида бўлгунча, аста-секин босилади. Агар бачадон орқага эгилган бўлса, уни бундай текшириш билан топа олмаслик ҳам мумкин. Бундай ҳолларда қин ичидаги ўнг қўл бармоқлари орқа гумбазига ўтказилади ва текшириш юқоридагича такрорланади.

Бачадон танаси аниқлангач, унинг катта-кичиклиги, ҳаракатчанлиги, оғриқ бор-йўқлиги ва шакли аниқланади. Бачадонни пайпаслаб текшириб бўлгач, қин гумбазлари синчиклаб кўрилади. Бундан ташқари, чанок деворини текшириб, ўсиқлар бор-йўқлиги, чанок шакли ва думғаза суягининг чанок ичига қараган думғаза бурни дўнги бармоқ билан текширилади, унга бармоқ етмаса, демак, чанок тор эмас, агар етса, у ўлчанади.

Чанокнинг ички юзаларини текшириб бўлгач, қинга киритилган ўрта бармоқ учини думғаза суягининг туртиб чиққан жойига (promontorium) қўйилади, ташқаридаги чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан симфизининг пастки чети белгиланган ҳолда ўнг қўл бармоқлари қиндан чиқарилади. Ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоқ учи билан белгиланган оралиқ тазомерда ўлчанади. Бу оралиқ диагональ конъюгата (conjugata diagonalis) деб аталиб, нормал чанокда бунинг узунлиги 13 см ва ундан юқори бўлиши мумкин. Шундан 2 см чегириб ташланса, чин конъюгатанинг ўлчови аниқланади.

8.4. ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ДАСТЛАБКИ ДАВРИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорлик бошланишида унинг белгилари жуда аниқ бўлмайди. Бунда ҳомиладорлик фақат тахминий белгиларга кўра аниқланади.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгиларига аёлдаги субъектив ҳолат ва объектив текшириш натижасида унинг организмиде аниқланган ўзгаришлар киради. Ҳомиладорларнинг субъектив ҳолатига:

1) бошқоронғи бўлиб иштаҳаси ўзгаради, нордон ва аччиқ овқатлар егиси келади, баъзан бўр истеъмол қилади, хўл тупроқ ва бошқалар ҳидини ёқтиради;

2) жаҳлдор бўлиб кайфияти тез-тез ўзгариб туради, уйкучан бўлиб қолиши мумкин;

3) ҳидни сезиш қобилияти бирмунча ўзгаради (папирос, атир, ёғ ҳиди

ва бошқа хидлардан кўнгли айнийди);

4) терисида бир қатор ўзгаришлар рўй беради: сут бези тугмачаси атрофида, юзида, корин деворининг оқ чизигида қорамтир доғлар пайдо бўлади.

5) сут безида оғиз сути (бошланғич сут) пайдо бўлиб, кўкраклари катталашади. Агар сут безининг учи сиқилса, оғиз сути чиқади

Шуни айтиб ўтиш керакки, илгари туккан баъзи аёллар кўкрагида сут сақланиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари. Бу хилдаги белгиларга жинсий аъзоларда, сут безида, ҳайз кўришда бўладиган ўзгаришлар киради. Бу белгиларнинг ҳаммаси объектив белгилар ҳисобланади.

Ҳомиладорлик ҳайз кўришнинг тўхташи билан белгиланади. Маълумки, соғлом аёлларда ҳайз даври ўзгармайди. Фақат ҳомиладорлар ҳайз кўрмайдилар, баъзи бола эмизадиган аёллар ҳайз кўрмасликлари мумкин.

Ҳайз даврининг бузилиши умумий касалликларда ҳам учраб туради. Хусусан диабет, сил, сурункали заҳарланиш (кимёвий моддалар ва бошқалардан), оғир руҳий изтироб ёки тўсатдан бошга тушган мусибат натижасида ҳам ҳайз тўхташи ёки унинг даври бузилиши кузатилади.

Ҳайз кўришнинг тўхташи ҳомиладорликнинг тахминий белгиларидан бири бўлишига қарамай, турли акушерлик текширишлари ўтказиш лозим бўлади.

Қиннинг кириш қисми ва қин шиллиқ қаватининг бўртиб кўкариши ҳам ҳомиладорликнинг тахминий белгисидир. Одатда ҳомиладорликнинг 5-6-ҳафтасидан бошлаб бачадон катталашади, шакли ва каттик-юмшоқлиги ўзгаради.

Сут безлари ўзгариб катталашади ва каттиқлашади, юқорида айтганимиздек сут безлари тугмачаси атрофини сиққанда оғиз сути чиқади.

Ҳомиладорликнинг тахминий белгилари объектив белгилар ҳисобланади, қинни ва қин кириш қисмини стерил гинекологик кўзгулар ёрдамда кўрилади. Гинекологик кўзгулар ёрдамида қиннинг шиллиқ қавати, бачадон бўйнининг рангги, қинда яллиғланиш жараёни бор-йўқлиги аниқланади. Бундай текширишлар учун 2 тавақали қошиксимон кўзгулардан фойдаланилади.

Икки тавақали гинекологик кўзгу ишлатилганда у қин орқасидаги чуқурчаларга етгунча қин ичига юборилади, сўнгра бачадон бўйнини кўриш учун кўзгу тавақалари очилади, қин деворларини эса кўзгуни қиндан чиқариб олиш пайтида кўрилади.

Бачадон бўйни ва қин девори қошиксимон кўзгуларда яхши кўринади. Бунинг учун кўзгу қиннинг орқа деворига қўйилиб, чот аста-секин пастга тортилади, иккинчи кўзгуни эса қиннинг олдинги деворига қўйиб, қин девори юқорига кўтарилади.

Иккала қўл ёрдамида ҳомиладорларни текширишда бачадоннинг катта-кичиклигини, шаклини, каттик-юмшоқлигини, қанчалик силжувчан,

оғриқли ёки оғриқсиз эканлигини, туриш ҳолатини, қин гумбазининг ҳолатини, қанчалик силжувчанлигини аниқлашда юқорида кўрсатиб ўтилган текшириш усуллارининг ўзига хос аҳамияти бор.

Ҳомиладорликни кўрсатувчи белгилар

1. Пискачек белгиси – ҳомиладорликда бачадон шаклининг ўзгаришидан иборат. Аслида ноксимон, бир текис ялпоқлашган бачадон нотўғри шаклдаги шарга ўхшаб қолади. Бачадон деворининг ҳомила тухуми жойлашган қисми дўппайиб чиқади.

2. Горвиц-Гегар белгиси. Бу бачадон бўйни билан танаси оралиғи, яъни бачадон бўйин олди (istmus) юмшашига асосланган. Иккала қўл билан текширилганда, қинга киргизилган қўл бармоқлари билан қорин девори орқали қовуқ суяги устидан босаётган ташқаридаги бармоқлар бачадон бўйни олди юмшагани учун бир-бирига тегадиган даражада яқинлашади.

3. Снегирев белгиси – бу белгида ҳам ҳар иккала қўл ёрдамида текширилади. Қин орқали бармоқлар билан текшириш вақтида бармоқлар таъсирида бачадон қисқа муддатга қисқариб, қаттиқлашади. Бачадон қаттиқ-юмшоқлигининг бундай ўзгариши унинг нерв системасининг таъсирланиши туфайли вужудга келади ва таъсирланиш тўхтагач, у яна юмшаб қолади.

4. Гентер белгиси – бу белгида ҳам ҳар иккала қўл ёрдамида текширилади. Қинга киритилган бармоқлар ёрдамида бачадондаги ўзгаришларни аниқлаш билан бирга ташқи қўл ёрдамида бачадон олдинги юзасининг ўрта чизигида тароксимон дўмбоқча бўлади, бу Гентер белгиси деб аталади.

Ҳомиладорликни эрта муддатларида аниқлашнинг гормонал усули. 1928 йилда Ашгейм-Цондеклар аёлнинг ҳомиладор бўлганини аниқлашда гормонал усулини таклиф қилдилар. Бу реакциялар таъсирида ҳомиладор аёл сийдигида гипофиз безининг олдинги бўлагидан ажраладиган гормон аниқланади.

Ҳомиладор аёл организмида гонадотроп гормон – гипофизнинг олдинги бўлагидан ажралган гормонни Ашгейм ва Цондек пролан деб атаганлар. Ҳомиладорликда хорионик гонадотропин ва фолликулин аёл сийдиги билан мўл ажралади. Бу гормон ҳомиладорликнинг биринчи ҳафтасидаёқ кўпая боради. Цондек-Ашгейм реакцияси оқ сичқонларда ўтказиларди.

1947 йилда Галли-Майнини таклиф қилган усул Харьков медицина институтини акушер-гинекологик клиникаси ходимлари (Алпатов ва бошқалар) томонидан қайтадан ишланган. Бу реакцияни эркак сув қурбақада ўтказилади. Ҳомиладорликни аниқлашда Фридман реакцияси куёнларда худди сичқонлардаги каби ўтказиларди.

Ҳозирги пайтда ҳомиладорликни аниқлашда тест-қоғозчаларини қўллаш мумкин: ВВ-тест (Франция). Бу усул билан ҳомиладорликда аёллар

сийдигида хориогоник гонадотропин гормони текширилади. Бунинг учун аёл эрталабки сийдигига тест-қоғозчаси ботирилади: агар иккита чизиқчалар пайдо бўлса, реакция натижаси ижобий, агар чизиқча ягона бўлса, салбий ҳисобланади.

Ультратовуш ёрдамида ҳам ҳомиладорликни аниқлаш мумкин. 5-6 ҳафталигидаёқ ҳомиланинг юрак уришини билса бўлади. Ҳатто 3-4 ҳафталик ҳомиладорликда ҳомиланинг тасвирини кўриш мумкин (8.3.-расм).

8.3.-расм. Ультратовуш текшириш: 11 ҳафталик ҳомила



8.5. ҲОМИЛАДОРЛИКНИ КЕЧКИ МУДДАТЛАРДА АНИҚЛАШ

Ҳомиладорликнинг аниқ ёки шубҳасиз белгилари қуйидагичадир.

1. Ҳомиладорлик тахминан 15-20 ҳафталик бўлганда ҳомиланинг юрак уриши қорин девори орқали, оддий акушерлик стетоскопи билан аниқ эшитилади. Юрак уришини «Малиш» деб аталадиган аппарат ёрдамида ҳам эшитса бўлади. Бунинг учун қорин девори сатҳига вазелин суртиб, унинг эшитадиган қисмини қорин девори бўйича суриб, ҳомиланинг юрак ураётган соҳаси топилади, бунда аппарат ёрдамида юрак уриши саналади (минутига 130-140 марта уради).

Она организмидан қорин девори орқали эшитиладиган товушларга қуйидагилар киради:

а) ҳомиланинг юрак уриши билан бир вақтда бўладиган қорин аортасининг уриши ва бачадон ён деворларидаги катта қон томирларда бўладиган шувиллаган шовқин;

б) ичакларнинг перистальтик (тўлқинсимон) ҳаракати туфайли ҳосил бўладиган ритмсиз шовқин;

в) ҳомиланинг қўл-оёқлари кимираши натижасида ҳосил бўладиган ва қийинлик билан эшитиладиган бўғиқ товуш.

Ҳомиланинг юрак уриши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб эшитила бошланади. Агар ҳомиланинг боши олдинга эгилган бўлиб, унинг орқаси бачадоннинг бирор деворига яқин турган бўлса, унинг юрак уриши орқа томондан яхши эшитилади. Агар ҳомила юзи билан келиб, боши орқага эгилган бўлса, унинг орқаси бачадон деворидан узоқлашади ва кўкраги бачадон деворига тегиб туради. Бу ҳолда унинг юрак уриши кўкрак томонидан яхшироқ эшитилади. Ҳомила боши билан олдин келганда унинг юрак уриши она киндигидан пастда, чаноғи билан келганда

она киндиги қаршисида ёки ундан юқориқда, кўндаланг келганда она киндиги рўпарасида, туғиш жараёнида ҳомиланинг боши чанок ичига кирганда она қорни ўрта чизигида (симфиз устида) эшитилади.

Ҳомилада асфиксия (бўғилиб қолиш) рўй берганда унинг юрак уриши асфиксия босқичига қараб минутига 100-110 марта уриши ёки тезлашиб, 150 ва ундан ҳам тез ура бошлайди. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳомиланинг тирик эканлигини, нормал ўсаётганлигини, бачадоннинг ўсишини кузатиш ва ультратовуш ёрдамида аниқлаш мумкин. Одатда соғлом онанинг томир уриши ҳомиланикига қараганда бир ярим баробардан кам бўлади, буни ҳомиланинг юрак уришидан фарқ қилиш учун ҳомиланинг юрак уриши онанинг билак томири уриши билан солиштирилади.

2. Объектив текширилганда ҳомиладорлик 20 ҳафталик бўлгандан бошлаб ҳомиланинг кимирлаши аниқ билинади. Ҳомиладорнинг ўзи ҳам ҳомиланинг кимирлаганини анча илгари сезиши мумкин. Лекин буни аёл ичаклар перистальтикаси билан алмаштириши ва янглиш маълумот бериши мумкин.

3. Ультратовуш ёрдамида ҳомила скелетини ва юрак уришини, ундаги мавжуд нуксонларни кўриш мумкин (8.4.-расм).

4. Ҳомиладорликнинг бешинчи ойдан бошлаб ҳомиланинг скелет суяқларини рентгенда кўриш мумкин. Бу усулдан ҳозир деярли фойдаланилмайди.

5. Пайпаслаб кўриш усулида (Леопольд-Левитский усули) ҳомила ҳолатини аниқлаш мумкин. Ҳомиладорнинг қорнини пайпаслаб (ушлаб) кўриш усули ҳомила қисмларининг катта-кичиклигини, ҳомиланинг бачадонда жойлашиш ҳолатини, олдин келувчи қисмининг қасрда эканлигини (чанокқа киришдан юқорида, чанокқа қираверишга суқилган ҳолатда ёки кичик ёки катта сегмент билан турганлиги) ни аниқлашдан иборат. Ҳомиладор аёлнинг қорнини пайпаслаб кўриш учун текис қаравотга чалқанчасига, оёқларини тизза ва ёнбош бўғимларидан буккан ҳолда ётқизилади, шифокор унинг ўнг томонига ўтиради.

Ҳомиладор аёл қорнини пайпаслаб текшириш вақтида акушерлик текширувининг тўртта аниқланган усулидан фойдаланилади (8.5.-расм).

Биринчи усул. Бачадон тубининг баландлиги ва унинг тубида ҳомиланинг қайси қисми борлигини аниқлаш учун қўлланилади. Бунинг учун иккала қўлнинг қапти билан бармоқлари бир-бирига қарагани ҳолда, бачадон тубини ушлаб, у енгилгина пастга босилади. Шунда бачадон тубининг турган баландлиги ва ҳомиланинг ётиш ҳолати аниқ билинади.

Ҳомиланинг ўсиши ва муддати бачадон тубининг қайси баландликда турганлигига қараб аниқланади. Агар бачадон тубида ҳомиланинг катта қисмлари аниқланса, бу унинг тўғри ётганлигини кўрсатади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг думбаси борлиги аниқланса, бу олдин келувчи қисм бош эканлигини, аксинча, бачадон тубида ҳомиланинг боши борлиги аниқланса, чаноғи билан олдин келишини кўрсата-

ди.

Иккинчи усул билан хомиланинг оркаси ва майда қисмларининг туришига қараб, унинг қандай ҳолатда эканлиги аниқланади. Бунинг учун иккала қўл бачадон тубидан унинг ёнига ўтказилади.

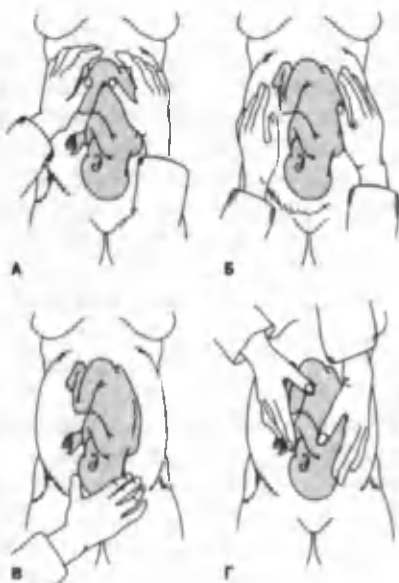
Иккала қўл бармоқлари галма-гал босиб кўрини йўли билан бачадон пайпасланади. Ўнг қўл билан пайпаслаганда чап қўл қимирламай, бачадон деворида туриши керак. Бу усул билан бир томонда текис юза — хомила оркасини, қарама-қарши томонида эса, унча катта бўлмаган ва ўз туришини тез ўзгартирадиган думбоқли юза, хомиланинг майда қисмлари (оёқ, қўллари) аниқланади.

Хомила орқасининг чапга ёки ўнга қараган бўлишига қараб, унинг I ёки II ҳолатда эканлиги аниқланади. Агар хомиланинг орқаси онанинг чап биқинига қараган бўлса, I ҳолат, ўнгга қараган бўлса II ҳолатда ётган бўлади.

Хомиланинг олдинда келувчи қисмини ва унинг кичик чанок бўшлиғига бўлган нисбатини аниқлашда акушерлик текпирувининг учинчи усули қўлланади (8.6.-расм). Бунинг учун қўлнинг катта бармоғи бачадон пастки сегментининг бир томонидан,



8.6.-расм. Леопольд-Левецкийнинг 3 усули



8.5. —расм. Леопольд-Левецкийнинг пайпаслаш усуллари. А. Бачадонни тубидаги хомиланинг қисмларини пайпаслаш. Б. Хомиланинг майда қисмларини аниқлаш. В. Хомиланинг олдинда келувчи қисмини пайпаслаш. Бунда хомила боши ҳаракатчан, чанок қисми тана билан биргаликда силжийди. Г. Хомиланинг боши чанокнинг қайси юзасида турганлиги аниқланади.

қолган 4 та бармоқ эса иккинчи томонида турган ҳолда, хомиланинг олдин келувчи қисми ушланади, сўнгра қўлни бир оз пастга босиб, олдинда келувчи қисмни бармоқлар билан ушланган ҳолда жуда эҳтиёткорлик билан аста-секин ўнгга ва чапга қимирлатилади. Бунда хомила боши билан турган бўлса, каттик, думалок, думба билан турган бўлса, юм-

шокрок ва ҳажми кичкинарок бўлиб билинади. Агар олдин келувчи қисм (бош ёки думба) ҳаракатчан бўлса, бу унинг чаноқнинг кириш қисмидан юқорида турганини, кимирламайдиган бўлса, чаноқнинг кириш қисмида сукилиб турганини кўрсатади. Ҳомила кўндаланг ёки кийшиқ ётган тақдирда олдинга келувчи қисм бўлмайди.

Акушерлик текширувининг учинчи усулида одатда аёл оғрик сезади, шунга кўра, кўпинча бу усул ўрнига тўртинчи усул қўлланилади.

Тўртинчи усул ёрдамида олдинда келувчи қисмининг турган жойи ҳамда у чаноқнинг қайси юзасида турганлиги аниқланади (8.7.-расм).



8.7.-расм. Леопольд-Левицкийнинг 4 усули

Акушер ҳомиладорнинг оёқ томонида турган ҳолда иккала қўли кафтини бачадон пастки қисмининг ўнг ва чап томонига қўяди ва пастга томон аста босади, бунда текширувчи ўз қўлини ҳомиланинг олдинда келувчи қисми билан чаноқ кириш қисмига юборади, шу йўсинда пайпаслаш ёрдамида олдинда келувчи қисми ва унинг туриш ҳолатини (кичик чаноққа кириш қисмининг устидалигини ёки чаноқ ичига ўтганлигини) аниқлайди. Шу усул билан яна бошнинг катта-кичиклиги, энса, пешона, энгакнинг турган жойи ва туғиш жараёнида бошнинг чаноққа тушиш ҳолатлари аниқланади.

Ҳомиладорликни аниқлашда яна қуйидаги қўшимча усуллар мавжуд.

Амниоскопия — бу усул ёрдамида қоғаноқ суви ва сув пардаси кўрилади. Бунда сув пардаси ҳали йиртилмаган бўлишига қарамасдан қоғаноқ сувининг рангги, тиниклик даражасига (қукиш, сариқ рангда ва лойқа эканига) қараб ҳомилада асфиксия бўлган-бўлмагани, ҳомиладаги гемолитик касаллиги ва бошқалар аниқланади.

Амниоскопия стационар шароитида қўлланади.

Амниоцентез — бу усул ёрдамида ҳомиланинг сув пардаси орқали ундан қоғаноқ суви олинади. Гемолитик касалликнинг оғир турлари, келиб чиқиши ва ҳоказолар аниқланади.

Фонокардиографияда ҳомила юраги фаолияти аниқланади. Бу усулда ҳомила юрагининг уриши (нормада экани, тезлашгани ва секинлашгани), ритми (нормада, аритмия), товуши ва бошқалар аниқланади. Бу ҳомилада асфиксия бошлангани ва бошқа патологик ҳолатларга тахмин қилиш

ва уларнинг олдини олишга имкон беради.

Кардиотокограф ва электрокардиография — бу усуллар кенг қўлланилади, ҳомиланинг юрак фаолияти, айниқса ундаги гипоксияни ўз вақтида аниқлашда аҳамияти катта. Бу усулда ҳомила юрак уришини 14-16 ҳафталигидаёқ билиш, шунингдек плацентанинг олдинда жойлашганини аниқлаш мумкин.

Ультратовуш ёрдамида ҳомиладорликни эрта муддатида ҳам аниқлаш мумкин бўлади. Бундан ташқари, ҳомиланинг сўнгги тараққиёт даврида унинг бачадонда ётиш ҳолатини (боши, танаси, оёқ-қўллари, ички аъзолари), оёқ-қўллар ва бошнинг жойлашишини ва кўкрак қафаси ўлчовини аниқлаш мумкин.

Ҳомиладорлик муддатини ҳамда унинг ривожланишидаги нуқсонларни (гипотрофия, гидро- ва микроцефалия ва бошқалар) билиш мумкин. Бундан ташқари, бу усул ҳомила йўлдошини, коғанок сувининг кўп ва озлигини, кўп ҳомилалик, айниқса ҳомиладорликнинг кечишини кузатишга имкон беради. Ультратовуш орқали текшириш ҳомиладор учун ҳам, ҳомила учун ҳам зарарсиздир.

Рентген орқали диагноз қўйиш ҳозирги пайтда кам қўлланади. Аммо бу усулдан ультратовуш аппарати бўлмаса ва пайпаслаб, қин орқали текшириб ҳомила ҳолати ва ундаги нуқсонларни аниқлаб бўлмагандагина фойдаланилади.

8.6. БИРИНЧИ ВА ҚАЙТА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ АНИҚЛАШ

Биринчи ва қайта ҳомиладорлик одатда анамнез ёрдамида аниқланади. Буни аниқлашдаги объектив белгилардан бири жинсий аъзолардаги ўзгаришлардир. Хусусан жинсий тешикнинг йирилиб туриши, қизлик пардасининг қолдиқлари — *corpuccle murtiformis* сўрғичга ўхшаб қолган бўлади. Туғмаган аёлларда қизлик пардаси шакли сақланган, аммо йиртилган, бу *corpuccle huminalis* дейилади. Тукқан аёлларда кин кенг, бачадон бўйни цилиндр шаклида, унинг тапқи тешиги йирик (кўндалангига) бўлади.

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда бачадон бўйни то тукқунга қадар берк бўлади, аммо тукқан аёлларда туғмасдан 4-5 ҳафта илгариёқ бачадон бўйнига битта бармоқни киритиш мумкин.

Қорин деворини кўздан кечирганда ҳам аёлнинг тукқан-туғмаганлиги ҳақида тахмин қилиш мумкин. Тукқан аёлларда қорин девори тўғри мускули бирмунча ажралган, терида эски тиртиқлар — *striae gravidarum* ни кўрамиз, улар оқ чизик шаклида бўлади. Бу тиртиқлар оқ рангда бўлса, бу аввалги ҳомиладорликдан қолганини, пушти-қизил рангда бўлса, ҳозирги ҳомиладорликники деб хулоса чиқариш мумкин. Аммо баъзан бу тиртиқлар ҳомиладор бўлмаган аёллар қорин девори, сонларининг олдинги сатҳида учраб турганини назарда тутиб кўпчилик олимлар буни гормонал жараён натижаси деб талкин қиладилар.

Биринчи ҳомиладорликда ҳомила боши туғишдан 4-5 ҳафта илгари чанок кириш қисмида бўлади. Қайта тукқанларда эса то туғиш жараёни бош-

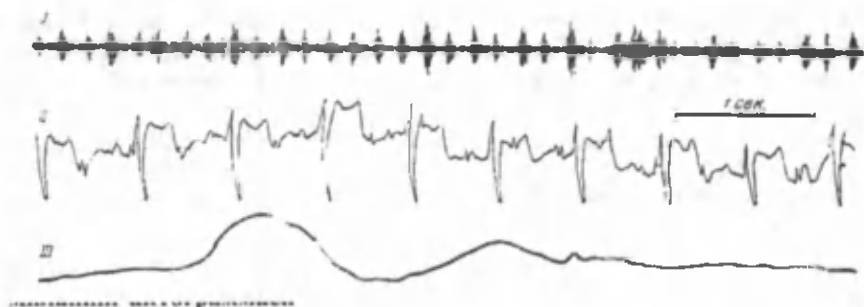
ланмагунча ҳомила боши чанок кириш қисмидан юқорида туради. Туғруқ дарди бошланиши билан аста-секин чанок кириш қисмига яқинлашиб, ниҳоят бачадон бўйни гула очилиши билан жойлашиб олади.

Сут безларида ҳам баъзи ўзгаришлар бўлади. Тукқан аёлларда сут безлари бирмунча осилган, сўргичлари анча яхши билинади. Туғмаган аёлларда эса сут безлари таранг, унинг сўргичлари кичкина бўлади. Аёлнинг биринчи ёки қайта ҳомиладорлигини билишнинг суд тиббиётида аҳамияти катта.

8.7. ҲОМИЛАНИНГ ТИРИК ЁКИ ЎЛГАНИНИ АНИҚЛАШ

Дастлаб ҳомиланинг қандай ўсаётгани ва ҳаётлигини бачадоннинг ой сари катталаниши билан аниқланади. Бачадоннинг ўсиши календар ёки акушерлик ойи билан белгиланади ва у маълум ҳажмда бўлади. Агар бачадон ўсмай қолса ёки секин ўсса, унда ҳомила тирик бўлса ҳам ўсишдан орқада қолаётганидан (гипотрофия) хабар беради. Қайта бўйида бўлган аёллар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ҳомиланинг қимирлашини анча илгарирок сеза бошлайдилар.

Ҳомиланинг юрак уриши оддий акушерлик стетоскопиди ҳомиладорликнинг 2-ярмида эшитилса, фонокардиограф, кардиотопограф, мониторинглар ёрдамида эртароқ аниқлаш мумкин (8.8.-расм).



Аммо ҳомиланинг юрак уришини эшитганда, албатта, онанинг томир уриши билан солиштириш зарур. Онда иситма, камқонлик ёки юрак касалликлари бўлганда ҳам томири тез уриб, унда ҳомила юрагининг зарби билан алмаштириш мумкин. Ҳомиланинг ўлик ёки тириклигини аниқлашда шуларни ҳам ҳисобга олиш керак.

Ҳомиланинг қимирлашини она сезмай қолса, ҳомила ўлган бўлади. Қоғанок суви шимилаётганига кўра бачадон кичиклаша боради. Ҳомиладорлар қорин пастида оғирлик сезадилар, оғизлари бемаза бўлиб, этлари увишади, сут безлари юмшаб қолади. Ҳомиланинг тирик ёки ўлганини ультратовуш усулида аниқлаш мумкин. Ҳомиланинг ўлгани қанчалик

эрта аниқланса, аёлга шунчалик ўз вақтида ёрдам бериш мумкин бўлади. Акс ҳолда аёлда турли патологик ҳолатлар юз бериши, хусусан бачадонда ҳомила чириши, қон ивишининг сусайиши, ўлган ҳомилани бачадондан олиб ташлаш жараёнида коагулопатик қон кетиши мумкин.

8.8. ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ДАВОМ ЭТИШИ, УНИНГ МУДДАТИ ВА ТУҒИШ ВАҚТИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорлик, сўнгги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисоблаганда ўрта ҳисобда 280 кун ёки акушерлар ойи билан 10 ой — 40 ҳафта давом этади, лекин баъзан ҳомиладорлик 280 кундан кам ёки ортиқ давом этиши мумкин. Аёлларда ҳомиладорлик муддатини аниқлашда кўп қийинчиликлар учрайди, чунки унинг қачон бошланганлигини аниқ билиш қийинрок бўлади.

Ҳомиладорлик муддати охириги ҳайзнинг биринчи кунидан тўла кун ёки тўла ҳафталар билан ҳисобланади. Охириги ҳайзнинг биринчи куни 0 куни, 0-6 кунлар “нол тўла ой ҳафталик”, 7-13 кунлар эса “биринчи тўла ой ҳафталик” ва ҳомиладорликнинг охириги 40- ҳафтаси — “39 тўла ҳафтаси” ҳисобланади.

Акушерлик тажрибасида туғиш вақтини аниқлаш учун Негель усулидан фойдаланилади. Бунинг учун охириги ҳайзнинг биринчи кунидан 3 ой орқага санаб, унга 7 кун қўшилади. Масалан, агар охириги ҳайзнинг биринчи куни 20 август бўлса, 3 ой орқага саналиб (20 июль, 20 июнь, 20 май), унга 7 кун қўшилса, демак, туғруқ келгуси йилнинг 27 майида бўлади.

Шунингдек, туғиш вақтини аёл ҳомиланинг биринчи марта қимирлаганини сезган кунидан бошлаб ҳисоблаш ҳам мумкин. Одатда ҳомила биринчи ҳомиладорликда 20 ҳафтадан сўнг, қайта ҳомиладорликда 15 ҳафтадан кейин қимирлайди.

Ҳомиладор ҳомиланинг қимирлашини сезган кунига 140 кун (акушерлар ойдан 5 ой) ва қайта ҳомиладорларда 154 кун (акушерлар ойдан 5,5 ой) қўшилади. Шу йўл билан тахминий туғиш вақти аниқланади. Лекин туғиш вақтини шу йўл билан унчалик тўғри аниқлаб бўлмайди. Чунки аёл ҳомиланинг қачон қимирлаганини унутган бўлиши ёки ичаклар перистальтикасини ҳомиланинг қимирлаши деб янглишган бўлиши мумкин.

Туғиш вақтини охириги ҳайзнинг биринчи куни бўйича аниқлаш муҳимдир.

Ультратовуш билан ҳомила ёшини аниқлаш ҳам мумкин. Бунда ҳомила бошининг катта-кичиклиги, танасининг узунлиги диагноз қўйишда асосий белгилардан ҳисобланади.

Ҳомиладорлик муддатини ва туғиш вақтини аниқлашда бачадон ўлчови ва тубининг баландлигини билиш катта аҳамиятга эгадир (8.9.-расм).

Ҳомиладорликнинг дастлабки даврларида, ҳали бачадон чаноқ бўшлиғида турганда унинг катта-кичиклиги кин орқали текшириб аниқланади. Ҳо-

миладорликнинг тўртинчи ойи охирида бачадон туби киндик билан қов суяги оралиғида, симфиздан 4 бармоқ энида юқорида туради. Демак, бачадоннинг кўп қисми катта чанокка ўтган бўлади. Ҳомиладорликнинг бешинчи акушерлар ойи охирида бачадон катта одам бошидек келади, унинг туби икки бармоқ энида киндикдан пастда туради. Агар тўртинчи ой охирида қорин деворининг кўтарилганлиги зўра аниқланса, бешинчи ой охирида анча кўп кўтарилган бўлади.

Ҳомиладорликнинг олтинчи акушерлик ойида бачадон туби киндикда, еттинчи ойи охирида эса киндикдан 3 бармоқ энида юқорида бўлади. Ҳомиладорликнинг саккизинчи акушерлар ойида бачадон туби киндик билан ханжарсимон ўсимта ўртасида, симфиздан 30-32 см юқорида туради, айланаси 80-85 см бўлади.

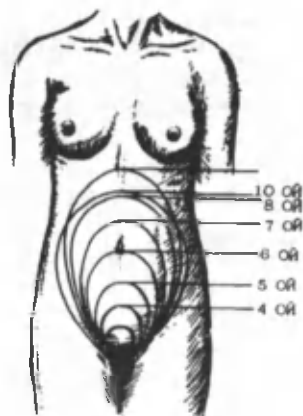
Ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойида бачадон туби ўзининг энг юқори нуқтасига, яъни ханжарсимон ўсимтага такалади. Киндик бирмунча дўппайиб чиқади.

Ҳомиладорликнинг ўнинчи акушерлар ойида бачадон туби ҳомиладорликнинг саккизинчи ой охирида эгаллаган жойида, яъни киндик билан ханжарсимон ўсимта орасида гуради. Бироқ, бачадон туби саккизинчи ва ўнинчи ой охирида бир хил баландликда бўлишига қарамай, улар бир-биридан қорин айланасининг ўлчови билан фарқ қилади: саккизинчи ойда қорин айланаси 80-85 см бўлса, ўнинчи ойда 95-98 см ва ундан кўп бўлади. Бундан ташқари, ўнинчи ойда қорин осилган бўлиб, ҳомиладорнинг нафас олиши осонлашади.

Биринчи марта туғувчиларда ҳомиладорликнинг саккизинчи ойида ҳомиланинг боши чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлиб, ўнинчи ойда чанокнинг кириш қисмига суқилган ҳолатда, қимирламай туради. Қайта туғувчиларда эса ҳомиланинг боши ҳомиладорликнинг охиригача чанокнинг кириш қисмидан юқорида ва қимирлайдиган бўлади. Бачадон тубининг баландлигига қараб ҳомиладорлик муддатини ҳамма вақт ҳам тўғри аниқлаш мумкин бўлавермайди.

Бачадоннинг катталиги фақат ҳомиладорлик муддатигагина эмас, балки қоғанок сувининг миқдори, ҳомиланинг катта-кичиклигига ҳам боғлиқдир (унинг оғирлиги одатда 2500 дан 5000 г гача бўлади). Шунингдек, бачадоннинг катталиги бачадон деворининг қалинлиги, ҳомиланинг миқдори, унинг жойлашишига, қоғанок олди суви ҳажмига ҳам боғлиқдир. Қорин айланаси киндик устидан сантиметр тасмачаси билан ўлчанади.

Ҳомиладорликнинг охирида қорин айланаси 96-100 см бўлади, қов суяги (симфиз) устидан бачадон тубининг баландлиги ҳам сантиметр тасмачаси билан ўлчанади.



8.9.- расм. Ҳомиладорликнинг турли муддатларида бачадон тубининг туриш баландлиги.

Ҳомила узунлигини ўлчаш ҳам ҳомиланинг ёши ва ҳомиладорлик муддатини аниқлашда қўшимча усул ҳисобланади. Бунинг учун ҳомиладорни чалқанча ётқизиб, одатдаги чанок ўлчагич билан ўлчанади (ўлчаш олдидан ҳомиладор қовуғини бўшатади).

Чанок ўлчагичнинг бир учи одатда ҳомиланинг чанок қисми турадиган бачадон тубига, иккинчи учи эса ҳомила бошининг пастки юзасига қўйилади (ҳомила қисмларининг жойлашиши қорин девори орқали пайпаслаб кўриб аниқланади). Бу оралиқ, В.В. Сутугининг айтишича, ҳомила узунлигининг ярмисини ташкил қилади. Шу усулда аниқланган ҳомила узунлигидан 2-3 см қорин девори қалинлигига чиқариб ташланади. Шу йўл билан ҳомила узунлигини аниқлаб, уни 5 га тақсимласак, бизга бачадондаги ҳомиланинг (ҳомиладорликнинг) муддати маълум бўлади. Масалан: чанок ўлчагичнинг кўрсатишича, бачадон туби билан ҳомила боши пастки қисмининг оралиғи 16 см бўлса, ҳомила узунлиги 32 см га тенг келади. Шундан 2 см қорин девори қалинлигига чиқарилса, 30 см қолади. Бу узунликни 5 га тақсимлаб, ҳомиладорлик муддати олтинчи ойининг охири (30:5) ҳисобланади. Шундай қилиб, ҳомиланинг узунлигига қараб, унинг муддати аниқланади.

Ҳомиладорлик муддатига қараб, ҳомиланинг неча ойлиги ва бўйини аниқлаш учун дарсликнинг олдинги бобларида Гаазе чизмаси келтирилган эди.

Ҳомила бошининг энсаси билан пешонасидаги маълум нуқталар ораси унинг катталиги ҳисобланади. Бу нуқталар оралиғи одатда ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойи охирида 11 см га тенг бўлади. Бу оралиқни ўлчаш учун ҳомиладор чалқанча ётқизиб текширилади.

Фигурнов чизмаси. Ҳомила 32 ҳафталик бўлганида мавжуд ҳомиладорлик белгиларига қараб ҳамма ҳомиладор аёллар 3 турга бўлинади.

Биринчи турда — унча катта бўлмаган (9 см атрофида) ҳомила боши (кичик сегменти) чанокнинг кириш қисмига зич сукилиб туради, қорин катта бўлмайди (айланаси 50 см атрофида бўлади), бачадон туби симфиздан 23-25 см юқорида, яъни ханжарсимон ўсимта билан киндик оралиғида туради. Бачадон бўйни катталашган бўлади.

Иккинчи турда — ҳомиланинг боши ўртача ўлчовда (10 см атрофида) бўлиб, чанокнинг кириш қисмига сукилиб кирган бўлади, қорин айланаси 100 см га етади, бачадон унча катта бўлмайди. Унинг туби симфиздан 28 см юқорида, симфиз билан ханжарсимон ўсимта орасида туради, бачадон бўйни бирмунча катталашган бўлади.

Учинчи турда — ҳомиланинг боши чанокнинг кириш қисмида, катта ёки ўртача ўлчовда (10-11 см), қўзғалувчан бўлади. Қорин айланаси 95-100 см бўлиб, бачадон туби киндик билан ханжарсимон ўсимта оралиғидан юқорида туради ва 30/32 см келади. Бачадон бўйинининг узунлиги 3 см бўлади.

Фигурнов ҳомила туғилиш йўлида чаноғи билан келганда бачадон тубининг бирмунча юқорида туришини ҳисобга олиб, баъзи ўзгаришлар кiritишни, ҳомила кўндаланг келганда эса боши катталигини ҳисобга олиб Альфельд усулидан фойдаланишни (ҳомила узунлигини ўлчашни ва бошқаларни) тавсия этади. Бундан ташқари, ҳозирги пайтда ҳомила катта туғи-

ладиган бўлиб қолди (акселерация), шуни ҳам ҳисобга олиш зарур бўлади. Аёлларга қулай шароит яратиш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оилани мустаҳкамлаш мақсадида ҳомиладорларга турғуқдан илгари бериладиган таътил 112 календар кунга етказилди.

8.9. 30 ҲАФТАЛИК ҲОМИЛАДОРЛИКНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНИ

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш учун анамнезда қуйидаги саволлар билан аёлдан маълумот олинади:

- охирги ҳайз қачон бўлган?
- ҳомиладор бўлган вақтни аёл тахмин қила оладими?
- биринчи марта ҳомила қачон кимирлаган?
- акушер-гинекологга аёл биринчи марта келганда ҳомиладорлик неча ҳафталик деб белгиланган?
- олдинги маълумот (ҳомиладорлик муддати қанча давом этган, туғилган ҳомилаларнинг оғирлиги);

Объектив маълумотлар:

- бачадон тубининг қов суяги устидан қанча баланд турганини аниқлаш;
- қорин айланасини аниқлаш;
- аёлнинг бўйи ва вазнини ўлчаш (1-жадвал).

Бачадон тубининг қов суяги устидан қанча юқорида турганлиги ҳомиладорлик муддатини аниқлашда асосий белгилардан биридир, бунда аёлнинг тана тузилиши, бўйи, тана оғирлиги, озғин ёки семизлиги ҳисобга олинади.

Бачадон тубининг баландлиги кўп аёлларда 30 ҳафталик ҳомиладорликда 29-31 см бўлади. Бўйи 160 см бўлган тери ости ёғ қатлами тана оғирлигига мос бўлган (тана оғирлиги 58 кг гача) ҳомиладор аёлларда бачадон туби 30 ҳафталик ҳомиладорликда қов суягидан 27-30 см юқорида бўлади. Тери ости ёғ қавати анча кўп (семиз) ҳомиладор аёлларда бачадон туби қов суягидан 30-32 см баланд бўлади.

1-жадвал

Аёлларда 30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлаш

Бачадон туби баландлигини ўлчашдан олдин қовуқ сийдикдан бўшатилади, иложи бўлса, ичаклар ҳам бўшатилади. Қорин айланаси киндик соха-

Ўлчовнинг	Бўйи 160см гача			Бўйи 165см гача	Бўйи 170см гача	Бўйи 170см дан ортиқ
	Вазни 55кг	Вазни 65кг	Вазни 80кг	Вазни 55кг	Вазни 75 кг	Вазни 90кг
Бачадон тубининг баландлиги (см)	28	29	30	29	29	30
Ўртача интервал	27-29	28-30	29-31	28-30	28-31	29-32
Қорин айланаси (см)	87	91	99	88	98	102
Ўртача интервал	83-90	88-94	95-103	85-91	94-102	98-106

сидан ўлчанади.

Ҳомиланинг пешона-энса ўлчови тазомер билан ўлчанади, бу 30 ҳафталик ҳомиладорликда 10-11 см га тенг келади.

Одатда 30 ҳафталик ҳомиладорликда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чанок кириш қисмининг юқорисида бўлади ва уни осон қўзғатиш мумкин. Агар анамнез ва объектив текширишлар ёрдамида зарур маълумотлар олишга имкон бўлмаса, ҳомиланинг гестацион ёши (она қорнидаги ёшидан) фойдаланиш керак.

30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаланиш мумкин: сон ва оёқ суяклари узунлиги, ҳомила бошининг ўртача ўлчови, ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолган-қолмаганлигини аниқлашда аёлнинг қорин айланасини ҳам ўлчаш лозим бўлади.

Юқорида 30 ҳафталик ҳомиланинг фетометрия кўрсаткичлари келтирилган (2-жадвал).

2-жадвал

Ультратовуш билан текширишда фетометрия кўрсаткичлари

Ҳомиладорлик муддати	Бошнинг биариета.л ўлчови (см)	Пешона-энса ўлчови (см)	Бошнинг ўртача чакка оралиғи-пешона-энса ўлчови (см)
3 ҳафталик ўртача интервали	7.5 8.3-6.7	9.8 10.8-8.8	8.6 9.5
Ҳомиладорлик муддати	Қорин айланаси ўлчови (см)	Сон суяги узунлиги (см)	Оёқ катталиги (узунлиги, см)
30 ҳафталик ўртача интервали	8.0 9.1-6.8	5.6 6.3-4.7	5.6 6.4-4.8

Агар 30 ҳафталик ҳомиладорликни аниқлашда қийинчилик пайдо бўлса, бу 3 кишидан иборат шифокорлар хайъати иштирокида ҳал қилинади.

8.10. ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ ТУҒИШГА ТАЙЁРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорнинг туғишга тайёрилиги асосан бачадоннинг қисқариш хусусияти ва бачадон бўйни хусусиятларига қараб аниқланади. Бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятини қўл ва махсус аппаратлар ёрдамида белгилаш мумкин.

1. «Етилмаган» бачадон бўйни.

1. Бачадон бўйнининг каттиқлиги ёки юмшоқлиги аниқланади

2. Бачадон бўйни каналининг ташқи тешиги берк ёки бармоқ учи сифатида.

3. Бачадон бўйни сақланган ёки 4 см дан кўп қисқармаган.
4. Бачадон бўйнининг пастки сегменти юпқалашган, аммо юмшамаган.
5. Бачадон бўйни қалин, деворининг қалинлиги 2 см га қадар.
6. Бачадон бўйни чапга ва орқага қараган.

II. Бачадон бўйни «етилган»

1. Бачадон бўйни юмшаган.
2. Бачадон бўйнининг қин қисми 2 см ва ундан кам қисқарган.
3. Бачадон бўйни канали бир бармоқ очиқ, чаноқ ўқи бўйича жойлашган.

4. Қин гумбази орқали олдинга келувчи қисми аниқ билинади.

5. Бачадон бўйнининг қалинлиги 0,5 см.

6. Бачадон бўйни чаноқ ўқи бўйича жойлашган.

III. Бачадон мускулларининг окситоцинга сезгирлиги (Смитнинг окситоцин белгиси) ни аниқлаш учун:

1. Ҳомиладор 15-20 минут ётқизиб қўйилади.

2. 500 мл 5% ли глюкозага 1 мл 5 бирликда окситоцин қўшилади (бунда 0,01 бирлик окситоцинга 1 мл глюкоза ҳисобида).

3. Тайёрланган эритмадан 5 мл ни бир минутда 1 мл дан қўйилади.

4. Бачадон қисқаришини пайпаслаб ёки гистерограф ёрдамида аниқланади.

5. 3 минутдан кейин бачадон қисқарса, ижобий ҳол ҳисобланади, окситоцин укол қилингандан сўнг 2 кун давомида туғруқ бошланади.

6. Туғруқ 3 кун давомида бошланмаса, салбий ҳол ҳисобланади, бунда туғруқни тезлатадиган бошқа усуллардан фойдаланиш керак бўлади.

Амалий кўникмалар.

1. АНТЕНАТАЛ АНАМНЕЗ ЙИФИШ

Тайёргарлик:

1. Керакли инструментларни тайёрланг.
2. Беморни очиқ чехра билан кутиб олинг, ўзингизни таништиринг ва унга ўтиришни таклиф қилинг.
3. Беморга нима қилмоқчи бўлганингизни тушунтиринг. Уни савол бериш истагини қўллаб - қувватланг.
4. Бемор гапини эътибор билан тингланг.

Анамнез йиғиш.

1. Бемор аҳволини аниқланг ва кечиктириб бўлмайдиган муаммолар туғилса, тезда чора кўринг.

2. Бемордан исмини, ёшини, олдинги ҳомиладорликлари ва болаларини, ҳайз цикли давомийлиги ва даврийлигини ва қўллаган контрацепция усулларини сўранг.

3. Тахминий туғруқ санасини ҳисобланг.

4. Беморга қуйидаги саволларни беринг:

- Олдинги ҳомиладорликларида келиб чиққан муаммолар ҳақида:

- Дори препаратларини қабул қилганлиги ҳақида;
- Зарарли одатлари ҳақида;
- Қокшолга қарши вакцинация қилинганми?
- ОИВ инфекцияси бор-йўқлигини аниқланг.
- Умумий соғлиғини аниқланг
- Ижтимоий ҳимояланганми?
- Ҳомиладорлик билан борлик бошқа муаммолар ёки уни безовта қилаётган саволлар ҳақида.

5. Олинган маълумотларни алмашинуи/антенатал картасига ёзинг.

2. ТИББИЙ КЎРИК

Тайёргарлик.

1. Бемордан сийдик пуфагини бўшатишини сўранг. Зарурат туғилган ҳолда таҳлилга сийдик олинг.

2. Беморни умумий кўздан кечиринг.

3. Унга креслога ётишга ёрдамлашинг. Боши ва елкаларига ёстик қўйинг.

4. Қўлларини сув билан совунлаб ювинг ва қурутинг.

5. Қўрик пайтида беморга ҳар бир ҳаракатингизни тушунтиринг.

Кўрик.

6. Нафас олишлар сони ва артериал қон босимини ўлчанг.

7. Конъюнктивани унинг оқимтирлигини аниқлаш учун кўздан кечиринг

8. Сут безларини кўздан кечиринг (фақат биринчи мурожаатда).

9. Қоринни кўздан кечиринг ва бачадон туби баландлигини ўлчанг.

10. Ҳомила жойлашишини ва олдин келувчи қисмини аниқланг (гестациянинг 36 ҳафтасидан кейин).

11. Ҳомила юрак уришини аниқланг (2,3 триместрда).

12. Чуқур зарарсизлантирилган қўлқопларни қўлларга кийинг.

13. Ташқи жинсий аъзоларни овриқли сезгилар ва шишлар бор-йўқлигига текширинг (фақат биринчи мурожаатда ёки зарурат туғилганда).

14. Жинсий ёриқни қон кетиш ёки нормадан ўзгарган ажралмалар бор-йўқлигига текширинг (фақат биринчи мурожаатда ёки зарурат туғилганда).

15. Миллатини ҳисобга олиб қин соҳасида жароҳат белгилари йўқлигини текширинг (фақат биринчи мурожаатда ёки зарурат туғилганда).

Кўриқдан кейин.

1. Қўлларни қўлқопда 0,5% ли хлорли эритмага солинг:

- уларни тескарисига ағдариб ечинг

- қўлқопларни утилизация қилганда герметик контейнер ёки пластик пакетга ташланади

- қайта ишлатишда қўлқопларни 0,5% ли хлорли эритма билан 10 минут давомида дезинфекцияланг.

2. Қўлларни яхшилаб совунлаб ювинг ва тоза қуруқ сочик билан қури-

тинг.

3. Тиббий кўрик натижаларини аёл алмашинув антенатал картасига ёзинг.

3. ҲОМИЛАДОРЛИК МУДДАТИНИ АНИҚЛАШ

(Скульский формуласи)

Қадамлар:

1. Текширув чаноқ ўлчагич асбобида ўтказилади.
2. Ҳомиладор аёл чалқанчасига ётади.
3. Қовуқ бўшатилади.
4. Қорин девори оркали ҳомила қисмлари аниқланади, чаноқ ўлчагични битта тугмасини ҳомила боши пастки қисмига, иккинчи тугмасини эса бачадон тубига қўйилади.
5. Ҳомила боши пастки қисмидан чаноқ соҳасигача, ҳомила узунлигининг ярмини ташкил қилади (тепа суягидан товонгача). Шу сабабли ҳомила боши пастки қисмидан чановигача бўлган ўлчам 2 сонига кўпайтирилади.
6. Олинган сондан қорин девори қалинлигига 5 см чегириб ташланади.
7. Аниқланган ҳомила узунлигини Гаазе коэффиценти 5 сонига бўлинади ва ҳомиладорлик муддати келиб чиқади.

4. ТУҒРУҚ МУДДАТИНИ АНИҚЛАШ

Қадамлар:

1. Ҳайзнинг охириги куни бўйича (Негеле бўйича): бу кундан 3 календар ойи чегириб ташланиб 7 кун қўшилади.
2. Овуляция бўйича: охириги ҳайзнинг биринчи кунига 14 кун қўшилади (тахминий овуляция ва уруғланиш вақти ва унга $280+7$ кун қўшилади),
3. Ҳомиланинг биринчи марта қимирлашига қараб: биринчи марта қимирлашини кунига биринчи туғувчиларга 20 ҳафта, қайта туғувчиларга 22-23 ҳафта қўшилади.
4. Биринчи марта шифокорга мурожаат қилган кунига қараб: ҳомиладорлик эрта муддатларида бу кунга 40 ҳафмага етмаётган ҳафталар қўшилади ва туғруқ муддати аниқланади.
5. Объектив кўрувга асосан: кўрув пайтида ҳомиладорлик муддати аниқланади ва 40 ҳафмага етмаётган ҳафталар қўшилиб, туғруқ муддати аниқланади.
6. Объектив кўрувга асосан: чаноқ ўлчагич билан ҳисобланган ҳомила узунлиги $25\text{ см} \times 2 = 50\text{ см}$, қорин айланаси 100 см, бачадон туби баландлиги 32-33 см ханжарсимон ўсимтадан 4 бармоқ кенглигида пастда, бачадон кўзгалувчанлиги ортган (пайпаслаб кўрилганда, окситоцинни кам дозаси юборилганда) киндан қуюқ ажралма келади (туғруқ муддати 40 ҳафта).

5. ЛЕОПОЛЬД-ЛЕВИЦКИЙ БЎЙИЧА ТАШҚИ АКУШЕРЛИК ТЕКШИРУВ УСУЛИ

Қадамлар:

1. Аёлни чалқанчасига оёғини узатган ҳолатда ётқизилади. Шифокор аёлнинг ўнг томонида туради.

2. 1- усул: иккала қўлни кафт юзаларини бачадон тубига қўйилади. Бу усул ёрдамида бачадон туби баландлиги ва ҳомиланинг қайси қисми бачадон тубида борлиги аниқланади.

3. 2-усул: қўллар бачадон тубидан киндик соҳасига, бачадоннинг ўнг ва чап томонларига қўйилади. Қўл кафти ва бармоқлари билан бачадон ён деворларига босиб, пайпаслаб ҳомилани орқаси ва майда қисмлари қаёққа қарагани, яъни ҳомила позицияси аниқланади. 1-позиция, яъни ҳомила орқаси бачадон чап деворига, 2 -позицияда ўнг деворига қараган бўлади.

4. 3-усул: қўлнинг бош бармоғи бачадон пастки сегментининг бир томонидан, қолган 4 та бармоқ эса иккинчи томонидан ушлаб, ҳомила олдинда келган қисми ушланади ва секин ўнгга ва чапга қимирлатилади. Бу усул ёрдамида ҳомила қайси қисми билан олдинда ётганлиги аниқланади.

5. 4-усул: текширувчи аёлнинг оёқ томонида турган ҳолда иккала қўли кафтини бачадон пастки қисмининг ўнг ва чап томонига қўяди ва пастга томон аста босади, бунда текширувчи ўз қўлини ҳомиланинг олдинда келувчи қисми билан чаноқ кириш қисмига юборади. Бу усул ёрдамида ҳомила олдинда ётган қисмининг чаноқ суягига нисбатан туриши аниқланади.

6. ҲОМИЛАНИНГ ТАХМИНИЙ ВАЗНИНИ АНИҚЛАШ

Қадамлар:

1. Сантиметрли тасма ёрдамида корин айланаси билан бачадон туби ва баландлиги ўлчанади.

2. Аёлни чалқанчасига ётоққа ётқизилади, шифокор аёлни ёнида юзи билан аёл корнига қараган ҳолатда бўлади.

3. Сантиметрли тасма билан аёлни олдиндан киндик соҳасида, орқадан бел соҳасининг ўртасидан айлантириб корин айланаси ўлчанади. Ҳомиладорлик охирида бу ўлчам 100 см га тенг.

4. Бачадон туби баландлигини ўлчаш учун тасма бир учини қов равони юқори қиррасининг ўртасига қўл билан қўйиб, бачадон туби юқори чегарасигача аниқланади, бачадон туби иккинчи қўлнинг кафт қирраси билан аниқланади. Ҳомиладорлик охирида бу ўлчам 32 см га тенг.

5. Одатда бачадон туби баландлигига қараб ҳомиладорлик муддатини ҳам аниқлаш мумкин.

Қорин айланаси ўлчамини бачадон туби баландлигига кўпайтириб ҳомиланинг тахминий вазнини аниқлаймиз.

Масалан: ҚА - 100 см, БТБ – 32 см, ХТВ = $3\ 200, 100 \times 32 = 3200$ гр.

7. ҲОМИЛА АУСКУЛЬТАЦИЯСИ

Қадамлар:

1. Ҳомила аускультацияси аёл қорнига стетоскоп қўйиб эшитиш орқали ўтказилади.

2. Ҳомила энса билан ётганда юрак уриши киндикдан пастда, чаноғи билан ётганда киндикдан юқорида, қўндаланг ётганда киндик соҳасида бошига яқин жойда эшитилади.

3. Ҳомила I позициясида юрак уриши чапда, II позициясида ўнгда, кучаниқ вақтида- қов устида эшитилади.

4. Аускультация пайтида стетоскоп перпендикуляр, яъни тахминий ҳомила орқасига қараган тўғри бурчак бўйлаб бир учи аёл қорнига, иккинчи томони шифокор қулоғига қўйиб эшитилади. Эшитаётганда қўлни стетоскоп билан ушлаб турмаслик керак, чунки бу овоз эшитилишини қийинлаштиради.

5. Одатда ҳомила юрак уриши 1 дақиқада 140 марта, ритмик аниқ эшитилади.

Масалалар.

I. Диагнозни аниқлаш учун нималар қилиш керак?

A. УЗИ текшируви*

B. Қорин пальпацияси*

B. Қорин бўшлиғи лапароскопияси

Г. Қин текшируви*

Д. Амбулатор кузатув

II. Диагнозни аниқлаш учун қуйидаги текширишлар ўтказилади:

A. Бачадонни УТТ текшириш

B. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш

B. Туғруқ йўллари қўзғулар ёрдамида текшириш*

Г. Лапароскопия

Д. Лапаротомия

III. 32 ёшли ҳомиладор аёл оилавий поликлиникага мурожаат қилиб, сўнгги 3 кун ичида 1,5 кг озганлигидан шикоят қилди. Шу билан бирга нафас олиш енгиллагатнлигини қайд қилиб ўтди. Ички аъзолар томонидан патологик ўзгаришлар топилмади, артериал қон босими 120-80 мм сим.уст га тенг. Қорнини қўздан кечирилганда киндикнинг бўртиб туриши кузатилди. Қорин айланаси 98 см, бачадон тубининг баландлиги 32 см га тенг. Ҳомиланинг узунлиги 27,5 см, бошнинг энса-пешона ўлчами 12 см.

Ташқи акушерлик текширишда: бачадон тубининг баландлиги киндик билан ханжарсимон ўсиқ орасида, бачадоннинг чап тарафида ҳомиланинг қаттиқ, силлиқ ва кенг қисми, ўнг тарафида – вазиятини ўзгартириб турадиган майда бўртмачалар пайпасланади. Олдинда ётган қисми катта, қаттиқ, контурлари яхши аниқланади, у чаноқнинг кириш текислигига

суқилиб турибди. Ҳомиланинг юрак уриши аниқ, ритмик, минутига 136 та, киндикдан пастда ва чап томонда эшитилади.

1. Ҳомиладорлик муддати.

2. Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун қандай қўшимча усуллар қўлланилади..

3. Ҳомиланинг вазияти ва позицияси, олдинда ётган қисми.

IV. 23 ёшли биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл оилавий поликлинникага мурожаат қилди. Сўнгги ҳайз вақти ва ҳомиланинг биринчи марта қимирлаган вақтини билмайди. Ташқи акушерлик текширишда бачадон туби киндикдан 3-4 бармоқ эни юқорида, бачадон тубида йирик шарсимон, қаттиқ қисми ўнг тарафда – силлик, кенг қисми, чап тарафда вазиятини тез-тез ўзгартириб турувчи майда қисмлар пайпасланади. Олдинда ётган қисми йирик ҳажмли, юмшоқ қўл остида ликилламайди. Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан юқорида ва ўнгда, аниқ, ритмик, минутига 136 марта эшитилади.

1. Бачадон тубининг юқориги нуктаси бўйича ҳомиладорлик муддатини айтинг

2. Ҳомиланинг вазияти, тури, олдинда ётган қисми

3. Ҳомиланинг юрак уришини аниқ эшитиладиган жойи унинг ҳолатига мос келадими

4. Аниқ диагноз қўйиш учун яна қандай асосий ва қўшимча усуллар қўллаш мумкин.

V. 35 ёшли биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл оилавий поликлинникага келиб, ҳайз кўрмаётганлиги, кўнгли айниб, эрталаблари қусиши ва шўр нарсаларни кўнгли тусашига шикоят қилди. Қин орқали текширишда шундай маълумотлар олинди: кўзгу билан кўрганда – ташқи жинсий аъзолар тўғри ривожланган, қин ва бачадон бўйнининг шиллик қавати бўзарган – сал кўкимтир икки қўллаб текширганда:

а) бачадон гиперантефлексияда, роз тухумидай катталашган, мулойим, бачадон ортиқлари пайпасланмайди. Бачадон зичлашиб қисқаради, чап бурчаги дўппайиб чиққан.

б) бачадон бўйни ҳаракатчан;

в) ўта мулойим, ташқи ва ички қўллар гўё шу соҳада бир-бири билан учрашади.

1. Диагноз.

2. Ҳомиладорликнинг гумонли ва эхтимолга яқин белгилари борми

3. Ҳомиладор турмуш ҳавфи бўйича қайси диспансер гуруҳига киради.

4. Ҳомиладорликни назорат қилиш режасини тузинг.

VI. 26 ёшли такрор ҳомиладор бўлган аёл оилавий поликлинникага мурожаат қилди. Сўнгги ҳайз вақти ва ҳомиланинг биринчи марта қимирлаган вақтини билмайди. Артериал қон босими 120-80 мм сим. уст га тенг. Шишлар аниқланмайди. Ички аъзолар томонидан патологик ўзгаришлар

топилади. Ташқи акушерлик текширишда бачадон туби ханжарсимон ўсик сатҳида, чап тарафда ҳомиланинг силлиқ ва кенг қисми, ўнг тарафда майда бурмалар аниқланади. Чанок устида аниқ контурли лиқиллайдиган йирик, шарсимон қисм пайпасланади. Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан чапда ва пастда, аниқ, минутига 136 марта эшитилади. Бачадон тубининг юқориғи нуктаси 32 см, қорин айланаси 92 см. Ҳомиланинг узунлиги чанок ўлчагич билан 22,5 см, бошнинг пешона-энса ўлчами 11 см.

1. Бачадон тубининг баландлиги бўйича ҳомиланинг муддатини аниқланг.

2. Ҳомиладорлик муддатини аниқланг.

VII. 20 ёшли биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл, сўнгги марта 10-майда ҳайз кўрган, ҳомиланинг биринчи марта кимиралишини 2 октябрда сезди. 5 июлда, биринчи марта аёллар консультациясига мурожаат қилганида 7 ҳафталик ҳомиладорлик аниқланди.

1. Ҳайз кўриши бўйича туғруқ вақтини айтинг.

2. Ҳомиланинг биринчи марта кимираган вақти бўйича туғруқ вақтини айтинг.

3. Аёллар консультациясига биринчи марта келиш вақти бўйича туғруқ вақтини айтинг.

4. Ўрта ҳисоб билан туғруқ вақти.

VIII. 35 ёшдаги аёл, 32 ҳафталик ҳомиладорлик билан шифокор кўригига келди. Ташқи акушерлик кўрувида қуйидагилар аниқланди: бачадон тубида ҳомила юмшоқ ҳажмли қисми аниқланади, чапда – кенг бир хил майдонча, ўнгда – ҳомила майда қисмлари аниқланади. Бачадон пастки сегментида – ҳомиланинг думалоқ қисми, қаттиқ, кичик чанок кириш қисми устида ҳаракатчан. Ҳомила юрак уриши қайси тарафда эшитилади?

Ўргатувчи тестлар.

1. Ҳомиладорликка диагноз қўйиш учун қандай 4 та текшириш усуллари ўтказилган?

Умум қабул қилинган клиник усуллар (сўроқлаш, анамнез, кўрув)

Махсус акушерлик ва гинекологик усуллари

Лаборатор-асбоб усуллари

УТГ (ультратовуш текширишлар)

2. Махсус акушерлик-гинекологик текширишларнинг 5 та усулини айтинг:

Чанокни ўлчаш

Кўзгулар ёрдамида текшириш

Қин орқали текшириш

Ҳомилани пальпациялаш

Ҳомила юрак фаолиятини текшириш ва ҳомила ўлчамларини аниқлаш

3. Ташқи текширишнинг қандай 2 та кўрсаткичи чанокнинг шакли ва ўлчамлари ҳақида фикр юритишга ёрдам беради?

Михаэлис ромби

Соловьев индекси

4. Ҳомиладорлик диагностикасида аниқланадиган белгиларнинг 3 гуруҳини айтинг:

Шубҳали-субъектив белгилар

Эҳтомолли-она томонидан объектив белгилар

Ишончли-ҳомила томонидан объектив белгилар

5. Биманул текшириш орқали ҳомиладорликнинг қандай 4 эрта гумонли белгилари аниқланади?

Пискачек белгиси

Снегирев белгиси

Горвиц-Гегар белгиси

Гентер белгиси

6. Ҳомиладорликнинг 4та ишончли белгисини санаб беринг:

Кўл билан аниқланадиган ҳомила ҳаракатлари

Ҳомила юрак уришини эшитиш, КТГ, ЭКГ

УТТ орқали текшириб ҳомилани кўриш

Ҳомила скелетини рентген орқали аниқлаш (ривожланмаган, антенатал ўлган ҳомилада)

7. Леопольд -Левецкий услублари билан нима аниқланади?

Бачадон туби баландлиги (I усул)

Ҳомила қисмларининг бачадондаги жойлашуви (II усул)

Ҳомила олдинда ётган қисмини аниқлаш (III усул)

Ҳомила олдинда ётган қисмини кичик чаноқнинг кириш текислигига нисбатан қандай жойлашганлигини аниқлаш (IV усул)

8. Шифокор қандай 5 та белгига қараб ҳомиладорлик муддатини аниқлайди?

Бачадон ўлчамларининг объектив катталашуви

Охирги ҳайзнинг биринчи куни бўйича

Ҳомиланинг биринчи кимирлаши бўйича

УТТ бўйича

Аёллар маслаҳатхонасига биринчи мурожаати бўйича

9. Қандай 4 та белгига қараб туғруқнинг тахминий муддати аниқланади?

Охирги ҳайз бўйича

Овуляция куни бўйича

Ҳомиланинг биринчи кимирлаган куни бўйича

Аёллар маслаҳатхонасида берилган туғруқдан олдинги таътил бўйича

10. Ҳомиланинг бачадон ичида нобуд бўлишининг 4 та мажбурий белгисини кўрсатинг:

Ҳомила юрак уришининг йўқолиши

Ҳомиладор бачадонининг ўсишдан тўхташи ёки унинг кичиклашуви

Ҳомила кимирлашининг йўқолиши

ЭКГ да юрак комплекслари (тишлари) нинг йўқлиги

11. Қандай 3 та белги ва математик амал ёрдамида ҳомиланинг тахминий вазни аниқланади?

Бачадон туби баландлиги (см) - БТБ

Қорин айланаси (см) - КА

Кўпайтириш (БТБхКА, грамм)

12. "Ҳомиланинг бачадонда жойлашуви" тушунчасига қандай 5 та бел-
ги хос?

Ҳомила майда қисмларининг танасига нисбатан жойлашуви

Ҳомиланинг ҳолати

Ҳомила позицияси

Ҳомила кўриниши

Ҳомила қисмининг олдинда ётиши

13. Ҳомила бошининг кичик чанок текислигига нисбатан ҳолати қан-
дай 2 усул ёрдамида аниқланади?

3- тапқи акушерлик усуллари

4- тапқи акушерлик усуллари (Леопольд-Левицкий усуллари)

IX БОБ

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ (КУРАЦИЯ)

Мақсад. Ҳомиладор аёлларни олиб боришни билиш.

Режа.

1. Ҳомиладорлик гигиенаси.

2. Ҳомиладорнинг овқати.

3. Ҳомиладор аёллар учун бадантарбия машғулотлари.

9.1. ҲОМИЛАДОРЛИК ГИГИЕНАСИ

Ҳомиладорлик нормал давом этса, уни аёллар осонлик билан ўтказадилар, ўзларини доимо соғлом, тетик ва бақувват сезадилар, меҳнат қобилятларини йўқотмайдилар.

Ҳомиладор аёл ҳаракат қилиб туриши керак, агар у доим ётса ёки ўтир-са, унда моддалар алмашинуви издан чиқиб, турли патологик ҳолатлар вужудга келиши (семириб кетиш) мумкин. Аммо ҳомиладор аёлнинг зўриқиб ҳаракат қилиши, айниқса оғир юк кўтариши, кимёвий моддалар билан ишлашига рухсат этилмайди.

Аёл жуда чарчаши, отда юриши, велосипед ҳайдаши, сакраш ва югуриш каби спорт машғулотлари билан шуғулланиши мумкин эмас.

Ҳомиладорлик физиологик ҳолат ҳисобланса ҳам, лекин ҳомила ўсиб катталашган сари унинг она организмига нисбатан талаби ортаверади. Агар ҳомиладор аёл санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаса, ундаги нормал ҳолат тезда патологик ҳолатга ўтиб кетиши мумкин.

Ҳомиладор аёл соғлом бўлиши учун яшайдиган хонасини доимо тоза тутиши ва вақти-вақти билан шамоллатиб туриши керак. Тоза ҳаво қон айланишини ва нафас олишни яхшилади.

Ҳомиладор аёл папирос, нос чекмаслиги, спиртли ичимликлар ичмаслиги керак, чунки улардаги зарарли моддалар, хусусан никотин, алкоголь ҳомиладор организмига ҳам, ҳомила организмига ҳам зарарли таъсир кўрсатади. Қишда ҳомиладор яшайдиган хона ҳарорати 20-22°C бўлиши

лозим, агар бундан юкори бўлса, ҳомиладорнинг нафас олиши қийинлашади, у бўшашиб, терлайди. Бу ҳолат аёл соғлиғига ёмон таъсир қилади. Ҳомиладор аёл ётадиган хона ёруғ ва тоза бўлиши, ҳар куни шамоллатиб турилиши керак.

Ҳомиладор аёл кун давомида (кундуз куни) ёки ишдан кейин бир соат ётиб дам олиши лозим. Бир кеча-кундузда у 8 соат ухлаши, кечқурун ухлаганга соат 10-11 да ётиши керак.

Ҳомиладорлик даврида спорт мусобақаларида мутлақо қатнашмаслик, аммо бадантарбия машғулотларининг тавсия этилган турини ҳомиладорликнинг охирига қадар давом эттириш зарур. Бундай машғулотлар унинг қорин деворини ва тана мускулларини мустаҳкамлашга қаратилган бўлиши керак. Машғулотлар бир кунда 14-20 минут давом этиб, ҳар галги машғулоти икки-уч минутдан ошмаслиги лозим. Машғулотларни ҳомиладор аввал аёллар маслаҳатхонасида, сўнгра машғулоти усулларини ўрганиб бўлгандан кейин уйда давом эттириши керак.

Махсус бадантарбия машғулотларидан кейин душда чўмилиш ёки танани белгача уй ҳароратидаги сув билан ювиш, сўнгра яхшилаб артиниб, 5-10 минут ҳаво ваннаси қабул қилиш керак.

Ваннада чўмилиб туриш мумкин, лекин суви илиқ бўлиши, ҳарорати 30-35° дан ошмаслиги керак, унда 12-15 минут ётиш кифоя қилади. Аммо ҳомиладорликнинг охириги ойларида аёл душда ёки курсига ўтирган ҳолда ювиниши керак, ванна олиш мумкин эмас.

Маълумки, қайта туққанларда турғуқнинг охириги ойида бачадон бўйни бир бармоқ очик бўлади. Шунга кўра инфекциянинг бачадонга кириши осонлашади. Ҳомиладорликда кинни чайиш зарарлидир.

Ҳомиладорлар учун куёш нури, айниқса ультрабинафша нурлар фойдали. Бу нур аёл организмида D витамини ҳосил бўлиши жараёнини оширади. Лекин куёш нуридан меъёрида фойдаланиш керак.

Ҳомиладор аёл туғишдан 5-6 ҳафта илгари, агар зарур шароитлар бўлса, баданни ҳар куни 3 минут давомида кварц лампаси билан нурлатиши (100-85 см узоқда турган ҳолда), агар шароит бўлмаса, 10-15 минут куёш ваннаси қабул қилиши лозим. Сийнабанд сут безини сикмаслиги, фақат кўтариб туриши, лойиқ қилиб тикилган бўлиши керак. Ҳомила туғилишига 5-6 ҳафта қолганда ҳомиладорга сут безларини силаш усулларини ўргатиш керак. Бунинг учун С.П. Виноградов усулидан фойдаланилади. Аввало ҳомиладор аёл қўлини ювиб, қуритади ва кийимини белигача ечади.

Бутун қафти билан (қафтларни сут безига теккизиб) 2-3минут давомида секин ва енгил силайди. Бунда сут безининг юкори қисмини тўш суяги ўртасидан ўмров суяги томон силайди, пастки қисмини эса қўлтиқ томонга силайди.

Сут безининг учига (сўрғичга) тегмаган ҳолда бир қўл билан кўкракни бир неча марта гир айлантириб силанади, шу йўсинда иккала кўкракни бир вақтда силаш мумкин. Сут безини ўнг қўли билан пастдан, чап қўли билан юқоридан ушлаган ҳолда бир оз юқорига кўтариб, асосига томон

сикиб борилади. Бу машғулот бир кунда 2-3 марта қайтарилади. Сут безининг учига (сўрғичига) ҳар куни 70% ли спирт аралаштирилган глицерин эритмаси суртиш ҳам уни ёрилишдан сақлайди. Сут безларини доим уй ҳароратидаги сув билан ювиб, тоза сочиқда артиб туриш жуда фойдалидир.

Агар сут безларининг учи ичга тортилган ёки ясси бўлса, тоза қўл билан ушлаб тортилади (3-5 минутдан бир кунда бир неча марта такрорланади). Сут безларининг учи шундан кейин ҳам нормал ҳолатга келмаса, бола махсус сутсўрғич оркали эмизилади.

Ҳомиладор аёлнинг кийими катталашаётган қоринни сиқмайдиган бўлиши шарт. Белга белбоғ бойлаш маслаҳат берилмайди.

Ҳомиладор аёл махсус бандаж кийиши лозим. Бу бандажни ётган ҳолда кийилади. Агар бандаж бўлмаса, уни аёл ўзи тикиб олса ҳам бўлади.

Ҳомиладор аёл кўйлаги кўкракбурма бўлиши ёки юбкаси елкадан осиб қўйиладиган ва сийнабандга бириктирилган бўлиши, оёқ кийими эса паст пошнали бўлиши керак, чунки тана вазни ортган сари баланд пошнали оёқ кийимда мувозанатни сақлаш қийинлашади.

Одатда ҳомиладор оёқларидаги вена қон томирларидан қон оқиши бирмунча сустлашади. Демак, оёқни сиқиб турувчи айлана резина ишлатилган тақдирда шу томирлардан қон оқиши яна ҳам сустлашади, натижада вена қон томирлари кенгайиб қолиши ҳам мумкин. Бинобарин, пайпоқ резинкасини бандажга тақиш керак. Агар ҳомиладорнинг оёғидаги вена қон томирлари кенгайган бўлса, унинг бир жойда узоқ вақтгача тикка туриб қолиши, оёқни узоқ, осилтириб ўтириш ярамайди. Шунинг учун ҳомиладорнинг кўпроқ юриши фойдалидир.

Ҳомиладорликнинг сўнгги ва дастлабки 2 ойида жинсий алоқада бўлиш мумкин эмас, чунки дастлабки 2 ойида жинсий алоқа вақтида чанок аъзоларига қон тўлиши натижасида ҳомила тушиши, сўнгги 2 ойида эса бачадон ичига инфекция кириши ва қоғаноқ ёрилиб кетиши мумкин.

Ташқи жинсий аъзоларни қайнатиш илқ сув билан ҳар куни 2 маҳал ювиш керак, бунинг учун аввало қўлларни тозалаб ювиш зарур.

Ҳомиладор аёл юқумли касалликлар билан оғриган кишиларга яқинлашмаслиги керак.

Ҳомиладорлик давомида аёлни турли ваҳималар, хафагарчиликлардан сақлаш керак. Бунинг учун уни ҳомиладорлик вақтида бўладиган физиологик ўзгаришлар билан барвақт таништириш ва ҳомиладорликнинг охириги 2 ойида психопрофилактик (руҳий бузилишнинг олдини олиш) усуллар билан олдиндан туғруққа тайёрлаш лозим. Шунда туғруқ бирмунча оғриқсиз ўтади, иккинчидан бўлмағур ўринсиз ваҳималарга ўрин қолмайди.

Агар аёл аввалги ҳомидаларни муддатига етказмай чала туққан бўлса, кейинги ҳомиладорликнинг дастлабки 3 ойи давомида оғир иш ва зўриқиб ҳаракат қилмаслиги керак.

Баъзи аёллар ҳомила анча катта бўлиб қолганда, уни охириги муддатига етказмай туғадилар. Бунга турли касалликлар (захм, сўзак, безгак, бруцеллёз, бачадоннинг ўзига хос касалликлари, гормонал жараённинг бузилиши

ва бошқалар) сабаб бўлади. Бундай ҳолларда ҳомилани сақлаб қолиш учун мавжуд касалликларга даво қилиш билан бирга, ҳомиладорни оғир жисмоний меҳнатдан, баъзан эса умуман ишдан вақтинча озод қилиш лозим. Агар аёл эмизикли вақтида яна бўйида бўлиб қолса, болани дарҳол кўкракдан ажратиш зарур. Акс ҳолда она сутининг хусусияти ўзгарган бўлиб, болага зарар қилади.

Юқорида айтиб ўтилган ҳамма гигиеник чораларни аёлларга тўғри тушунтириш ва уларни туғишга тайёрлаш ишини шаҳар поликлиникалари ва қишлоқ шифокорлик пунктларида шифокорлар ва доя-акушеркалар олиб боришлари керак.

Бундан ташқари, агар ҳомиладор аёлда бирор касаллик бўлса, уни кундузги стационарда даволаш ҳам мақсадга мувофиқдир. Кундузги стационар аёлларга анча қулайлик келтиради. Аникса, бизнинг мамлакатимизда кўп болали оналар, болаларини уйда қолдириб касалхонага бориб ётиб қола олмайдилар.

9.2. ҲОМИЛАДОРНИНГ ОВҚАТИ

Ҳомиладор аёлга агар кўнгли тусаса, нордон нарсалар истеъмол қилишга рухсат этилади. У ҳар куни овқатдан олдин бир ош қошиқдан 2% ли HCl эритмаси ёки аскорбинат кислота ичса, меъда суюқлиги яхши ажралади. Одатда ҳомиладор учун 3200 калория керак бўлади.

Ҳомиладорлиқнинг биринчи ярмида у бир литрдан сут ичиб туриши, иккинчи ярмида ош тузи истеъмолини чегаралаш (3 граммдан оширмаслик), сув эса бир литрдан ошмаслиги керак (суюқ овқат таркибидаги сув ҳам шу жумладандир).

Ҳомиладорга маринадлар, консервалар, тузланган балиқлар, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ман этилади.

Баъзи ҳомиладор аёллар бошқоронғилик даврида эрталаб қайт қилдилар. Бундай ҳолларда улар овқатни ўринда ётган жойларида истеъмол қилишлари керак. Агар ҳомиладорнинг жигилдони қайнаса, унга ичимлик сода, қуйдирилган магнезия бериш мумкин. Қизил сабзи ҳам жигилдон қайнашини босади.

Ҳомиладорлар гўштли ва ёғли овқатларни камроқ, сутли ва сервитамин сабзавотларни кўпроқ тановул қилишлари керак (гўштни қайнатиб пиширилганини маълум миқдорда истеъмол қилиш мумкин).

Ҳомиладорнинг овқати витаминларга, темир ва ош тузларига бой ва сифатли бўлиши керак. Чунки ҳомиланинг ўсиши учун витаминлар, айниқса А, В, С, Д, Е витаминлари жуда керак бўлади. Агар ҳомиладор организмда В витамин етишмаса, бола чала (вақтидан илгари) туғилиши мумкин. Бундан ташқари, бундай аёл тез чарчайди, салга бўшашади. Бундай вақтларда ҳомиладор бир суткада 10-20 мг В витамини истеъмол қилиши зарур.

В₁ ва В₂ витаминининг етишмаслиги натижасида ҳомиладор аёлда

полиневрит ва ҳомиладорликнинг биринчи ярмида токсикозлар рўй бериши мумкин. В₁ витамин хамиртурушда, нонда, жигар, буйрак, ловияда кўп бўлади, В₂ витамини- ўсиш витаминларидан ҳисобланиб, унинг организмда етишмаслиги кўз, тери, шиллиқ парда касалликларини, бўйнинг ўсмай қолиши каби ҳолларни вужудга келтиради. Бу витамин тухумда, сут махсулотларида, жигар, буйрак ва хамиртурушда кўп бўлади. Организмга бир кеча-кундузда 2 мг В₂ витамини керак бўлади.

А витамини ҳам ўсиш витамини ҳисобланади. Бу витамин етишмаса, организмнинг ўсиши секинлашиб, аёл шабкўр бўлиб қолади ва кўз мугуз пардасига путур етади, у қурий бошлайди.

А витамини хайвон жигарида, буйрағида, сутда, тухумда, сариёғда, балиқ мойида, сабзида, ўсимликларнинг кўк баргларида бўлади. Сабзи таркибидаги каротин организмда А витаминига айланади. А витаминини ҳаддори шаклида (бир кунда 2-3 дона) ёки суяк ҳолда (бир кунда 1-2 томчидан 2 марта) истеъмол қилиш мумкин.

С витамини (аскорбинат кислота) ҳомиладор аёл организмда етишмаса, ҳомила тушиши, аёлда цинга касаллиги нишонлари пайдо бўлиши, милклар юмшаб, тишлар қимирлаб қолиши мумкин. Бир кеча-кундузда организм 50-100 мг С витамини талаб қилади. Бу витамин ёнғоқда, лимонда, апельсинда, қарамда, турли кўкатларда (кўк беда, укроп, исмалок, кўк пиёз кабиларда) кўп учрайди. Шунинг учун ҳомиладорлар бу ноз-неъматлардан кўпроқ истеъмол қилишлари керак. Ҳомиладорларга қуш ва баҳор ойларида витамин С ёки аскорбинат кислота (ас. ascorbinici 0,2, sacchalbi 0,3) аралашмасини бир порошокдан ҳар куни 3 маҳал ичиш буюрилади.

Д витамини рахит касаллигига қарши витамин, у аёл организмда кальций ва фосфор алмашинувини идора қилади ва ҳомилада рахит касаллигига йўл қўймайди. Бу витамин асосан балиқ жигари, балиқ мойи ва сариёғда кўп бўлади.

Е витамини ҳомиланинг нормал тараққий қилиб, сақланишини, етилиб туғилишини ва нормал ўсишини таъминлайди. Бу витамин айникса исмалок, пахта мойи, бошоқли ўсимликлар донида (буғдой ва жигарда), буғдой муртағи мойида, тухум ва жигарда кўп бўлади. Бу витаминдан бефарзандликда ва ҳомиланинг чала туғилишининг олдини олиш учун ҳам фойдаланилади.

РР витамини (никотинат кислота) моддалар алмашинуви жараёнида иштирок этади. Организмда бу витамин етишмаганда пеллагра касаллиги вужудга келиб, марказий ва периферик нерв системаси, шиллиқ қават ва терининг зарарланиши, ичак функциясининг бузилиши каби ҳолатлар рўй беради. РР витаминидан организмга бир кеча-кундузда 15 мг зарур, бу витамин хамиртуруш, гўшт, жигар, буғдой донида бўлади.

Аёл организми ва ўсаётган ҳомила учун витаминлардан ташқари, кальций тузи ҳам керак бўлади. Кальций тузи етишмаса, ҳомила суякларида бир қанча ўзгаришлар пайдо бўлади. Тишлар емирилиб, чирийди ва чириган тишларга кириб қолган овқат моддалари бузилиб инфекция манбаи

бўлади. Шунинг учун ҳомиладорнинг тишларини текшириб, чириган тишларини даволаш ва унга кальций тузининг (CaCl) 10% ли эритмасидан бир ош қошиқдан кунига 3 маҳал ичишни тайинлаш керак.

Ҳомиладор бир кунда 4 маҳал овқатланиши зарур. Бунда умумий овқат миқдорининг 25-30% ни эрталабки нонуштада, 10-15% ни кундузги нонуштада, 40-50% ни тушки овқатда, 15-20% ни кечки овқатда истеъмол қилинади.

Ҳомиладорларга турли дориларни ўринсиз буюриш ярамайди, чунки баъзи дорилар йўлдош орқали ҳомилага ўтади.

Ҳомиладорга минерал сув, лимонад, чой, қаҳва, сут, қатик, яхна сув (қайнатиб совутилган сув) каби суюқликларни маълум миқдорда бериш керак.

Ҳомиладорликда баъзан қабзият рўй беради. Бундай ҳолларда уларга ҳўл мева, сабзавот, қатик, қора нон истеъмол қилиш ҳамда кунига 2 маҳал (кечқурун ётиш олдида ва эрталаб нонуштадан олдин) ярим стакан боржоми ичиш тавсия этилади. Агар ҳукна қилишга зарурият туғилса, бу факат шифокорнинг руҳсати билан қилинадн. Сурғи дори бериш мутлақо ман этилади.

Ҳомиладорнинг бир кеча-кундузда ичган суви билан шу вақт давомида ажратган сийдик миқдорини ҳисоблаб бориш керак.

Кўпчилик аёллар ишлайдиган муассаса ошхоналарида юқорида айтиб ўтилган овқатларни тайёрлашга кўмаклашишда аёллар маслаҳатхонаси шифокори ёки акушерканинг ўрни каттадир.

9.3. ҲОМИЛАДОРЛАР УЧУН БАДАНТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИ

Ҳомиладорлар бадантарбия машғулотларини аёллар маслаҳатхонасида шифокор раҳбарлигида ўрганадилар ва уни уйда такрорлайдилар. Бадантарбия машғулотларида қатнашиш учун маслаҳатхонага бориш имконияти бўлмаган ҳомиладорлар баъзи машғулотларни уйда ўзлари мустақил бажаришлари мумкин.

Бадантарбия машғулотлари ҳомиладорликнинг муддатига қараб турлича: 16 ҳафталик, 16-24 ҳафталик, 24-32 ҳафталик, 32-36 ҳафталик ҳомиладорликда алоҳида бўлади.

Машғулотларни белгилашда маълум мускул гуруҳлари ҳаракатланганда бошқа гуруҳ мускулларининг дам олиши назарда тутилиши керак. Машғулотни бошлашдан олдин хона шамоллатилади, ҳаво иссиқ бўлса, дарича ёки дераза очиб қўйилади. Машғулот тамом бўлгач, баданни аввал иссиқ сувга, сўнгра илиқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артилади.

Эрталабки машғулотдан 20-30 минут олдин сариеғ суртилган бир бурда нонни бир пиёла чой билан еб олиш маслаҳат берилади.

А.В.Бартельс ва Н.И.Гранат қайта ишлаб чиққан ва тавсия этган бадантарбия машғулотлари қуйидагилардан иборат:

16 ҲАФТАЛИҚДА БАДАНТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИ

Биринчи машқ. Тик турган ҳолда, қўлни юқорига кўтариб, кейин олдинга, ундан ёнга, орқага юборилади, танани бир оз букиб, нафас олинади. Сўнгра яна дастлабки ҳолатга қайтилади (нафас чиқарилади).

Иккинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида очиб, тўғри қўйилади: а) қўл юқорига кўтарилади (нафас олинади);

б) ярим ўтирган ҳолда қўлларни пастга ва бирмунча ёнга очилади (нафас чиқарилади);

в) тўғри туриб нафас олинади;

г) асл ҳолатга қайтилади.

Учинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида очиб, тўғри турган ҳолда, қўлларни энсага теккизиб, олдинга эгилади, қўлни олдинга узатиб, сўнгра пастга туширилади. Белни буккан ҳолда елкани бўшаштириб нафас чиқарилади.

Тўртинчи машқ. Оёқлар елка кенглигида очилади. Тана ва бошни ўнгга айлантириб, бир текисда нафас олинади. Қўлларни ёнга қилган ҳолда чапга айланилади. Бу машғулот 3-4 марта такрорланади.

Бешинчи машқ. Тикка турган ҳолда бир текис нафас олиб, қўл орқага узатилади, сўнгра елка баландлигида олдинга кўтарилади, асли ҳолатга қайтилади.

Олтинчи машқ. Тирсакка тиралган ҳолда қоринда ётилади. Тананинг юқори қисмини қўл қафтларига тираган ҳолда юқорига кўтариб нафас олинади, асли ҳолатга қайтиб, нафас чиқарилади.

Еттинчи машқ. Қўлларни ёнга қўйган ҳолда бир текисда нафас олиб чалқанча ётилади. Оёқларни тўғри узатиб, тиззани букмаган ҳолда ўнг ва чап оёқ галма-гал кўтарилади.

Саккизинчи машқ. Оёқларни узатган ҳолда чалқанча ётиб, қўллар орқага тиралади. Оёқларни тизза бўғимидан букиб, тизза ичкарига ва ташкарига (ҳар икки оёқ галма-гал) айлантирилади.

Тўққизинчи машқ. Қўл ва тана мускулларини бўшаштирган ҳолда ўртача тезликда 30-40 секунд юрилади.

16-24 ҲАФТАЛИҚДА БАДАНТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИ

Биринчи машқ. Қўлларни белга қўйиб, тирсаклар орқага юборилади. Кўкракни олдинга чиқариб, нафас олинади.

Иккинчи машқ. Бир қўлни белга қўйиб, иккинчи қўл билан каравотни ушлаб, оёқни аввал тўғри, сўнгра тизза бўғимидан буккан ҳолда олдинга ва орқага кўтарилади.

Учинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида қўйиб, қўл ва елкани бўшаштирган ҳолда пастга осилтириб, нафас чиқарилади, сўнгра аслига қайтиб, нафас олинади.

Тўртинчи машқ. Оёқлар бир текисда елка кенглигида туради. Нафасни текис олиб, бош-танани олдин ўнгга, сўнгра чапга айлантирилади. Бунда қўллар бўшашган ҳолда бирмунча ёнда туради.

Бешинчи машқ. Тикка турган ҳолда қўлларни ёнга очиб, аввал орқага,

сўнгра елка баландлигида олдинга ва ёнга кўтарилади.

Олтинчи машқ. Қўлларни икки ёнга қўйиб, чалқанча ётилади, чанокни кўтариб, орқа тешик ичга тортилади.

Еттинчи машқ. Қўлни икки ёнга қўйиб, оёқларни узатган ҳолда чалқанча ётилади, сўнгра қўлга тиралиб туриб ўтирилади, яна асли ётиш ҳолатига қайтилади. Бу машғулот 3-4 марта такрорланади.

Саккизинчи машқ. Оёқларни узатган ҳолда, қўлларни орқага тиралиб, ўнг оёқ букилади. шу ҳолда тиззаларни галма-гал ташқарига ва ичкарига узоқлаштириб - яқинлаштирилади.

Тўққизинчи машқ. Тана ва қўл мускулларини бўшаштирган ҳолда чукур нафас олиб ва чиқариб, 30-40 секунд юрилади.

24-32 ҲАФТАЛИҚДА БАДАНТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИ

Биринчи машқ. Қўлларни белга қўйган ҳолда тирсаклар орқага юборилади ва бошни кўтариб, нафас олинади. Асли ҳолатга қайтиб, нафас чиқарилади.

Иккинчи машқ. Тик турган ҳолда қўлларни белга қўйиб, битта оёқни олдинга ва ёнга чўзилади, сўнгра бир оёқни тиззадан букиб иккинчи оёқнинг учи билан турилади. Бу машғулот ҳар иккала оёқда такрорланади.

Учинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида қўйиб, қўлларни белга тираб олдинга эгилади.

Тўртинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида қўйиб, тана ва елка мускулларини бўшаштириб, иккала оёқ томонга галма-гал эгилади.

Бешинчи машқ. Оёқларни елка кенглигида қўйиб, қўллар тирсак бўғимидан букилади ва тана ўнгга ва чапга айлантирилади, ҳар айланганда қўллар ёнга очилади.

Олтинчи машқ. Қўллар ёнда турган, оёқлар тизза бўғимидан букилган ҳолда ётиб, чанок қисми кўтарилади ва орқа тешик ичга тортилади. Сўнгра пастга тушириб, чот мускуллари бўшаштирилади.

Еттинчи машқ. Қўлларни ёнга қўйиб, чалқанча ётган ҳолда тиззадан букиб, юқорига кўтарилади, бу ҳолат иккала оёқда бажарилади.

Саккизинчи машқ. Оёқларни узатган ҳолда ётиб қўлларни орқага юбориб тиралади, оёқларни тизза бўғимидан букиб, тиззалар бир-биридан узоқлаштирилади ва яна яқинлаштирилади.

32-36 ҲАФТАЛИҚДА БАДАНТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИ

Биринчи машқ. Тик туриб, қўл кафтлари ташқарига ёнга очилади. Сўнгра аввалги ҳолатга қайтарилади.

Иккинчи машқ. Қўлларни белга қўйиб, оёқлар олдинга ва ёнга узатилади, бир оёқни тизза бўғимидан букиб, иккинчи оёқ учига турилади. Бу ҳаракат бир неча марта такрорланади.

Учинчи машқ. Кафтларни юқорига қилиб, қўлларни ёнга очиб, чалқанча ётилади, сўнгра ёнга айланиб, бир қўлнинг кафтини иккинчи қўл кафтига теккизилади, бу машғулот иккала томонда такрорланади.

Тўртинчи машқ. Тизза бўғимлари букилган ҳолда қўлларни ёнга қўйиб чалқанча ётилади-да, тананинг чаноқ қисмини кўтариб, орқа чиқарув тешиги ичга тортилади, сўнгра уни жойига қайтариб, чот мускуллари бўшаштирилади.

Бешинчи машқ. Қўлларни ёнга қилган ҳолда чалқанча ётиб, оёқларни тизза бўғимидан бир оз букиб, юқорига кўтарилади.

Олтинчи машқ. Қўлларни ёнга қўйган ҳолда чалқанча ётиб, оёқлар тиззадан букилади ва улар қоринга яқинлаштирилади. Қўл билан тиззаларни ушлаб, уларни бир неча марта бир-биридан узоқлаштирилади ва яқинлаштирилади.

Ёттинчи машқ. Тана ва қўл мускуллари бўшаштирилади ва чуқур нафас олиб чиқарган ҳолда, 30-40 секунд давомида секин юрилади.

Х БОБ

ТУҒРУҚ ЖАРАЁНИ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Мақсад:

Талабаларга туғруқ тушунчасининг таҳлили, туғруқнинг бошқарилиши, туғруқ даврлари, туғруқнинг клиник кечиши ва уни олиб бориш тўғрисида тушунча бериш.

Режа:

1. Туғруқ тушунчасининг таҳлили.
2. Туғруқнинг бошқарилиши.
3. Туғруқ даврлари
4. Туғруқнинг клиник кечиши
5. Туғруқни олиб бориш.

10.1. ТУҒРУҚ БОШЛАНИШИНИНГ АСОСИЙ САБАБЛАРИ

Туғруқнинг бошланиш сабабларини тушунтирадиган назариялар Гиппократ давридан бошланган. Ҳомиладорлик нормал кечганда ҳомила тараққиёти тўхтагандан кейин бачадон мускуллари ритмик равишда қисқара бошлайди, бу туғруқ дардининг бошланишидир. Туғруқнинг физиологик хусусияти шуки, ҳомиланинг ривожланиш даври тамом бўлиши билан ҳомила жинсий йўллар орқали туғилади. Баъзи патологик ҳолатларда ҳомила тараққиёти охирига етмасдан чала, вақтидан илгари туғилади. Баъзи ҳолларда ҳомила жинсий аъзо орқали туғила олмайди (бунга ҳомиланинг кўндаланг келиши, чаноқнинг тор бўлиши ва бошқа патологик ҳолатлар сабаб бўлади). Натижада ҳомила операция қилиб туғдирилади (кесарча кесиш, қисқич қўйиш, ҳомилани майдалаб олиш ва бошқалар).

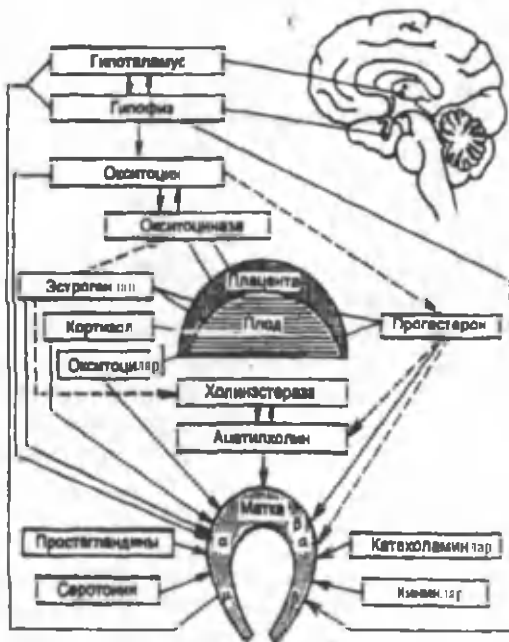
Аёллар бачадони ҳайз бошланиши билан у тўхтагунча (менопауза) вақти-вақти билан қисқариб туради. Лекин бу қисқариш унчалик кучли бўлмайди. Бачадон қисқариши ҳомиладорликнинг турли муддатларида турлича: кучли ёки кучсиз бўлади. Чунки у нейрогуморал аппаратнинг бошқаришига боғлиқ бўлиб, ҳомиладорликнинг нормал кечишини таъминлашга қаратилган бўлади.

Тўғруқ жараёни бачадоннинг маълум ритмда қисқаришидан бошланади. Бачадон мускулларининг қисқариши ҳар 8-15 минутда такрорланиб, 25-35 секунд давом этади, тўлғоқ оралиғидаги муддат аста-секин камайиб боради, ҳар 4-5 минутда қайтарилиб, 45-50 секунд давом этади. Бундан таъқари, қисқариш кучи ҳам оша боради, буни махсус аппаратлар ёрдамида осон аниқлаш мумкин.

Бачадоннинг нерв системасида симпатик ва парасимпатик бўлимлар, соматик (сезувчи) нервлар бўлади. Бу бачадоннинг биологик хусусиятидир. Бачадондаги нервлар марказий нерв системаси импульслари таъсирида ҳомиладорликнинг нормал тараққиётини таъминлайди. Соматик нервларнинг аҳамияти унчалик катта эмас, орқа умуртка мия фалажида рефлекс йўли кесилган бўлишига қарамай, аёл ҳомиладор бўлиши, у нормал кечиши, тўғруқ овғриксиз ўтиши кузатилган (10.1.-расм).

Аёлларда жинсий аъзолар функциясида специфик эстроген ва прогестерон гормонларининг ўрни катта. Тухумдондаги фолликулдан эстроген, сарик танадан эса прогестерон гормони ажралади. Ҳомиладорликда бу гормонларни йўлдош тўқималари ажратади. Ҳозирча хорион ҳужайраларининг қайси бири бу гормонларни ажратиши аниқ эмас. Ҳомиладорликнинг охирида эстроген, прогестерон гормонлар бачадонда бир қатор физиологик ўзгаришларга сабаб бўлади. Бу ўзгаришлар бачадоннинг туғиш жараёнида нормал қисқаришига ёрдам беради. Туғиш жараёнида бачадон мускуллари ва ҳомиладор организмдаги ўзгаришларда муҳим бўлган омиллар ҳали тўла ўрганилган эмас. Аммо айрим омиллар бу масалани ҳал қилишда маълум вазифани ўташи мақсадга мувофиқдир.

Кўпчилик муаллифларнинг фикрича, бачадон мускулларининг қисқариш хусусияти бачадондаги моддалар алмашинуви билан ҳамбарчас боғлиқдир. Н.С.Бакшеев лабораториясида олиб борилган ишлар шуни кўрсатадики, бачадондаги биокимёвий жараёнлар аёл организмнинг функционал ҳолатига боғлиқдир.



10.1.-расм. Дардни бошқариш схемаси. Тўғри чизик — активация (стимуляция), пунктирли чизик — босилиш: α - α - адренорецепторлар; β - β - адренорецепторлар; μ - μ - холинорецепторлар.

Бачадон мускул тўқимасининг моддалар алмашинувидаги асосий кўрсаткичлари фосфорланиш жараёнига боғлиқ. Бу жараён бачадон мускулларида энергияга бой (микроэнергетик фосфорлар), мускулларнинг ферментли оксидли ва қисқарувчи фракциялар ҳамда уларнинг қисқариши учун аҳамиятли электролитлар тўпланишига имкон беради. Электролитлардан Ca^{++} зарурдир. Ҳомиладор бўлмаган аёлнинг бачадон мускулларида моддалар алмашинуви суст бўлиб, энергетик моддалар кам бўлади. Н.С.Бакшеевнинг кўрсатишича, ҳомиладор бўлмаган аёл бачадонининг мускул тўқимасида гликоген ўрта ҳисобда 50-60 мг%, аденозинтрифосфат кислота (АТФ) 14,5 мг%, фосфокреатин 1,4 мл% ни ташкил қилади. Бачадон мускулларидаги умумий оксиднинг ярмиси унча фаол бўлмаган қўшимча тўқима протеинидан иборат. Бунда оксилларнинг бачадон қисқаришини (контрактил) таъминловчи гуруҳи (актомиозин) оксил субстрактивнинг 3-4% ни ташкил қилади. Бунинг концентрацияси миометрийнинг функционал ҳолатини белгилайди. Ферментли оксиллар умумий оксиднинг 25% ни ташкил қилади, бу бачадон мускуллари метаболизми даражасини кўрсатади. Ҳомиладорликда оксидланиш жараёнининг фаоллиги ошади, деярли кам энергия берадиган анаэроб гликолиз камаяди.

Бачадонда оксидланиш жараёни ҳомила ўсган сари ошиб, туғиш вақтида 4 баробар кўпаяди. Агар ҳомиладорлик муддати ортиши билан гликолиз жараёни динамикада кам ўзгарса, бу анаэроб гликолиз томонига ўзгаради. Туғруқда аэроб гликолиз энергиянинг кўпроқ вужудга келишига шароит яратади. Бу энергия бачадон қисқаришини таъминлайди.

Ҳомиладорлиқнинг охирида бачадон мускулларида гликоген миқдори ҳомиладорликдан олдинги миқдоридан 12 баробар ортиқ бўлади. Фосфорланишни таъминловчи бирикмалардан бири фосфор киротин 2,5 баробар ошади. Туғиш жараёни яқинлашганда бачадон мускулларининг сут кислотаси ярмига камаяди, анаэроб гликолиз фаоллиги камайиб оксидланиш жараёни ошади. Ҳомиладорлик охирида бачадон мускулларида умумий оксид 40% га ортади.

Жинсий гормонларнинг бачадонни туғишга тайёрланишда ва туғиш жараёнининг бошланишида аҳамияти каттадир. Ҳомиладорлик бошланиши билан аёл организмда жинсий гормонлар, асосан эстроген гормонлар ортиб боради. Бу гормонлар ҳомиланинг нормал ривожланишини, бачадонда ва умумий организмдаги ўзгаришларнинг нормал кечишини таъминлайди. Ҳомиладорлиқнинг биринчи ярмида прогестероннинг аҳамияти катта, кейинроқ эса эстрогенлар орта боради. Бу гормонлар бачадоннинг ўсиши учун аҳамиятли бўлиб, актомиозин синтези, гликоген ва фосфор бирикмалари ҳамда оксил ферментли фракциясининг ошишига имкон беради.

10.2. ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ ТУҒИШГА ТАЙЁРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиладорнинг туғишга тайёрлиги асосан бачадоннинг қисқариш хусусияти ва бачадон бўйни хусусиятларига қараб аниқланади. Бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятини қўл ва махсус аппаратлар ёрдамида аниқлаш мумкин.

I. «Етилмаган» бачадон бўйни.

7. Бачадон бўйнининг қаттиқлиги ёки юмшоқлиги аниқланади

8. Бачадон бўйни каналининг ташқи тешиги берк ёки бармоқ учи сифади.

9. Бачадон бўйни сақланган ёки 4 см дан кўп қисқармаган.

10. Бачадон бўйнининг пастки сегменти юпқалашган, аммо юмшамаган.

11. Бачадон бўйни қалин, деворининг қалинлиги 2 см гача.

12. Бачадон бўйни чапга ва орқага қараган.

II. Бачадон бўйни «етилган»

7. Бачадон бўйни юмшаган.

8. Бачадон бўйнининг қин қисми 2 см ва ундан кам қисқарган.

9. Бачадон бўйни канали бир бармоқ очиқ чанок ўқи бўйича жойлашган.

10. Қин гумбази орқали олдинга келувчи қисми аниқ билинади.

11. Бачадон бўйнининг қалинлиги 0,5 см.

12. Бачадон бўйни чанок ўқи бўйича жойлашган.

III. Бачадон мускулларининг окситодинга сезгирлиги (Смитнинг окситоцин белгиси) ни аниқлаш учун:

7. Ҳомиладор 15-20 минут ётқизиб қўйилади.

8. 500 мл 5% ли глюкозага 1 мл 5 бирликда окситоцин қўшилади (0,01 бирлик окситоцинга 1 мл глюкоза ҳисобида).

9. Тайёрланган эритмадан 5 мл ни 1 минутда 1 мл дан қуйилади.

10. Бачадон қисқаришини пайласлаб ёки гистерограф ёрдамида аниқланади.

11. 3 минутдан кейин бачадон қисқарса, ижобий ҳол ҳисобланади, окситоцин ўқол қилингандан сўнг 2 кун давомида туғруқ бошланади.

12. Туғруқ 3 кун давомида бошланмаса салбий ҳол ҳисобланади, бунда туғруқни тезлатадиган бошқа усуллардан фойдаланиш керак бўлади.

10.3. ТУҒРУҚ. ТУҒРУҚ ДАВРЛАРИ

Бачадонда оксидланиш жараёни ҳомила ўсган сари ошиб, туғиш вақтида 4 баробар кўпаяди. Агар ҳомиладорлик муддати ортиши билан гликолиз жараён динамикада кам ўзгарса, бу анаэроб гликолиз томонига ўзгаради. Туғруқда азроб гликолиз энергиянинг кўпроқ вужудга келишига шароит яратади. Бу энергия бачадон қисқаришини таъминлайди.

Ҳомиладорлиkning охирида бачадон мускулларида гликоген миқдори ҳомиладорликдан олдинги миқдоридан 12 баробар ортиқ бўлади. Фосфорланишни таъминловчи бирикмалардан бири фосфокаротин 27 г баробар ошади. Туғиш жараёни яқинлашганда бачадон мускулларининг сут кислотаси ярмига камаяди, анаэроб гликолиз фаоллиги камайиб оксидланиш жараёни ошади. Ҳомиладорлик охирида бачадон мускулларида умумий оксил 40% га ортади.

Жинсий гормонларнинг бачадоннинг туғишга тайёрланишида ва туғиш жараёнининг бошланишида катта аҳамияти бор. Ҳомиладорлик бошланиши билан аёл организмида жинсий гормонлар, асосан эстроген гормо-

нлар ортиб боради. Бу гормонлар ҳомиланинг нормал ривожланишини, бачадонда ва умумий организмдаги ўзгаришларнинг нормал кечишини таъминлайди. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида прогестероннинг аҳамияти катта, кейинроқ эса эстрогенлар орта боради. Бу гормонлар бачадоннинг ўсиши учун аҳамиятли бўлиб, актомиозин синтези, гликоген ва фосфор бирикмалари ҳамда оксил ферментли фракциясининг ошишига имкон беради.

Ҳайвонларда қилинган тажрибаларнинг кўрсатишича, нервлар тузилмаларисиз бачадон мускуллари қисқармайди. Туғишдан бир оз олдин нерв тузилмаси орқага тараққий қилиб, аёлда ортиқча оғриқ бўлмайди. Бунга сабаб нерв толалари тузилмаси камайганида органик импульслар ҳам камаяди. Бу бачадоннинг физиологик ҳолати, унинг туғиш жараёнига тайёрглиги кўрсаткичидир.

Эстрогенлар АТФ фаоллигини оширади, улар бачадон мушакларининг қисқаришига специфик таъсир қилувчи окситоцинни парчаловчи окситоциназа таъсирини сусайтиради. Бачадон нерв ва мускул аппаратининг окситоцинга сезгирлигини оширади, натижада бу аъзонинг қисқаришини бирданига ошириб юборади.

Прогестерон эса бачадон нерв-мускул аппаратининг қўзғалишини сусайтиради, окситоцинга нисбатан сезгирлигини камайтиради. Прогестерон айниқса ҳомиладорликнинг биринчи, иккинчи уч ойлигида бачадон мускуллари бирданига қисқаришини тўхтатади. Учинчи уч ойликда эса унинг бачадон мускулларига таъсири бирмунча камаяди. Туғруқ яқинлашган сари бачадон мушаклари эстрогенга сезгир бўлиб қолади.

Ҳомиладорликнинг учинчи ойида ҳамда ўтиб кетган (41-42 ҳафталик) ҳомиладорликда туғруқ дардини синестрол ёки эстрадиол билан қўзғатиш мумкин. Бачадон мускул ҳужайралари эстроген гормони таъсирида қисқаришга тайёрланади. Унинг нерв системасининг қўзғалиш медиаторлари — ацетилхолин ва серотонинга нисбатан сезгирлиги ошади. Ҳомиладорлик охирида серотонин тобора кўп йиғилиб боради.

Серотонин кальцийнинг ҳужайраларга ўтишига, кальций билан АТФнинг қисқартирувчи оксил моддасига таъсир этишига ва бачадон мускулларининг қисқаришига ёрдам беради.

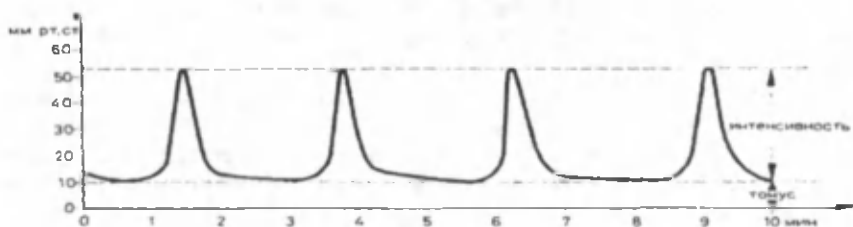
Кальций нерв импульсларини марказий нерв системасига ўтказди. Эстрогенлар ва серотонин бу жараёнларда синергистлар ҳисобланади. Кальций ва магний АТФ ли актомиозинга ва сувда эрийдиган АТФ митохондрийга активатор сифатида таъсир қилади.

Кальций иони серотонин билан бирга ҳужайралар мембранасининг бир қатор электролитларини ўтказиш хусусиятини оширади, натижада қисқариш механизмининг бир қисми бўлиб қолади.

Электролитлар гумо рал омиллар - ацетилхолин, окситоцин ва гистаминларнинг силлиқ мускулга таъсири учун зарур. Ҳужайралардаги электробиологик текширишлар натижасида бирмунча янги омиллар топилди, улар асосида бачадон мускул тўқимасининг бирданига қўзғалишида жинсий гормонларнинг вазифасига доир назариялар ишлаб чиқилди. Ҳужайралар мембранасига натрийга нисбатан калий осон ўтади, натижада

натрий иони кўпинча мембрана сатҳида қолади. Хомиладорликда қискармаётган мускул ҳужайраларда калий билан натрий нисбати 2:9 га тенглиги аниқланган. Калий билан натрийнинг бундай мувозанати мускул ҳужайраларининг қисқаришини кўзғатишга қодир эмас. Бунинг учун ҳужайралар оралиғидаги калий камайиши керак. Ҳужайралар мембранасидаги бу электрик потенциалларнинг ҳар хил бўлиши мембраналар потенциали деб аталади.

Мускул ҳужайраларининг қисқаришга тайёрлиги тинчлик потенциалининг камайиши (ҳужайраларда потенциал деярли камайди) билан боғлиқдир. Бунда ҳужайра мембраналарига натрий ионининг ўтиши ортади (500 марта) ва камрови эса ҳужайралардан чиқади, бунинг натижасида вужудга келган электрик оқим АТФ энергиясини бўшатиб мускул толалари бўйича тарқалади, актомиозиннинг кўп қисми қисқаришга сарфланади, бир қисми эса мембрана ҳужайралари зарядларининг тикланишига кетади. Мембраналар потенциали мускуллар бўшашуви билан тикланади.



Интенсивлиги
43 мм.сим.уст.

Сони 4 қисқариш/
10 дақиқада

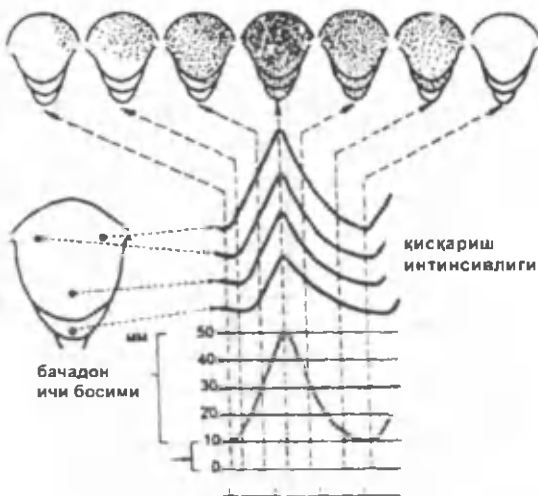
Бачадон фаоллиги
172 ЕМ

10.2.-расм. Бачадон қисқариш белгилари.

Ҳар томонлама текширишлар шуни кўрсатдики, бачадон мускулларининг қисқаришида эстроген ва прогестеронларнинг роли катта. Хусусан бачадоннинг йўлдошга ёпишган девори бошқа қисмларига нисбатан анча юқори мембрана потенциалига эга. Сўнгги текширишлар шуни кўрсатдики, агар хомиладорликда прогестерондан укол қилинса, бачадоннинг йўлдош ёпишмаган сатҳида ҳам худди ёпишган жойидаги каби мембрана потенциали ошади. Эстроген гормонлари таъсирида мускул ҳужайралари бирданига қисқаради ва фармакологик сезгирлиги ошади. Мускул ҳужайраларида электр зарядларнинг айрим тартибда тарқалиши натижасида «кўзғалиш» тўлкини бачадон мускулларининг ҳаммасига тез тарқалади (10.2.-расм).

Электрофизиологик текширишлардан аниқланишича, бачадон мускулларининг нормада кўзғалиши бачадон туби ёки унинг бурчакларидан, хусусан ўнг бурчагидан бошланиб, тезда унинг ҳамма қисмига тарқалади. Бачадон кўзғалиши бошланадиган жойи «қисқариш ритмини бошқарувчи» деб аталади (10.3.-расм).

Баъзи муаллифлар кўзгалиш бачадоннинг пастки сегментидан бошланиб, юқорига тарқалади, деган назарияни олдинга сурадилар. Аммо кўзгалиш бачадоннинг бир неча қисмларидан бошланса, патологик ҳолат ҳисобланади, бу бачадон мускулларининг нотўғри қисқаришига олиб келади. Бунда бачадон сегмент-сегмент бўлиб қисқаради, туғиш жараёни оғирлашади. Ҳомиладорлик бошланиши билан, айниқса унинг охириги ҳафтасида марказий нерв системаси (мия пўстлоғи, бош мия) нинг функционал жиҳатдан қайта қурилиши рўй беради, бачадон мускулларида эса биоэнергетик жараёни оширувчи моддалар йиғилади.



10.3.-расм. Учлик градиенти (схемаси).

Туғруқ кечиши 3 жараёнга бўлиқ: 1-туғруқ йўллари; 2-туғруқ ҳайдовчи кучлар; 3- ҳомила ва унинг йўлдоши.

Туғруқ йўли чанок суяги ва юмшоқ туғиш йўлларида иборат бўлади. Маълумки, кичик чанок суяги бўшлиғининг ҳар бир қисми ўзининг шакли ва ўлчовлари билан бир-биридан фарқ қилади. Кичик чанок кириш қисми овал шаклда бўлиб, кўндаланг ўлчовли диаметри билан бошқа ўлчовлардан фарқ қилади. Кичик чанок бўшлиғи деярли думалок шаклда бўлиб, у кенг ва тор бўлимдан иборат.

Кичик чанокнинг чиқиш қисми мускул ва фасциядаи шаклланган диафрагма билан берк, пастга эмас, олдинга очилган бўлади. Ҳомиладорлик охирида думғаза ва дум бўғимининг кўзгалувчанлиги ошади. Ҳомила боши чанок тубига тушиб туғилиши жараёнида дум суяги букилиши натижасида чанок чиқиш қисмининг ўлчовига 1,5-2 см кўшилади. Кичик чанок йўли то чанок чиқиш суягининг орқага букилганига кўра кийшиқ, яъни гўё тизза бўғимининг букилган ҳолатига ўхшайди. Чанокнинг ўқи пастки қисмида тўмтоқ бурчак ҳосил қилади, олдинга айланиб, айланма илмоқ (балиқ тутадиған қармоқ) шаклида бўлади.

Кичик чанок бўшлиғи фронтал кўринишда воронка шаклида бўлади. Туғиш жараёнида чанок оғиш бурчагининг ҳам аҳамияти катта. Чанок суяқларини бирлаштирадиган бўғимлар ҳомиладорликда ва туғиш жараёнида кўзгалувчан бўлиб қолади. Бунга сабаб бўғимдаги тоғайлар шишиб, юмшайди. Чанок бўғимларини, хусусан қовуқ ва думғаза ёнбош суяқлари

бўғимларининг бундай қўзғалувчанлиги туғиш жараёнида амалий аҳамиятга эга бўлиб, ҳомиланинг олдинга келувчи қисмининг чанок канали бўйлаб сурилишига ва туғрукнинг қулай ўтишига имкон беради.

Туғрук йўлларининг ҳолати. Юқорида кўрсатиб ўтганимиздек, бачадон уч бўлим: юқори энг катта қисми — бачадон танаси; ўртадаги унча катта бўлмаган қисм — бўйин олди қисми ёки истмус, бачадоннинг қуйи қисми — бачадон бўйнидан иборат. Бачадон бўйнида бўйин канали жойлашган. Пастдан бўйиннинг бир қисми қинга кириб туради ва қинга бирикади. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ҳомила тухуми факат бачадон танасига жойлашган бўлади. Учинчи ойида тез ўсаётган ҳомила тухуми бачадон танасига сирмай қолади, аста-секин унинг бўйин олди қисмини ҳам эгаллай бошлайди, натижада бу қисм кенгайиб, пастки сегмент номини олади.

Бачадоннинг бўйин олди қисми бачадон танасининг анатомик ва функционал тузилишига ўхшаб кетади. Туғруқ дарди бошланиши билан бачадоннинг пастки қисми кенгайиб, юпқалаша боради ва корин девори пардасининг бачадон танасига қаттиқ ёпишиб ўтган жойигача етади. Шу соҳада бачадон бўйин каналининг ички тешиги жойлашган. Бу контракцион (ретракцион) ҳалқа деб юритилади, у бачадоннинг функционал фаол қисми билан пассив қисми оралиғига жойлашган.

Бу айланма камарга ўхшаш ҳалқа бачадон танаси мускуллари каби фаол қисқармайди. Туғиш олдида ва туғишнинг биринчи даврида пастки сегмент 6-7 см бўлади, ҳомила ўрнининг учдан бир қисмини ташкил қилади. Туғиш жараёнида пастки сегмент тиришиб қолиши (спазми), кенгайиши ёки ҳаддан ташқари кенгайиб кетиши мумкин. Агар кўп кенгайиб кетса, бачадон йиртилиш хавфи туғилади.

Пастки сегментдаги мускуллар толаси деярли кўндаланг жойлашган. Шунга кўра авваллари ҳам, ҳозир ҳам операцияда бачадоннинг пастки сегментини кўндаланг қирқиш афзал дейилади. Бунда мускул толалари кам зарарланади ва операция жароҳатининг битиши осон бўлади.

Бачадон бўйни туғруқ жараёнига анча илгари тайёрлана бошлайди, бунда қон томирлар кўпайиб, ковак шаклини олади. У ҳомиланинг чиқиш йўлини вақтинча бекитиб туради, унинг канали шиллиқли тикин билан берк бўлади. Туғруқ дарди бошланиши билан шиллиқли тикин (Крестеллер тикини) тушиб кетади, бачадон бўйни очила бошлайди (очилиш механизми юқорида айтиб ўтган эдик). Ниҳоят тўла очилиб (10-12 см) пастки сегмент таркибига киради ва умумий туғруқ йўлига қўшилади.

Баъзи ҳолларда бачадон бўйни тўла очилишига қарамай, у йиртилиши мумкин, одатда ёнидан озгина йиртилади. Шунга кўра, туққан аёлларда бачадон бўйнининг ташқи тешиги узунчоқ тешикка ўхшайди. Қин туғиш жараёнида сўнгги имкониятга қадар кенгайди.

Чанок тубидаги мускуллар туғруқкача черелицага ўхшаб етади, яъни четлари билан бир-бирини ёпиб туради. Туғиш жараёнида бир текис бўлиб қолади. Чанок тубининг 3 қават мускуллари кенгайиб, узунчоқ найчани, қин ва ташқи жинсий аъзолар ҳам кенгайиб чўзилиб, кўшимча туғиш йў-

лини ташкил қилади. Ташқи жинсий тешик кенгайди ва баъзан йиртилиши ҳам мумкин.

Баъзи муаллифларнинг фикрича, бачадон қисқарувчи аъзо бўлиб, баъзан бўйида бўлган даврда ҳам бир оз қисқариб турса-да, ҳомиладорликка путур етмайди. Тўлғоқ вақти-вақти билан такрорланадиган бачадон танаси мускулларининг беихтиёр қисқаришидир. Тўлғоқда туғруқ йўлининг ҳам деворлари қисқаради.

Кучаниқ бачадон мускуллари ва қорин девори мускулларининг қисқариши билан ўтади. Қорин деворида кўндаланг мускуллар борлигига кўра, кучаниқ қисман аёлнинг хоҳишига итоат этган ҳолда келади. Шунга кўра, аёл қаттиқроқ ёки секинроқ кучаниши мумкин. Кучаниқ туғруқнинг 2- ва 3-даврларида кузатилади.

Я.Ф.Вербов, Э.Бумм ва бошқаларнинг фикрига кўра, туғиш дарди перистальтик хусусиятда бўлиб, туғруқ йўлининг чиқиш томонига йўналади. Бачадонда бу перистальтик қисқариш жуда тез, бутун бачадон бўйлаб тарқалади. Туғруқнинг 1-даври тугашида бачадон ханжарсимон ўсиқдан 3-4 бармоқ энида пастда бўлади. Бачадон бўйинининг очилиш жараёнида бачадон кичиклаша боради, аммо энига ва орқа-олдинга кенгайди. Бу ҳолат кўндаланг жойлашган бачадон мускулларининг фаолиятига боғлиқ, бу туғишнинг биринчи даврида рўй беради.

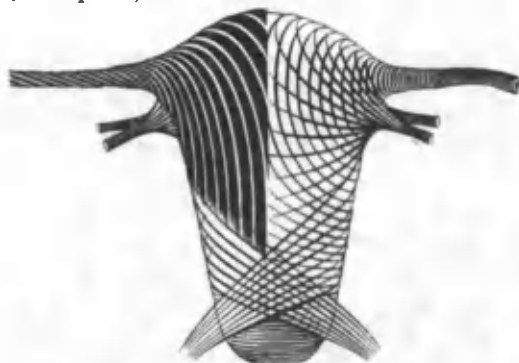
Туғруқ биринчи даврининг охирида бачадон мускуллари қисқариши, тананинг, хусусан қорин деворининг кўндаланг мускуллари қисқара бошлаши натижасида дард анча сезиларли бўлади. Кейинроқ бачадон шакли ўзгаради, узунлашиб, тораяди, туби анча кўтарилади.

Иккинчи даврнинг бошланишида бачадон туби ханжарсимон ўсиқдан бир бармоқ пастда туради. Ҳомила боши чанок тубига тушганда бачадон туби пастга туша бошлайди, эни камаёди (20-18 см), бачадоннинг айланма мускуллари ҳам қисқара боради. Туғруқнинг биринчи даврида бачадоннинг кўндаланг мускуллари қисқарганда унинг думалок бойлами ва чанок пардаси таянч вазифасини ўтайди.

Тўлғоқда қорин девори иштирок этмайди. Туғруқнинг иккинчи даврида бачадон олдинга бир оз эгилади, қорин девори пардасини чўзади, натижада қорин девори мускуллари қисқара бошлайди ва бачадонни босади. Унинг букилган ҳолатини текислаб, бачадон туби билан қорин деворига ва юқорида ётган аъзоларга тиралиб, ҳомилани пастга сура бошлайди. Бачадоннинг кўндаланг мускуллари билан кийшиқ мускулларининг галмагал қисқаришини Вербов «бачадоннинг перистальтик ҳаракати қонуни», деб тушунтиради. Бу назария туғруқ жараёни кечишини таъминламайди, чунки бачадон мускулларининг галмагал қисқариши, Вербов айтишича, туғиш давларига боғлиқ. Туғишнинг ҳамма даврида ҳам кўндаланг ва кийшиқ мускуллар тартиб бўйича қисқаради. Аммо бунда кўндаланг мускулларнинг ўрни катта.

Н.С.Бакшеевнинг кўрсатишича, ҳар иккала мускул биргаликда қисқариб, ҳомиланинг туғруқ йўлида сурилишига имкон беради. Бачадон мус-

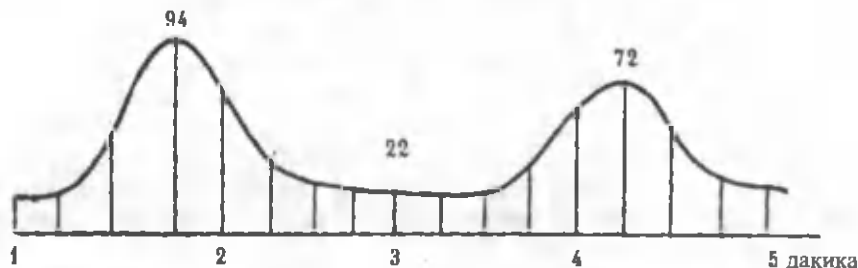
кулларида туғишда 2 хил жараён мавжуд: биринчи қисқариш (контракция) ва бачадон мускул толаларининг бир-бирига нисбатан бошқача жойлашиши (ретракция). Бу хилдаги мускулларнинг физиологик ҳолати бачадон тубининг қалинлашишига ва аста-секин тубида пастрокдаги бачадон бўйни томондаги қисмларнинг юпқалаша боришига сабаб бўлади (дистракция) (10.4.-расм).



10.4.-расм. Бачадон мушакларининг жойлашиши

Бачадон бўйни бачадон мускулларининг ритмик қисқаришида қатнашадими? Йўқ, қатнашмайди. Бўйин мускуллари туғруқда ўзининг беркитиш хусусиятини йўқотди, улар бачадон танаси мускуллари қисқариши билан чўзила боради. Клиник кузатишлар натижасида бачадон бўйни мускуллари туғруқда ритмик равишда қисқармай, фақат йўлни бекитувчи вазифасини ўйнаб, чўзилиши, кенгайиши аниқланган. Бачадон

мускулларининг қисқариш даражаси уларнинг қанчалик таранглашганига боғлиқ. Бачадон мускуллари тинчликда ҳам маълум даражада таранглашиб туради. Туғруқда мускуллар таранглашишида бачадоннинг қисқариш кучи маълум нисбатда бўлиши керак. Агар мускуллар жуда кучли ёки жуда суст таранглашса, уларнинг қисқариш амплитудаси максимал ҳолатда бўла олмайди. Тарангланиш ҳолати бачадон мускулларининг динамик ҳолати бўлиб, туғруқ даврларига қараб турлича бўлади. Агар таранглашиш ўртача бўлса, унда мускуллар кучли қисқаради. Ҳозирги кунда туғруқхоналарда мураккаб электрон аппаратлар ёрдамида бачадон мускуллари турли қисмларидасариш хусусияти аниқланади (10.5.-расм). Одатда шифокорлар қорин деворига қўлни қўйиб секундомер ёрдамида бачадоннинг таранглашганига қараб унинг қисқариш хусусиятини аниқлайдилар.



10.5.-расм. Нормал дарднинг тонограммаси.

10.4. ТУҒРУҚНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Туғруқ физиологик жараён бўлишига қарамай уни стационар шароитида шифокор ва акушерка ишгирокида олиб бориш керак. Чунки туғруқнинг айрим даврларида ҳомилада ёки аёлда бирор патологик ҳолат вужудга келиши мумкин.

Одатда туғруқ жараёни бирданига бошланади. Агар аёл сезгир бўлса, ўзи ҳам бунни аниқлаши мумкин. Баъзи аёллар туғруқдан бир ҳафта илгари бачадон қисқаришини сезадилар. Аммо бу туғруқнинг «хабар берувчи» белгилари бўлиши мумкин, холос. Бу ҳолат барча аёлларда бўлавермайди. Бачадон бундай қисқарганда унинг бўшлиғидаги босим ошмайди, ҳомила пуфаги таранглашмайди ва бачадон бўйнининг очилишига таъсир кўрсатмайди (10.6-расм).

Туғруқ дарди одатда, қорин пастиди ва бел соҳасида тутиб-тутиб турувчи оғрик билан бошланади, бу аста-секин зўраяди, анча тезлашиб, узоқроқ давом эта боради. Кўп аёллар туғишдан бир оз олдинроқ ҳомила ҳаракати сустлашгани ва жинсий аъзодан сероз шилликли суюқлик ажралаётганидан шикоят қиладилар (бу бачадон бўйнидаги шиллиқли Кристеллер тикинидир). Баъзи аёллар қов ва тўғри ичакда босим сезадилар, тез-тез сийгилари қистайди. Аёлнинг руҳияти ўзгариб, жаҳлдор, салга таъсирланадиган бўлиб қолади ёки, аксинча, уйқу босиб, бўшашади. Қайд қилиб ўтилган ҳодисаларнинг бирортаси ҳам дард бошланди, дейишга асос бўлолмайди. Фақат дарднинг ҳар 15-20 минутда тутиб, 20-25-30-40 секунд ёки ундан узоқроқ давом этиши туғруқнинг бошланишидан далолат беради. Тўлғоқ бошланган аёл қориннинг ташқи кўринишини кузатган шифокор туғруқ дарди бошланганини аниқлаши мумкин. Тўлғоқда бачадон бирмунча юқорига кўтарилиб, унинг шакли аниқ кўринади, қўл кафтини қорин деворига қўйиб, бачадоннинг таранглашгани ва бўшашганидан дарднинг такрорланишини аниқлаш мумкин.

Туғруқ диагностикаси ва белгилари

- Аёлда туғруқ жараёни бошланганлигини тахмин қилинг ва кутинг.
- 22 ҳафтадан кейин қоринда жойини ўзгартириб турадиган оғрик пайдо бўлиши.
- Қандан шилимшиқ ва қон аралаш ажралмалар келиши ва оғрик бўлиши.
- Қандан сувли ажралмалар ёки кутилмаган ҳолда қоғанок суви кетиб қолиши.
- Туғруқнинг бошланганлиги белгилари:
 - Бачадон бўйнининг шакли ўзгариши — калталашиши ва юпкалашиши (текисланиши).
 - Бачадон бўйнининг очилиши — бачадон канали диаметрининг кенгайиши сантиметрларда ўлчанади (10.7-расм).



10.7.-расм. Бачадон бўйни шаклининг ўзгариши ва очилиши.

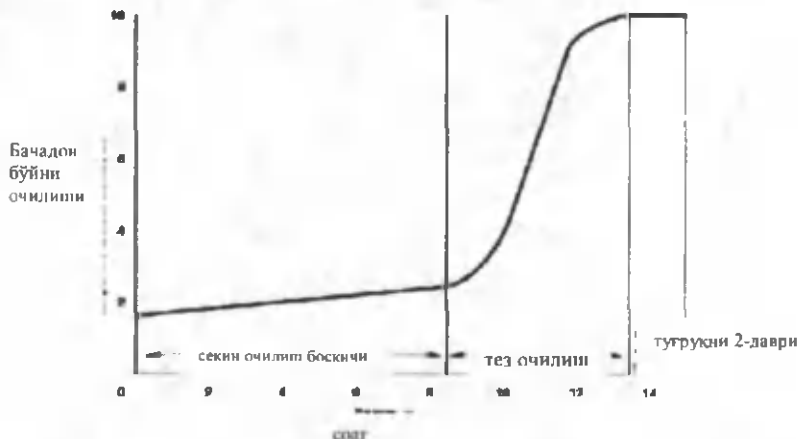
A — Бачадон бўйни шакли сақланган. Цервикал каналнинг узунлиги 4 см;
B — Бачадон бўйни қисман текисланган. Цервикал каналнинг узунлиги 2 см; C — Бачадон бўйни охиригача

Туғруқ даврлари ва фазаларининг диагностикаси жадвал (10.1.) ва расмда (10.8.) кўрсатилган.

10.1. —жадвал

Туғруқ даврлари ва фазалари

Симптомлари ва белгилари	Давр	Фаза
Бўйни очилмаган	Биринчи туғруқ	Туғруқ фазаларининг якуни
Бўйни 4 смдан кам очилган	Биринчи	Патент
Бўйни 1 смдан 1-2 см га очилган	Биринчи	Фаза
Бўйни 4- 9 см гача очилган		
Бўйнининг охиригача очилган (10 см)	Иккинчи	
Ҳомила бўйнининг туши билинган	Иккинчи	



10.8.-расм. Биринчи туғувчи аёлларда бачадон бўйни очилиш чизмаси.

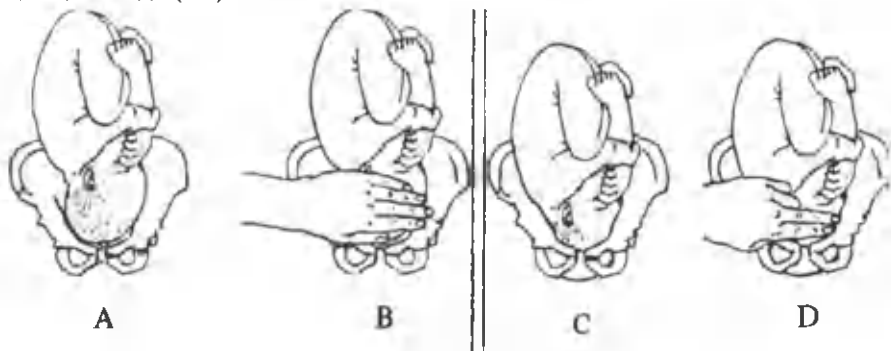
Ҳомила бошининг тушиши.

Қориннинг пальпацияси (10.9.-расм).

• Қоринни пальпация қилган ҳолда бармоқлар сони билан ўлчаб, ҳомила бошининг симфиздан қанчалик юқори турганлигини аниқлаш мумкин.

- Агар бош симфиздан бутунлай тепада турса, 5 та бармоқ билан пальпация қилинади (5/5)

- Агар бош симфиздан пастда жойлашса, 0 та бармоқлар билан пальпация қилинади (0/5).



10.9.-расм. Боланинг боши тушаётганда қоринни пальпация қилиш:

А - бош симфиздан 5/5 тепада, кўзгалувчан; В - бош 5 та бармоқчалик пайпасланишти; С - бош 2/5 вазиятда қов қирғоғидан тепада; Д - бошнинг бир қисми симфиздан юқорида турибди.

Қин орқали текшириш.

• Зарурат бўлганда, ҳомиланинг тушишини баҳолаш учун ҳомила олдинда келувчи қисмининг чанок қуймич ўсиқларига нисбатан жойлашишини аниқлаш учун қин орқали текширилади (10.10.-расм).

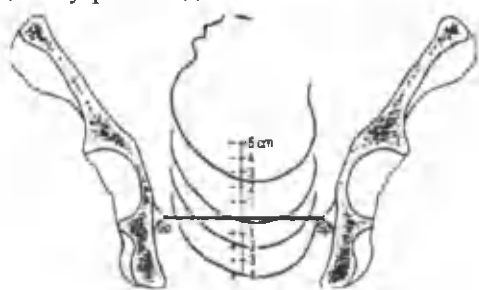
* 0 вазият қуймич ўсиқлари сатҳига тўғри келади.

Ҳомиланинг жойлашиши ва олдинда келувчи қисми.

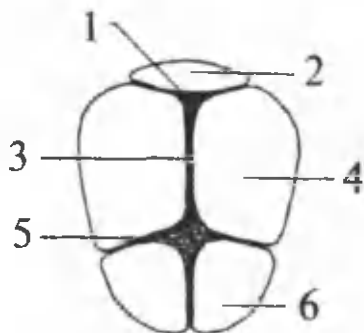
Олдинда келувчи қисмини аниқлаш.

Энг кўп учрайдиган олдинда келувчи қисми бу бошнинг энса қисмидир (10.11.-расм). Агар тепаси олд қисми бўлиб келмаса, унда бу ҳолат ҳомила олдинда келувчи қисмининг нотўғри жойлашганлигини билдиради.

Агар бош тепаси олдинда келса, бош чаноғидаги мўлжаллардан ҳомила бошининг вазияти (позиция ва турини) аёлнинг чанок суягига нисбатан жойлашишини аниқлашда фойдаланиш мумкин.



10.10.-расм. Ҳомиланинг боши тушишини бимануал кўрикда баҳолаш



10.11.-расм. Ҳомила бош суягидаги мўлжаллар

- 1— Кичик лиқилдоқ
- 2— Энса суяги.
- 3— Сагиттал чок.
- 4— Тепа қисм суяги.
- 5— Катта лиқилдоқ.
- 6— Петона суяги.

Ҳомила бошининг ҳолатини аниқлаш

Ҳомила боши нормада чанок бўшлиғига энсанинг олдинда ётиб кўндаланг турда келади, бунда энса чанокка кўндаланг жойлашади (10.12.-расм).



10.12.-расм. Энсанинг олдинда келишининг кўндаланг тури.

• Ҳомила боши чанок бўшлиғида тушиши давомида айланиб, энсаси она чаногининг олд томонига қараган бўлади (энса билан олдинда келишининг олд тури) (10.13.-расм).



10.13.-расм. Лиқилдоқ ва чокларга қараб энса билан келиш ҳолатини қин орқали аниқлаш. 1 - чап олдинги ҳолати; 2 - ўнг олдинги ҳолати; 3 - чап орқа ҳолати; 4 - ўнг орқа ҳолати; 5 - чап кўндаланг ҳолати; 6 - ўнг кўндаланг ҳолати.

Агар энсаси билан орқага бурилса (энса билан келишининг орқа тури) бўлади.

- «яxши букилган бош» нормал олдинда келишнинг қўшимча кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади, бунда кинда бошнинг энса қисми тепа қисмидан пастда жойлашади (10.14.-расм).

Туғруқнинг жадаллигини баҳолаш

Туғруқ диагнози қўйилгандан кейин унинг ривожланиши куйидагилар билан баҳоланади: латент фаза давомида бўйиннинг текисланиши ва



10.14.-расм. «Яхши букилган бош»

очирилишидаги ўзгаришлар белгиланади; фаол фазада бола бошининг тушиши ва бўйиннинг очилиш даражаси ўлчанади.

- туғруkning 2 - даври давомида бола бошининг тушиши баҳоланади;

Фақат фаол фазада келган аёлларга туғруkning ривожланишини партограммада кўрсатиш

лозим. Партограмманинг намунаси 3 - расмда кўрсатилган. Агар партограммангиз бўлмаса, бўйин очилишининг оддий графигини чизинг. Буни вертикал ва горизонтал чизикда белгиланади.

Қин орқали текшириш.

Туғруkning 1-даврида ва қоғанок сувлари ёрилгандан сўнг ҳар 4 соатда 1 марта қинни текшириш мумкин. Партограммага керакли нарсаларни белгилаб олинг.

- Ҳар бир қин орқали текширувга қуйидагиларни белгиланг:

0 амниотик суюқликнинг рангги,

0 бачадон бўйинининг очилиш даражаси,

0 бош тушишининг даражаси (қоринни пальпация қилиб баҳоласа ҳам бўлади).

- Агар биринчи кўрикда бачадон бўйни очилмаган бўлса, туғрук диагнозини қўйиш имкони йўқ.

- Агар дард бўлса, 4 соатдан кейин аёлни қайтадан бачадон бўйнидаги ўзгаришни кўриш учун қинни текшириб кўринг. Агар бу босқичда бўйиннинг текисланиши ва очилиши бўлса, бу туғрук даври бошланганлигини, агар бўлмаса ёлғон дард деб баҳоланади.

- Туғруkning 2 - даврида ҳар соатда қинни текширинг.

Туғрук жараёни асосан 3 даврдан иборат: 1-бачадон бўйинининг очилиш даври; 2-ҳомиланинг ҳайдалиш даври; 3-йўлдош даври;

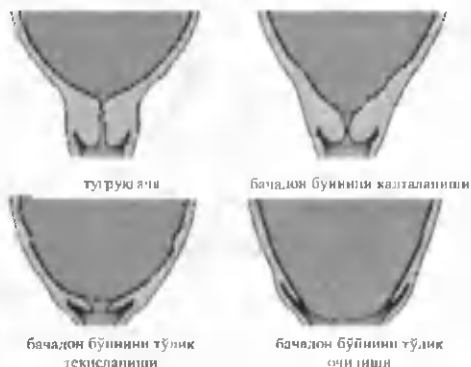
Туғруkning биринчи даври.

Бу жараён биринчи ва қайта туғувчиларда турлича бўлади (10.15.-расм). Туғрук бошланишида бачадон бўйни жуда юмшаб, ҳолатини ўзгартиради. Одатда бачадон бўйни ташқи тешиги ҳали туғруққа тайёр бўлмаса, у қиннинг орқа гумбазига қараган бўлади, туриш жараёнига тайёрланиш жараёнида у аста-секин чанок ўқиға тўғри келиб қолади. Шу белгиларга асосланган ҳолда биз бачадонни туғруққа тайёр деб фикр юритамиз.

Кўп ва қайта туққан аёлларнинг бачадон бўйни каналига битта бармоқни осонгина киритса бўлади, аммо ички тешиги берк бўлади. Бача-

дон бўйни мускуллари ўзининг беркитиб туриш фаолиятини йўқотганига кўра у осон очилиши мумкин.

Бачадон бўйни аста-секин очилиб, олдинда ётган қисми пастга сурилади. Натижада у калталашиб, нисбат бутунлай ўз шаклини йўқотади. Бу бачадон бўйнининг текисланиш жараёни деб аталади. Бачадон бўйни текислангандан кейин унинг ташқи тешигига одатда 1-1,5 бармоқни киритиш мумкин. Бўйин четлари юпкалашиб, чўзилувчан бўлиб қолади. Биринчи туғувчиларда бачадон бўйнининг очилиши бўйин каналининг ички тешигидан бошланади. Қайта туғувчиларда бачадон бўйнининг ҳдр иккала тешиги бир пайтда очилади очилиш даврида у калталаша боради (10.16.- расм. А, Б).



10.15.-расм. Биринчи туғувчи аёлларда бачадон бўйни текисланиши ва очилиши.



А



Б

10.16.-расм. А-қайта туғаётган аёлда бачадон бўйнининг очилиш даври. 1 - бачадон бўйнининг ички бўғзи; 2 - бачадон бўйнининг ташқи бўғзи; бачадон бўғзи бир бармоқ энди очилган. Б - қайта туғаётган аёлда бачадон бўйнининг юқори ярми текисланган айни пайтда ташқи тешиги (бўғзи) очила боради. 1 - ички тешиги (бўғзи); 2 - ташқи тешиги (бўғзи). Ички ва ташқи бўғизлар бараварига очилади.

Очилган бачадон бўйни орқали қоғаноқ аниқланади, у дард тутганда тараंगлашади. Бачадон бўйнининг очилиш даражаси сантиметр билан ўлчаб, белгиланади. Агар бачадон бўйни 10 см бўлса, бу унинг тўла очилганидан далолат беради (10.17.- расм, А, Б).

Бачадон бўйни очила бошлаши билан қоғаноқ осон аниқланади. Ҳар бир тўлқоқда бачадон ичидаги босим оша боради, шунга кўра ҳомила пуфаги

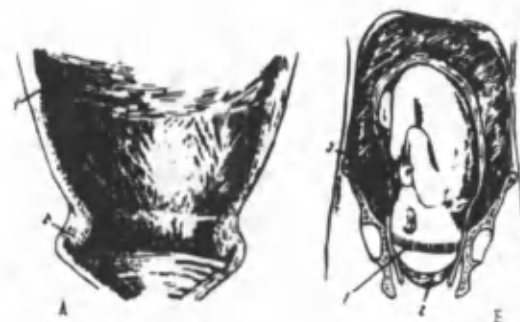
хам шу бачадон бўшлиғи шаклини олади. Хомила тухумининг ўз шаклини бундай ўзгартиришига қоғаноқ суви сабаб бўлади. Дард тутганда бачадон ичидаги босим ошади ва қоғаноқ бачадоннинг ички бўйин қисмига сурилади. Одатда шу пастки қисмда хомиланинг бирор йирикрок қисми жойлашган бўлади. Ҳар дард тутишида хомиладорликнинг сўнгги муддатларида кенгая бошлаган бачадоннинг пастки қисми янада кенгайди. Бачадон ичидаги босим ошган сари қоғаноқ суви бачадон бўйнининг ички тешигига йўналади. Қоғаноқ бўйин каналига - сукила боради.

Бачадон ичидаги босим оша борган сари бачадон бўйни каналининг юқори қисми ҳам воронкага ўхшаб, аста-секин кенгайди. Бачадон ичида босим бўлгани туфайли қоғаноқ шу воронкага ўхшаб кенгайган қисмга сукилади ва бачадон бўйни канали девори ичига жойлашган нерв толаларини

таъсирлаб, тўлғоқнинг янада зўрайишига сабаб бўлади.

Тўлғоқ кучая бориши натижасида таранглашган хомила пуфағи борган сари бачадон бўйни каналига сукилиб киради ва унинг очилишини тезлатади. (10.18.-расм).

Тўлғоқ зўрайиши билан қоғаноқ бачадон бўйни каналига сукила боради, унинг кетидан хомила боши борган сари пастга сурилиб, маълум вақтга етганда у бачадон бўйни ва чаноқнинг кириш қисмига шундай сукилиб қоладики, навбатдаги тўлғоқ тутишда хомиланинг орқасидаги сув олдиндаги сувга ор-



10.17.-расм. А – қайта туғаётган аёлда бачадон бўйни текисланган, ташқи тешиги тўла очик. Бачадон бўйни каналининг лаблари ҳалқа кўринишида. **Б** - бачадон бўйни тўла очик, хомила боши кичик чаноқ кириш қисмида. 1 - тақалиш камари; 2 - олдинги қоғноқ суви; 3 - орқа қоғаноқ суви.

тикча аралаша олмайди. Бунда хомила бошини чаноқнинг кириш қисмига ва бачадон бўйнига ҳамма томондан тегиб турган жойида тақалиш камари ҳосил бўлади. Шу камар туфайли қоғаноқ суви иккига - олдинги ва орқадаги сувга ажралади. Хомиланинг олдинда келувчи қисмидан олдинда бўлган сувни - қоғаноқ сувининг олдинги қисми дейилади, хомиланинг олдинда келувчи қисмидан юқорига жойлашган сувни эса орқа суви дейилади. Агар хомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқдан юқори турган бўлса, бундай ҳолларда хомила олди суви юқорида айтилган икки қисмга бўлинмайди. Шунга кўра қоғаноқ ёрилганда олдинги ва орқа сув бутунлай кетиб қолиши мумкин. Баъзан дард бошланмасдан туриб, хомила пуфағи ёрилиши мумкин, бунга қоғаноқ сувининг вақтидан илгари кетиши дейилади.

Айрим вақтларда хомила пуфағи бачадон бўйни тўла очилмай туриб

ёрилиши мумкин, бунга қоғанок сувининг олдин кетиши дейилади. Кўпинча ҳомила пуфаги бачадон бўйни 4-5 бармоқ кенглигида очилгандан кейин ёрилади. Баъзан ҳомила пуфаги бачадон бўйни тўла очилгандан кейин ҳам ёрилмаслиги мумкин, бунга ҳомила пуфагининг кечикиб ёрилиши дейилади. Бу ҳол ҳомила пуфагининг қалинлигини кўрсатади. Агар ҳомила пуфаги ўз вақтида ёрилмаса, ҳомилада асфиксия (бўғилиб қолиш) рўй бериши мумкин. Шунинг учун пуфакнинг ёрилишини кутиб ўтирмай, агар бачадон бўйни тўла очилган бўлса, қоғанок пардасини қўл ёки асбоб ёрдамида ёриб юбориш лозим.



10.18.-расм. Туғрукнинг 1 даврида бачадон ичидаги босим таъсири

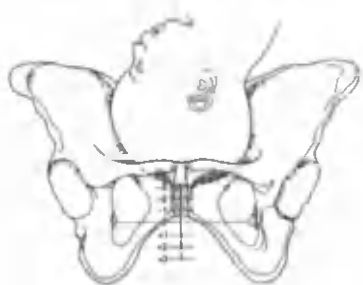
Биринчи ва қайта туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни турлича очилади. Шунга кўра уларнинг туғиши ҳам турлича давом этади. Биринчи марта туғувчиларда аввало бачадон бўйнининг ички тешиги, сўнгра каналнинг ҳаммаси ва ниҳоят ташқи тешиги очилади, деб айтиб ўтган эдик. Ички тешик билан бўйин канали очилиши натижасида бачадон бўйни борган сари калталашади. Бачадон бўйни қисқариши натижасида унинг қинга кириб турувчи қисми аста-секин кичирайиб йўқолади, бу ҳолат бачадон бўйнининг текисланиши деб аталади. Бармоқ ёрдамида қин орқали текширилганда бачадон бўйни ўрнида қўлга баъзан юпка айланма пластинка илинади. Такрор туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни бошқача бўлади ва бошқача очилади. Бачадон бўйнининг ички тешиги, бўйин канали ва ташқи тешиги бир вақтда очилади, деб айтиб ўтган эдик. Бунда бачадон бўйни бир вақтнинг ўзида калталашади ва текисланади. Такрор туғувчиларда бачадон бўйни биринчи туғувчиларга қараганда тезроқ очилади. Туғрукнинг биринчи даври биринчи туғувчиларда 12-16 соат, қайта туғувчиларда эса 6-9 соат давом этади.

10.4.1. ҲОМИЛА БОШИНING ОРҚА КЎРИНИШДА ЭНСА КИСМИ БИЛАН КЕЛИШИ

Туғишнинг биринчи давридаги ҳомила бошининг букилиб келиши обкаш қонуни бўйича белгиланади. Бачадон туби мускуллари қисқариши натижасида вужудга келган босим ҳомила орқа умуртқаси бўйлаб бориб, бошнинг кичик чанок томон йўналтиради. Орқа умуртқа бошнинг ўртасига жойлашмаганлигига кўра обкашнинг бандлари ҳар хил узунликда бўлади. Обкаш елкасининг қисқа томони энса, узун томони пешона-юз қисми бўлиб қолади. Бачадон мускуллари қисқариб, орқа умуртқани босганда обкашнинг узун елкаси юқорига кўтарилади, ҳомила боши букилади, қисқа елкаси пастга тортгани учун бошнинг энса қисми пастга тушади (10.19.-расм).

Ҳомила боши эгилишининг сабабларини баъзи муаллифлар бошқача

тушунтирадилар: ҳомила бошининг букилиши натижасида бош думалок бўлиб, чанок ичининг думалок шаклига мослашиб қолади. Бошнинг букилиши овал (эллипссимон) шаклдан думалок шаклга ўтишига имкон беради.



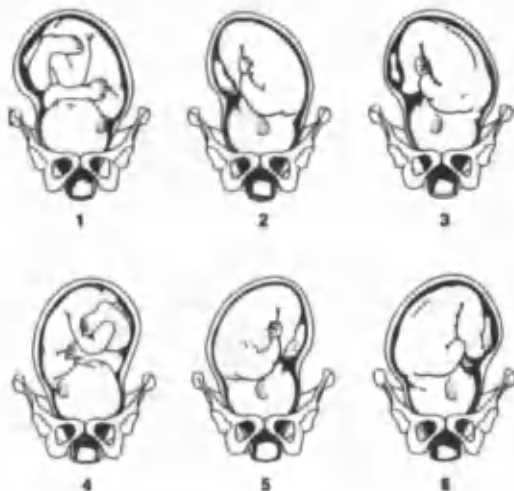
10.19.-расм. Ҳомила олдин келувчи қисмининг жойлашишини баҳолаш

Ҳомила бошининг ўлчовлари қанчалик катта, чанок ўлчовлари қанчалик кичик бўлса, ҳомила боши шунчалик кўпроқ букилади (масалан, ҳамма ўлчовлари баравар тор бўлган чанокда).

Туғишнинг иккинчи даври механизми ҳомила бошининг кичик чанок ичида айланишини ифодалашда жуда аҳамиятлидир. Бу назариялардан энг оддийси «мослашиш» назариясидир. Ҳомила боши кичик чанок ичида чанок ўлчовларига мувофиқ равишда айнан мослашади (чанокка кириш қисми кўндаланг, ичида — қийшик, чиқишида тўғри ўлчовга мослашади).

Ҳомила боши каттароқ қисмининг туғилиши кийинроқ бўлади. Бу қисм ҳомила бошидир, у туғиш йўлидан маълум омиллар воситасида сурилади, бу ҳолат туғиш биомеханизми деб юритилади (10.20.- расм).

Агар ҳомиладорлик нормал кечаётган, ҳомила яхши ривожланаётган бўлса, туғиш олдидан қўл, оёқлар ҳам нормал жойлашади. Ҳомила вертикал ҳолатда, боши билан чанокка кириш соҳасида энса соҳалари билан ётади (10.21.-расм).



10.20.-расм. Энса билан келиш ҳолати турлари: 1- чап орқа ҳолати; 2- чап кўндаланг ҳолати; 3- чап олдинги ҳолати; 4 - ўнг орқа ҳолати; 5 - ўнг кўндаланг ҳолати; 6 - ўнг олдинги ҳолати.

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомиланинг боши туғишдан 2-3 ҳафта олдин чанок кириш қисмида суқилган бўлади. Илгари туққан аёлларда эса ҳомила боши фақат туғиш жараёнида (туғишнинг биринчи даврида) кичик чанок кириш қисмига суқила бошлайди. Шунинг айтиб ўтиш керакки, ҳомила боши чанокка кириш қисмида қайта туғувчиларда биринчи марта туғаётган аёлларга нисбатан олдинга камроқ эгилади.

Ҳар иккала ҳолларда ҳам ҳомила бошининг овал шакли кичик чанок кириш қисмининг шаклига мослашган бўлади.

Қичик чанокқа кириш сатҳи ўлчовлари: тўғри ўлчов - 11 см, катта ўлчов - 12 см, кўндаланг ўлчов - 13 см бўлади. Шунга кўра, ҳомила боши энсаси билан келганда унинг ўқ-ёйсимон чоки кичик чанок кириш қисмида кўндаланг, кўпинча унинг қийшиқ ўлчовига жойлашган бўлади. Кўпинча ҳомила боши кичик чанок кириш қисмида дастлаб букилмайди, ўқ-ёйсимон чок бир ўринда promontorium билан симфиз оралиғида чанок ўқига мослашган бўлади. Ҳомила боши туғруқ йўллари бўйича сурила борар экан, туғиш механизми 4 моментга бўлинади.



10.21.-расм. а - бачадон қисқариши натижасида ҳомила ҳолатининг ўзгариши; б - туғруқ йўли шаклининг ўзгариши.

Биринчи момент. Ҳомила боши ўзининг кўндаланг ўқида айланади, бунда умуртқанинг бўйин қисми елкалари бир хил узунликда бўлмаган обкаш каби ечилади ва ҳомила боши энгагига, кўкрак қафасига яқинлашади, натижада бошнинг кичик ликлидоғи пастга — чанок ўқи йўналишига жойлашади. Шунга кўра, бунга «йўналтирувчи нуқта» деб ном берилган. Ҳомила бошининг букилиб жойлашиши унинг туғиш йўлидан осон ўтишига имконият туғдиради (10.22.-расм, а, б).

Ҳомила боши нормал ҳолда ўзининг энг кичкина ўлчови билан чанокнинг катта ўлчовига жойлашади. Дарҳақиқат, бошнинг тўғри ўлчови *circumferentio fronto occipitalis* ўрнига (бунинг айланаси 34 см) ҳомила боши букилиб келганига кўра кичик қийшиқ ўлчови *circumferentio suboccipito-bregmatica* (айланаси 32 см) билан кичик чанок кириш қисмига жойлашади.

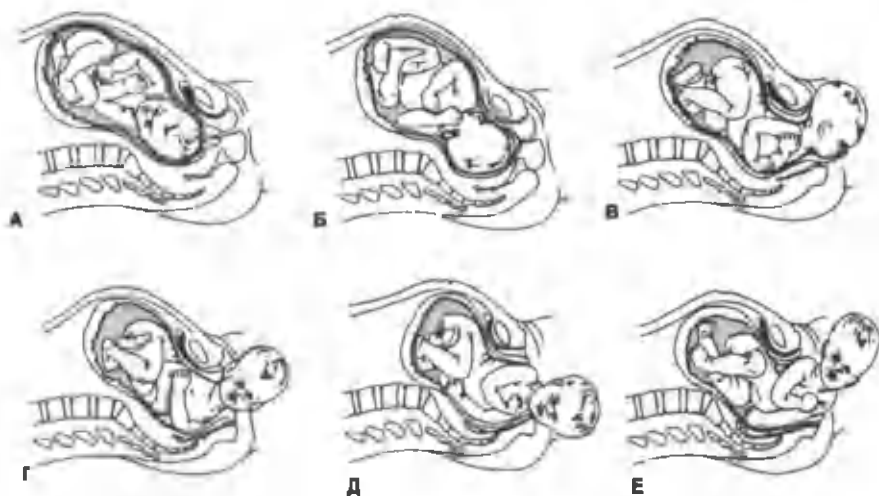
Иккинчи момент. Ҳомила боши кичик чанок ичида айланади (*rotatio capitis interna*). Бунда ҳомила боши чанок ичига тушиши билан бирга ўзининг тик ўқи атрофида айланади. Бунда ҳомила боши ўқ-ёйсимон кўндаланг ўлчовда бўлса, энди чанок ичининг қийшиқ ўлчовида бўлиб қолади,



10.22.-расм. Туғиш механизмининг биринчи momenti: а — бошнинг букилиши; б - чанокнинг чиқиш тешиги томонидан кўриниши: ўқ-ёйсимон чок чанокнинг кўндаланг ўлчовида.

агар чанок кириш қисмида қийшиқ ўлчовда бўлса, чанок ичида қийшиқ ўлчовдан тўғри ўлчовга яқинлаша боради, ниҳоят чанок тубида унинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчовига тўғри келади. Бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда соат милага қарши, иккинчи ҳолатда эса соат миля томон айланади. Ҳомила боши чанок тагига тушганда унинг кичик лиқилдоғи олдинда, қовсуяғи остида жойлашган, катта лиқилдоқ эса орқада, думғаза чуқурчасига қараган бўлади. Биринчи ҳолат олдинги кўринишда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанок ичида ўнг қийшиқ ўлчовда бўлади, иккинчи ҳолатда олдинги кўринишда чап ўнг қийшиқ ўлчовда бўлади.

Биринчи ҳолат орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанокнинг чап қийшиқ ўлчовида бўлиб, кўп ҳолатларда ундан кўндаланг ўлчовга, кейин ўнг қийшиқ ўлчовга ўтади. Иккинчи ҳолат орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг айланиши бунинг тескариси бўлади, яъни ўнг қийшиқдан кўндаланг ўлчовга ва кейин чап қийшиқ ўлчовга ўтади. Ҳомила бошининг чанок ичида айланиши, агар ҳомила олдинги кўринишда бўлса, 45° га айланади, орқа кўринишда бўлса 135° га айланади (10.23.-расм).



10.23.-расм. Энга билан келиш олдинги кўринишида туғруқ кечиши: А. Бошнинг суқилиши ва эгилиши. Б. Бошнинг ички айланиши. В. Бошнинг ёзилиши. Г. Бошнинг ташқи айланиши. Д. Олдинги елканинг туғилиши. Е. Орқа елканинг туғилиши.

Учинчи момент. Ҳомила бошининг чанок ичида айланиши тугагач, кучли букилган бошнинг ўқ-ёйсимон чоки чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида энса қисми билан қов суяги томонга айланади. Ҳомила бошининг қов суяги остидан биринчи кўринишига туғруқ йўлининг олдинги девори қов суяги орқа девори (думғазга суяги) га нисбатан калталиги сабаб бўлади (олдинги девори 4 см, орқа девори 14 см). Бошнинг энса қисми туғилгандан кейин унинг энса чуқурчаси қов суягига тақалади (тақалиш нуктаси) ва кейин ҳомила боши очилади. Тақалиш нуктаси айланиш нуктаси — гипомохлион - hypomochlion ёки тақалиш нуктаси - punctum fixum деб юритилади.

Ҳомила боши қин бўйлаб сурилиб, чанок чиқиш қисмида анча очилади, очилиш даражаси 120-130° бўлади, чот остидан ҳомиланинг пешонаси, юзи ва энгак қисми туғилади. Ҳомила бошининг бундай очилишида вульвар ҳалқа таранглашиб кенгаяди, чот устидаги катта ликилдок кўринади, ниҳоят боши туғилади (10.24.-расм).

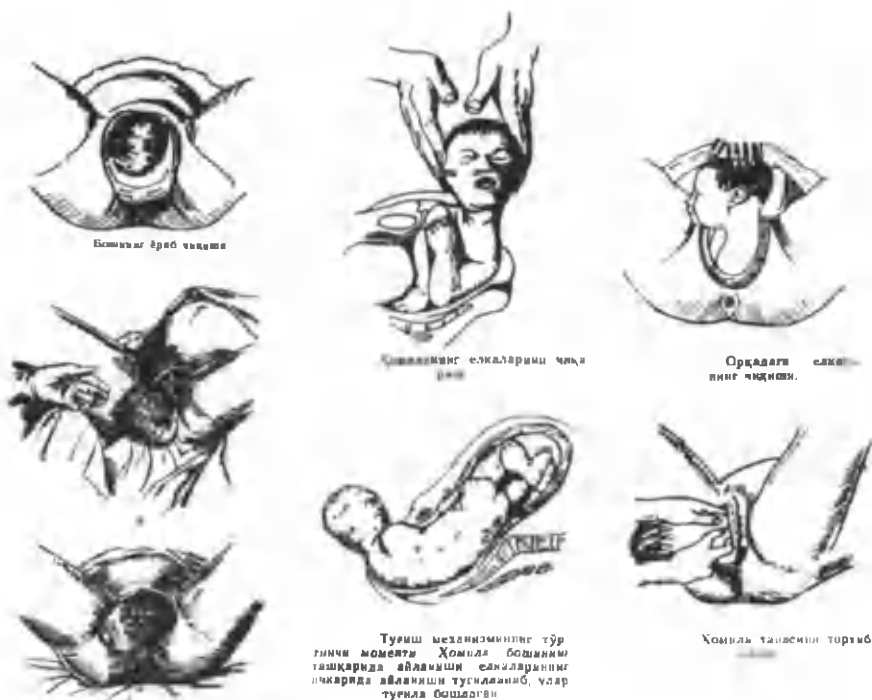
Тўртинчи момент. Ҳомила боши ташқарида, елкалари ичкарида айланади. Ҳомила бошининг ташқарида айланиши елка қисмининг ичкарида айланишига боғлиқдир.



10.24.-расм. Туғиш механизмининг учинчи momenti: ҳомила бошининг кўрина бошлаши. Ҳомила боши чанок тубида туради. Ўқ-ёйсимон чок чанокнинг тўғри ўлчовида. а - ҳомила бошининг ёзила бошлаши; б - ҳомила боши ёзилган.

бошнинг ташқарида айланишига имкон беради. Ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида турганда елканинг кўндаланг ўлчови чанокнинг тўғри ўлчовида айланиш жараёнида ҳомила боши ташқарида айланганда юзи билан ўз ҳолатининг қарама-қарши томонига айланади (биринчи ҳолатда ҳомила боши онанинг ўнг сони томонга, иккинчи ҳолатда чап сони томонга айланади) (10.25., 10.26 - расмлар).

Ҳомила олдинги елкасининг 2/3 қисми туғилиб, қов тагига тақалгандан кейин орқадаги елка чот тагидан туғилади. Ниҳоят, ҳомиланинг танаси туғилади, Ҳомила танасининг туғилиши деярли осон бўлади. Туғиш даврининг ҳар бири турли муддатда давом этади. Нормал шароитда биринчи момент қисқарок бўлади (ҳомила боши энг қисқа вақтда эгилади).



10.25.- расм. Ҳомила бошининг туғилиши. а-туғилган ҳомила боши, юзи билан орқага айланган; б-ҳомила боши юз қисми билан аёлнинг сон томонига айланган.

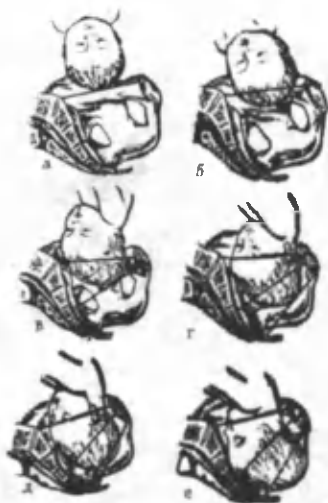
10.26.- расм. Туғиш механизмининг туртинчи моменти.

Иккинчи момент узокрок давом этади.

Ҳомила бошининг чанок кириш қисмига суқилиб кириш даражаси ташқи ва кин орқали текшириш билан аниқланади. Бунда ҳомила бошининг кичик чанок кириш қисмида қанча қисми пастда экани чанок ичига суқилгани даражасига қараб билинади. Агар ҳомила боши чанок кириш қисмидан юқорида турса, бунда ҳомила боши ҳали жойлашмаганидан дарак беради. Бунда бош билан қов суягининг кўндаланг шохи орасига ҳар иккала қўл бармоқларини осонгина киритиш мумкин. Ҳомила бошини ташқаридаги қўл бармоқлари ёрдамида осон кимирлатиш мумкин. Агар ҳомила боши кичик чанок кириш қисмига суқилиб кирган бўлса, уни пайпаслаб кўрган-да кимирлатиб бўлмайди.

Ҳомила боши сегменти нима? Ҳомила боши овоид шаклдадир. Агар бошни энг катта диаметри бўйича тахминий кесилса, бунда овоиднинг ўрта сатҳи энг катта бўлади. Энг катта сатҳ бошнинг ўрта сатҳидир (10.27.- расм).

Ҳомила бошининг ўрта сатҳи, унинг айланаси шартли равишда катта сегмент деб юритилади. Катта сегментдан юқорида ва ёна кичкина сегмент деб аталади.



10.27.-расм. Хомила бошининг кичик чанок сатҳига муносабати.

А - хомила боши кичик чанок кириш қисмида; б — хомила боши ўзининг кичик сегменти билан кичик чанок кириш қисмида; в — хомила боши ўзининг катта сегменти билан кичик чанок кириш қисмида; г — хомила боши кичик чанокнинг кенг қисмида; д — хомила боши кичик чанокнинг тор қисмида; е — хомила боши кичик чанокнинг чиқиш сатҳида.

кинга киритилган бармоқлар орқали уни кийинчилик билан юқорига итариш мумкин бўлади.

Ташқаридан текширилганда иккала кафт юзасини бошга тақаб ушлаганда бир-бирлари билан учрашади. Гўё катта чанок ташқарисида ўзининг проекциялари билан ўтқир бурчак ҳосил қилади.

Энса суяги қисман (1-2 бармоқ), юз қисми 2,5—3,5 бармоқ чанокқа кириш қисмидан юқори туради. Қин орқали текширилганда думғаза чуқурчасининг юқори қисмида хомила боши жойлашгани билинади. Бошнинг пастки юзаси қуймиш юқорисидан 1-1,5 бармоқ пастда бўлади. Хомила бошининг чанокқа кириш қисмига ва бачадон бўйнига ҳамма томондан тегиб турган жойида тақалиш камари ҳосил бўлади. Бу камар қов суягининг юқори ярмида ва биринчи думғаза суяги оралиғида вужудга келади. Ташқаридан текширилганда бошнинг энса қисми аниқланмайди, юз

Хомила боши ёзилиб келишининг турли шаклларида унинг катта сегменти турлича ҳолатда бўлади. Хомила бошининг қайси қисми кичик чанок кириш қисмига сукилиб кириб жойлашишига қараб унинг туғруқ каналли бўйича сурилаётгани аниқланади. Бунинг учун қорин девори орқали, керак бўлганда қин орқали текширилади. Қин орқали текширилганда хомила бошининг пастда турган қисмини қуймиш суяклар ўсимтасига нисбатан муносабати аниқланади (кичик чанокнинг тор қисми). Хомила бошининг кичик чанок кириш қисмига сукилиб кириш босқичлари қуйидагича бўлади: хомила бошининг пастки юзасини қинга сукилган бармоқлар билан пайпаслаб кўриш мумкин. Агар бармоқ учлари билан хомила бошини юқорига итарсак, у осон кўтарилади. Ташқаридан қараганда хомила бошининг букилиб, очилиб келганида ҳам текширувчи кафт юзаси билан унинг бачадон ичига сукилиб турганини, букилиб келганда энса соҳаси чанокнинг номсиз чизигидан (lin. innominata) 2,5-3,5 бармоқ, юз томонидан эса 4-5 бармоқ чанокқа кириш қисмидан юқори турганини аниқлайди.

Қин орқали текширилганда чанок суягининг чанок ичига қараган дўнгига (promontorium) бармоқларнинг букилган ҳолатда яқинлашиши мумкин бўлади, бунга бошнинг олдинга келувчи қисми қуймиш дўмбоғидан 1-2 бармоқ юқорида бўлиб,

қисми 1-2 бармоқ юқорида кўрилади.

Ҳомила боши кичик чанок ичида қин орқали текширилганда унинг кўп қисми думғаза чуқурчасига жойлашган бўлади. Бошнинг пастки қисми думғазанинг дум суяги билан қўшилган ерида ёки ундан бирмунча пастда, унинг тақалиш камари чанок ичининг тор қисмида бўлади.

Ташқаридан бошни пайпаслаб бўлмаиди, думғаза чуқурчаси бош билан эгалланган. Бош пастки қисмининг тақалиш юзаси думғаза суягининг пастки ва қов суяги бўғимининг пастки қисми соҳасида бўлади.

Юқорида айтиб ўтилган текшириш усуллари ташқи ва қин орқали текшириш натижасида олинган маълумотлар 80-85% ҳолларда ижобий бўлса да, ҳомила бошининг туриш ва кичик чанок кириш қисмига жойлашиш хиллари турлича бўлганига кўра, бундан ташқари, ҳомила боши шаклининг ўзгариши (конфигурация) олинган маълумотларнинг хато бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Аммо шифокорнинг маҳорати ҳам бунда катта ўрин тутаети. Умуман қин орқали текширилганда аниқроқ маълумот олинади.

Туғаетган аёлни кузатишда ҳомиланинг юрак уришини (вақт-вақти) билан текшириб туриш керак. Агар ҳомиланинг олдинда келувчи қисми боши бўлса, унда унинг юрак уришини киндикдан пастда, бошга яқинроқ жойда орқасидан яхши эшитилади. Бунда ҳомиланинг ётиш вазиятига қараб, агар чап томондан эшитилса, биринчи, ўнг томондан эшитилса иккинчи вазият дейилади. Ҳомиланинг юрак уришини эшитганда албатта унинг тезлик сони, аниқлиги ва ритмига аҳамият бериш керак. Текширувчи оддий акушерлик стетоскопи билан фақат билинадиган ўзгариш кўрсаткичларини аниқлаб олади.

10.5. ТУҒРУҚНИНГ БОШҚАРИЛИШИ

10.5.1. ҚИН ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ

Туғруқнинг 1-даврида ва қоранок сувлари ёрилгандан сўнг ҳар 4 соатда 1 марта кинни текшириш мумкин. Партограммага керакли нарсаларни белгилаб бординг.

- Қин орқали ҳар бир текширувга қуйидагиларни белгиланг:
 - амниотик суюқликнинг ранги,
 - бачадон бўйнининг очилиш даражаси,
 - бош тушишининг даражаси (қоринни пальпация қилиб баҳоласа ҳам бўлади)

- Агар биринчи кўрикда бачадон бўйни очилмаган бўлса, туғруқ диагнозини қўйиш имкони йўқ.

- Агар дард бўлса, 4 соатдан кейин аёлни қайтадан бачадон бўйнидаги ўзгаришни кўриш учун кинни текшириб кўринг. Агар бу босқичда бўйиннинг текисланиши ва очилиши бўлса, бу туғруқ даври бошланганлигини, агар бўлмаса ёлгон дард деб баҳоланади.

- Туғруқнинг 2 -даврида ҳар соатда кинни текширинг.

10.5.2. ПАРТОГРАММАДАН ФОЙДАЛАНИШ

ЖССТ томонидан тавсия қилинган партограмма ундан фойдаланиш осон бўлиши учун соддалаштирилган. Бунда латент фаза олиб ташланиб,

маълумотлар фаол фазадан бўйиннинг очилиши 4 см га етганда белгилади. Партограмма намунаси кўрсатилган (3-расм). Партограммдан фойдаланиш учун масштабини бутун саҳифага катталаштириш кераклигига эътибор беринг. Партограммага қуйидаги маълумотларни киритинг:

Пациент тўғрисидаги маълумот: Тўлик исми, ҳомиладорлик ва туғруқлар сони, касаллик тарихи рақами, касалхонага келиб тушган вақти ва санаси, қованок ёрилган вақти.

А: Ҳомиланинг юрак уриши сонини ҳар 30 дақиқада белгилаб боринг.

Амниотик суюқлик: амниотик суюқлик рангини ҳар гал қин орқали кўрганда белгиланг:

Б: Пуфак бутун

Т: Пуфак ёрилган, суюқлиги тоза

М: Суюқликда меконий бор

Ҳомила бошининг конфигурацияси:

1-даража: чоклари осон ажралади;

- даража: чоклари бир - бирининг устида, лекин ажратса бўлади;

- даража: чоклари бир - бирининг устида, ажралмайди:

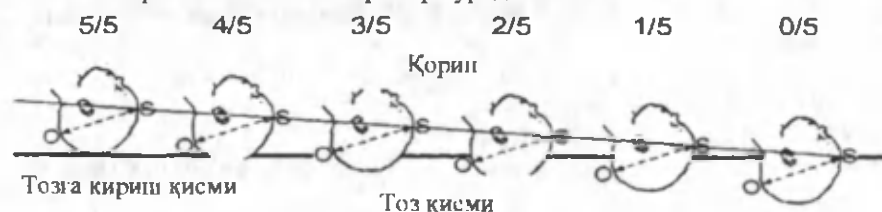
Бачадон бўйиннинг очилиши: ҳар гал қин орқали кўрилганда хоч (+) билан белгиланг. Партограммада 4 см дан бошлаб белгиланг.

Хушёрлик чизиғи: бу чизиқ 4 - см даги очилиш нуқтасидан бошланиб, тўлиқ очилиш нуқтасигача, ҳар 1 соатга 1 см дан давом этади.

Ҳаракат чизиғи: хушёрлик чизиғига параллел ва 4 соат ўнгда.

Қоринни пайпаслаб ҳомила бошининг тушишини баҳолаш (10.28.-расм).

Симфиздан тепада пальпация қилинаётган бошнинг қисмига тегишли; ҳар вагинал кўрикдан кейин О билан белгилаб чиқинг. 0/5 вазиятида бош тепаси симфизнинг сатҳига баробар туради.



10.28.-расм. Ҳомила боши тушишини баҳолаш:

5/5 ва 4/5 чети чанокқа кириш қисмида,

5/5- бутунлай чанокқа кириш қисмида,

4/5 тепа қисми баландда, энса яхши сезилади,

3/5 тепа қисми осон пальпацияланади, энса сезилади,

2/5 тепа пальпацияланади, энса биров сезилади,

1/5 тепа пальпацияланади, энса эса аниқланмайди,

0/5 бош пальпацияланмайди.

Қоғанок сувлари ёрилганидан кейин сувнинг йўқлиги, амниотик суюқликнинг камайиши оқибатиدير, бу эса ҳомилада дистресс ҳолати кечаётганлигини билдиради.

Туғруқ ва туғдириш вақтида аёлни парваришlash ва ёрдам бериш (10.30., 10.31.-расмлар).

Соатлар: Фаол фазадан бошлаб ўтган вақт (кузатилган ёки тахмин қилинаётган).

Вақт: аниқ вақтни ёзинг

Дард: Маълумотларни ҳар 30 дақиқада белгиланг. Пальпация қилиб дардни ҳар 10 дақиқада, ва унинг қанчага чўзилишини секундларда санапг.

- 20 сек.дан кам - 20 секунддан 40 секундгача
- 40 секундгача.

Окситоцин: Окситоцин берилганда ҳар 30 дақиқада юборилаётган суюқликдаги окситоцин миқдорини белгилаб боришг.

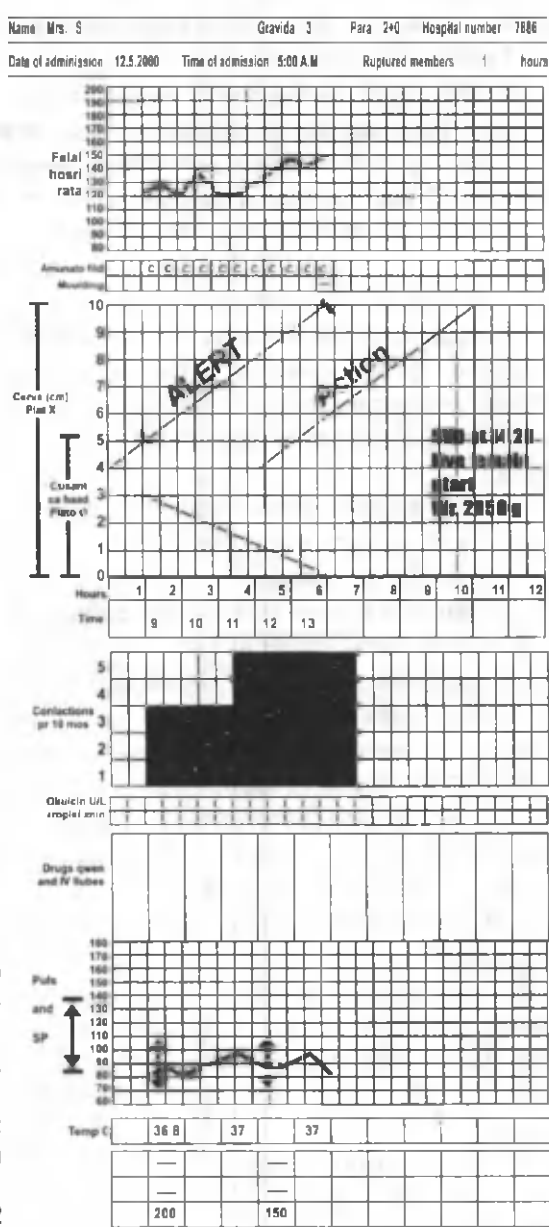
Дориларни бериш: ҳар қандай қўшимча дориларни ёзиб боришг.

Пульс: Ҳар 30 дақиқада нукта билан белгиланади.

Артериал қон босими: ҳар 4 соатда, стрелка билан белгиланг.

Тана ҳарорати: ҳар 2 соатда ёзиб боришг.

Протеин, ацетон ва сий-



10.29.-расм. Нормал туғруқда партограммани тўлдириш.

дикнинг миқдори: Ҳар сийдик ажратилганда ёзиб боринг.

Туғруқнинг I-даврнинг кечиши:

- Туғруқнинг I - даврининг қониқарли кечиш белгилари:
 - мунтазам дарднинг тезлиги, сони ва давомийлиги ошиб бориши;
 - фаол фазада бачадон бўйнининг очилиши 1 соатга 1см га тўғри келади (бўйин очилиши ҳушёрлик чизиғи устида ёки ундан чапроқда)
 - бачадон бўйни ҳомиланинг олдинда келувчи қисмига яхши ёпишган

- Туғруқнинг I - даврининг қониқарсиз кечиш белгилари:
 - латент фазадан кейинги, номунтазам ва сийрак дард;
 - фаол фазада бачадон бўйнининг очилиши 1 соатда 1 см дан кам (бўйни очилиши ҳушёрлик чизиғидан ўнроқда);
 - бачадон бўйни ҳомиланинг олдинда келувчи қисмига яхши ёпишмаган.

Туғруқ фаолиятининг қониқарсиз ривожланиши узок давом этадиган туғруқларга олиб келади.

Нормал туғруқларда:

Аёлнинг аҳволини белгилаб берадиган муҳим параметрларга эътибор бериш (пульс, артериал қон босими, нафас олиши, тана ҳарорати).

Ҳомиланинг аҳволига баҳо бериш:

- Ҳар дарддан кейин ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тўлиқ I дақиқа давомида ҳомиланинг юрак уришини санаб, фаол фазада камида ҳар 30 дақиқада, II даврда

ҳар 5 дақиқада эшитиб бориш лозим, агар юрак уришининг сони патологик бўлса (I дақиқада 100 тадан кам ёки 180 тадан кўп бўлса), ҳомилада дистресс ривожланаётганига тахмин қилиш керак.

- Агар қоғаноқ сувлари ёрилган бўлса, кетаётган сувнинг рангига эътибор бериш керак: қуюқ меконий — ҳомилани диққат билан кузатиш кераклигини, зарурият туғилса, ҳомилада дистресс ҳолатида ёрдам бериш учун аралашшига тўғри келади.

• Аёлни туғруқ жараёнида ўзи танлаган кишининг иштирок этишига ва қўллаб туриш истагига хайрихоҳлик билдириш лозим (10.30.-расм).

• туғруқ вақтида аёлнинг шериги иштироки ҳақидаги истагига хайрихоҳлик билдириш, шериги аёл билан бирга бўладиган жойини тайёрлаш керак.

• шериги аёлга туғруқ жараёнида ва бола туғилишида монанд ёрдам беришига (орқасини силаб қўйиш, терлаган пешонасини ҳўл латта билан артиш, юрганида ёрдам кўрсатиш) хайрихоҳлик билдириш лозим.

Тўлроқ ва туғруқда она танасининг ҳолати



10.30.-расм. Туғруқнинг 1 даврида аёлнинг эркин ҳолатлари

- Ходимлар аёлга ўзаро яхши муносабатда бўлишлари ва қўллаб туришларининг таъминланишига :
 - барча муолажаларни тушунтириб беринг, уларга рухсат олинг ва буни аёл билан муҳокама қилинг;
 - туғруқ жараёнида аёлнинг истак ва хоҳишларига хайрихоҳлик билдиришни ва кайфиятини кўтаришга ҳаракат қилинг.
- Конфиденциалликни ва сирларини ошкор қилмасликни таъминланг.
- Аёлни ва уни ўраб турган жойни озода тутишга ҳаракат қилиш :
 - аёлни мустақил ўзи туғруқ бошидан таҳорат қилишига, ванна ёки душ қабул қилишига хайрихоҳлик билдириг.
 - ҳар кўриқдан олдин аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини ювинг.
 - ҳар бир кўриқдан олдин ва кейин қўлингизни совунлаб ювинг.
 - туғруқ залида озодаликни таъминланг.
 - ҳар қандай тўкилган суюқликни тезда артиб ташланг.
- Аёлнинг ҳаракат қилишини таъминланг:
 - аёлни бемалол ўзи юришига хайрихоҳлик билдириг.
 - аёлга туғиш учун керакли ҳолат танлашига ёрдам беринг
- Аёлни тез-тез сийиб туришига унданг.

Эслатма: Аёлга туғруқ даврида режа асосида ҳўкна тайинланманг.

Аёлнинг туғруқ вақтида овқат ейиш ва суюқлик ичиш истагини қувватланг. Агар аёлнинг сезиларли даражада қорни очган ёки чарчаган бўлса, бу нарсалар билан қизиқиб кўринг. Ҳатто туғруқнинг охири босқичларида ҳам аёлга озуқали суюқлик бериш муҳимдир.

Аёлни туғруқ жараёни ва туғаетган вақтида тўғри нафас олишга ўргатинг. Уни ҳар доимгидан секинроқ нафас олишиг ва ҳар нафас чиқарганда бўшашишига ўргатинг.

Агар аёл туғруқ даврида қўрқаётган, ташвишланаётган ва оғрикни сезаётган бўлса, ёрдам беринг:

- аёлни мақтанг, қувватланг ва тинчлантиринг;
- унга туғруқ жараёни ҳақида гапириб беринг;
- аёлни эшитиб, унинг хиссиётларига бепарво бўлманг.

• Агар аёл оғриқдан азият чекаётган бўлса:

- унга ҳолатини ўзгартиришни таклиф қилинг;
- аёлни ҳаракат қилишга рағбатлантиринг;
- аёлнинг шеригига унинг орқасини силашга, қўлини ушлашга ва дард оралиғида вақтида юздаги терни артиб туришга даъват этинг;

- аёлнинг нафас олишнинг махсус техникасини қўллашига даъват этинг;

- илик ванна ёки душ қабул қилишини тавсия этинг.

Туғишнинг иккинчи даврида аёл чалқанча ётганча белига ёстикча қўйилади, шунда танасининг пастки қисми кўтарилиб туради ва ҳомиланинг туғиш канали бўйича сурилиши осонлашади. Бачадон ва қорин девори мускулларининг қисқариши ҳомиланинг вертикал ўқиға таъсир этади ва ҳомиланинг сурилишига шароит яратади. Бунда ҳомиланинг вертикал ўқи туғиш канали ўқиға мослашган бўлади, бачадон мускуллари кўп куч сарфламайди. Агар ҳомила ўқи билан туғиш канали ўқи тўғри келмаса, унда кўп куч сарфланади. Бу ҳолат ҳомила кўндаланг келганда юзага келади.

Туғиш жараёнида психопрофилактиканинг аҳамияти катта. Маълумки, туғруқдаги оғриқ унинг патологик кечишига сабаб бўладиган омиллардан ҳисобланади. Агар психопрофилактика ёрдам бермаса, унда оғрикни камайтирадиган дорилардан фойдаланилади.

Туғруқнинг иккинчи даври бачадон бўйнининг тўла очилишидан бошланади. Туғаетган аёл тўғри ичакка босим тушаётганини сезади ва унда кучаник хоҳиши туғилади. Бачадон бўйни тўлиқ очилганида ва аёл туғруқнинг II - даврининг ҳайдалиш фазасида унга қулай бўлган ҳолатни эгаллашига ёрдам беринг ва кучанишга рағбатлантиринг (10.31.-расм).

Туғруқнинг бу даврида бачадон мускуллари, қорин, тана ва оёқ, қўл мускулларининг қисқариши сабабли бачадон бўшлиғидаги босим жуда ошади. Аёл кучаникни маълум даражагача ўзи бошқара олиши мумкин. Шифокор бу пайтда туғруқни тўғри бошқариши керак. Кучаник бачадон бўйни тўла очилгандан кейингина бошланиши шарт, бундан олдинги кучаник сохта кучаник деб аталади. Агар аёл бачадон бўйни тўла очилмасдан кучанадиган бўлса, кучини бекорга сарфлайди. Бундай пайтда шифокор аёлни ён-бошға ётқизиб, оғриқсизлантирувчи дорилар бериш керак бўлади.

Туғруқнинг иккинчи даврида шифокор аёлнинг умумий аҳволи (тана ҳароратини, пульси, қон босими) ни, кучаникнинг тезлиги, кучи, давом этиши, ҳомила ва туғруқ йўлининг ҳолатини кузатиб туради. Кучаник ҳар



10.31-расм. Туғиш вақтида аёл ётиши мумкин бўлган ҳолатлар.

3-5 минутда такрорланади ва бир минутча давом этади. Кучаниқ бачадон қисқариши билан бирга келиши керак. Кучаниқ бошланиши биланок аёл туғруқ қаравотида чанок қисми бир оз кўтарилган ҳолда чалқанча ётиши керак. Ҳар гал кучанганда аёл чуқур нафас олиб, нафасини тутиб турган ҳолда, бошини ва танасини юқорига кўтариб, қўллари билан қаравот юганини тортиб, оёғи билан тиралиб кучанса, кучаниқ кучли бўлади ва ҳомила туғруқ канали бўйича сурила боради. Бу пайтда бачадон ҳам ўз шаклини ўзгартиради, бирмунча япалоқлашиб, узунлашади. Мускуллар қисқариши натижасида ҳомила боши чанок тагига тушади, натижада тўғри ичакнинг сфинктер мускули ёзилиб, аста-секин жинсий ёриқ очила боради ва ҳомила бошининг пастки қисми кўринади. Кучаниқ тўхтагач, ҳомила боши кўринмай қолади, тўғри ичак тешиги асли ҳолига қайтади. Кучаниқ такрорланганда жинсий ёриқ тобора очилиб, ҳомила бошининг сегменти борган сари кўпроқ кўрина боради. Ҳомила боши пастга тушиб, катта сегментини ташқи жинсий аъзолар ўраб олмагунча, ҳар кучаниқда у яна жинсий ёриқдан ичкарига тортилади. Бу ҳомила бошининг туғила бошлаши деб аталади. Кейинги кучаниқларда ҳомила боши жинсий ёриқда жойлашиб, энди кучаниқ орасида ичкарига кириб кетмайди. Бу ҳолат ҳомила бошининг ёриб чиқиши деб аталиб, ҳомиланинг туғилиши билан якунланади.

Ҳомила туғилиш даврида унинг ҳолатидан хабардор бўлиб туриш зарур. Ҳар бир кучаниқдан кейин ҳомиланинг юрак уриши кузатиб борилади. Кучаниқ тўхташи билан ҳомиланинг юрак уриши бир оз камайиб, минутига 132-144 мартадан ошмайди. Бу физиологик брадикардиянинг сабаби ҳозиргача аниқланмаган. Аммо кўп мутахассисларнинг фикрича, бу ҳолатга чанок тагига тушган ҳомила боши вагус нервини босиши, шунингдек йўлдош томирлари ва тўқимасидан ажралиб чиққан ацетилхолин ва вагусга таъсир қиладиган модда - серотониннинг ошиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики, серотонин олдин вагусга, кейин симпатик нерв системасига таъсир қилади. Агар кучаниқ орасида ҳомиланинг юрак уриши 110 мартадан камайиб кетса, бу патологик ҳолат саналади. Бу қон томирларни қўзғатувчи марказнинг гипоксия натижасида сустлашишидир. Ҳомиланинг юрак уриши бузилса,

уни тезда туғдириш лозим, акс ҳолда нобуд бўлиши мумкин. Ҳомиланинг боши ёки олдинда келувчи қисмининг туғруқ йўлидан сурилиши ташқи акушерлик текшириш йўли билан аниқланади.

Ҳомила боши жинсий ёриқдан кўриниши билан акушерка (шифокор) туғруққа тайёрланади. Аёл тагига стерил таглик солинади. Туғруққа керакли нарсалар, асбоб тайёрланади. Ҳомила киндигини қирқиш учун қайчи, бовлаш учун махсус бовлов тайёрлаб қўйилади. Туғруқни бошқаришда ҳомила бошини туғдириш ва хотни йиртилишдан сақлаш жуда муҳимдир. Бош туғилиши жараёнида ташқи жинсий аъзо ва хот жуда чўзилади ва баъзан йиртилади. Шунга кўра жинсий йўлларнинг йиртилишга йўл қўймаслик учун ҳомила бошини энг кичкина ўлчови билан, бошнинг етарли даражада букилиши ва энса қисми билан туғилишига ҳаракат қилиш керак. Бунинг учун ҳомила боши туғруқ йўлидан секин туғилишини бошқариш керак. Агар ҳомилада асфиксия бошланса, туғруқни тезлаштириш лозим.

Аёлни туғдиришда акушерка унинг ўнг ёнида туриб, ўнг қўли кафти билан таглик ёрдамида очилиб турган орқа чиқарув тешигини бекитиб, чап қўлини ҳомила бошининг энса қисмига қўйиб, уни эҳтиётлик билан ушлаб туради. Шундай қилиб, ҳомиланинг энса чуқурчаси қов суяги остига келиб тақалгандан кейин (тақалиш нуқтаси) унинг юз қисми аста-секин хот остидан туғила бошлайди. Мана шу вақтда хотни йиртилишдан сақлаш зарур. Бунинг учун ўнг қўл ёрдамида чўзилган ташқи жинсий аъзова хот аста-секин ҳомила юзи устидан сурилади, ниҳоят ҳомила боши жинсий ёриқдан бутунлай чиқиб, туғилади. Ҳомила боши туғилиши жараёнида унинг елкаси чаноқ ичида айланади, натижада ҳомила боши энсаси билан вазият томонга айланади (биринчи ҳолатда чапга, иккинчи ҳолатда ўнгга айланади, бунда елка чаноқ чиқиш қисмининг тўрри ўлчовида бўлиб қолади). Елкаларни туғдириш учун акушерка ҳомила бошини қўл билан ушлаб (ҳар иккала қулоқ устидан ушланади, бунда мия қон томирини босмаслик зарур), уни пастга ва орқага тортади, натижада қов суяги остидан олдинги елка туғилади, бунда олдинги елканинг 2/3 қисми қов суяги остидан туғилгандан кейин у қов суягига тақалади, ҳомила боши олдинга ва юқорига кўтарилгач, орқа елка хот остидан туғилади (10.32.-расм). Ҳар иккала елка туғилиб бўлгач, елкани қўл билан бармоқларни ёзиб ушлаб олиб, чаноқ ёки бўйича унинг танаси туғдирилади. Бунда қолган ҳомила олди суви ҳам оқиб тушади.

Эслатма: Кўп чақалоқлар туғилиши билан биринчи 30 секундда ўзи мустақил қичқиради ва нафас ола бошлайди.

- Агар бола баланд овозда йиғлаётган ёки нафас олаётган бўлса, онаси билан қолдиринг (кўкрак қафаси 1 дақиқада 30 марта кўтарилса),

- Агар бола 30 секунд ичида нафас олмаса, ёрдамга қақиринг ва қадамба - қадам болани жонлантиришга киришинг

• Киндик тизимчасини қисинг ва кесинг.

• Болани иссиқда ва «тери-терига» контактида она кўкрагида эканли-

гига ишонч ҳосил қилинг. Болани енгил ва қуруқ матога ўранг, чойшаб ёпинг ва боши иссиқлик йўқотмаслиги учун ўралганига эътибор беринг.

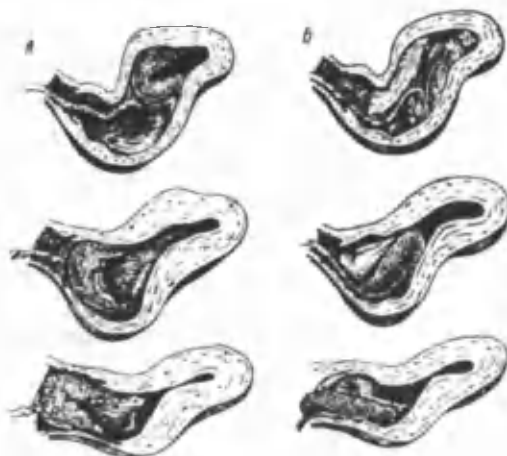
- Агар аёл ўзини ёмон ҳис қилаётган бўлса, ассистентдан болага қарашини илтимос қилинг.

- III - даврни фаол олиб боришга киришинг.

Ҳомила туғилгандан сўнг йўлдош тушади. Бунда бачадон мускулларининг қисқариши бир оз сусаяди, кейин ўз қисқариш кучини тиклаб олади ва яна қисқара бошлайди. Натижада йўлдош бачадон девори четидан ёки ўртасидан ажрала бошлайди. Бу жараёнда хорион тукчалари оралиғи бўшлиғидаги қон кела бошлайди (10.33.-расм).



10.32. –расм. Ҳомила бошини тепага қараб тортганда орқадаги елкани чиқариш



10.33.- расм. Плацентанинг бачадондан ажралош турлари.

А - плацента бачадон деворидан маркази билан ажралган (Шульц усули);

Б - плацента бачадон деворидан чети билан ажралган (Дункан усули).

Йўлдош бачадонга ёпишган сатҳи (она сатҳи) билан туғилади. Қон кетиш сабаблари (йўлдошнинг нотўғри кўчиши, туғруқ йўллари жароҳати ва ҳоказолар) ни албатта аниқаш лозим бўлади. Агар йўлдош бачадон деворидан маркази билан ажралса, тукчалар оралиғидаги қон йўлдошнинг она сатҳида ва бачадон девори оралиғида тўплана бориб, ташқарига қон кетмайди. Йўлдош ва йўлдош юзасига йиғилган қон (йўлдош орқасига йиғилган қон лахтаси) ҳомила пардасига ўралган ҳолда ҳомила юзаси билан туғилади. Йўлдош бачадоннинг девори четидан ажралганини Дункан усули, маркази билан ажралганини Шульц усули деб аталади.

10.5.3. III ДАВРНИ ФАОЛ ОЛИБ БОРИШ

III даврни фаол олиб бориш (йўлдошни фаол ажратиш) туғруқдан кейинги қон кетиш ҳолларининг олдини олади. III даврни фаол олиб бориш куйидагиларни ўз ичига олади:

дарҳол окситоцин юбориш;

бачадоннинг киндик тизимчасини назоратли тортиш;
бачадонни массаж қилиш.

Окситоцин

Бола туғилгандан сўнг 1 дақиқа ўтгач, қоринда яна битта ҳомила борлигини аниқлаш учун пайпаслаб кўринг, агар йўқ бўлса, м/о 10 бирлик окситоцин юборинг.

Окситоциндан фойдаланишнинг афзаллиги шундаки, у инъекция қилингандан кейин 3 дақиқа ичида таъсир қила бошлайди ва камроқ салбий таъсирлари бўлгани учун уни ҳамма аёлларга ишлатса бўлади. Агар окситоцин бўлмаса, 0,2 мг м/о эргометрин ёки простагландин юбориш мумкин. Дориларни юборишдан олдин яна ҳомила йўқлигига ишонч ҳосил қилинг.

Киндик тизимчасини назоратли тортиш

Киндик тизимчасини юмшоқ қиррали қисқич билан ораликқа яқин жойда қисинг, бошқа қўлингизни аёлнинг қов суяги устидан қўйиб, бачадоннинг киндик тизимчасини назоратли тортиш пайтида бачадонни қовдан тепада ушлаган ҳолда, унинг чиқиб кетишининг олдини олиш мақсадида тутиб туринг. Бу амалингиз бачадонни ағдарилиб қолишидан асрайди. Киндик тизимчасини секин тортинг ва бачадоннинг кучли қисқаришини кутиб туринг (2-3 дақиқа). Бачадон қисқариб бўйлама шаклини олса ёки киндик тизимчаси узайса, жуда оҳисталик билан киндик тизимчасини ўзингизга ва пастга қараб тортинг. Киндик тизимчасидан торта бошлагунингизгача кучли қон оқими келишини кутманг. Киндик тизимчасини тортишни бачадонни тортишига қарама-қарши томонга итариш билан давом эттиринг (10.34.-расм).

Агар киндик тизимчаси назоратли тортиш бошлангач, 30-40 секунд ичида йўлдош пастга тушмаса (яъни ажралиш ёки кўчиш белгилари бўлмаса), киндик тизимчасини тортишни тўхтатинг:

- киндик тизимчасини эҳтиёткорлик билан тутиб туриб бачадоннинг навбатдаги яхши қисқаришини кутинг.

Заруриятга қараб юмшоқ қиррали қисқич билан киндик тизимчаси узайган бўлса, ораликқа яқин қилиб бошқатдан қўйинг.

- Бачадоннинг навбатдаги қисқаришида киндик тизимчасини назоратли тортишни бачадонни тортишига қарама-қарши томонга итариш билан такрорланг.

Қоғаноқ пардалар ёрилишининг олдини олиш учун туғилиш пайтида йўлдошни икки қўллаб тугунини буранг ва бутунлай туғилгунча оҳиста тортинг. Туғрукни яқунлаш учун йўлдошни секин тортинг.

Агар қоғаноқ пардалари ёрилган бўлса, киннинг тепа қисми ва бачадон бўйинини стерил қўлқопларда текширинг, юмшоқ қиррали қисқичлардан фойдаланиб қоғаноқнинг қолган бўлакчаларини олиб ташланг.

Йўлдошнинг бутунлигини диққат билан текширинг. Агар йўлдошнинг онага қараган юзасининг бир қисми йўқ бўлса ёки пардалар билан томир узилганлиги қайд этилса, унда бачадон бўшлиғида йўлдошнинг бўлакчалари қолиб кетганига шубҳа туғилади.

Агар бачадон ағдарилиб қолса, бачадонни тўғрилаб қўйинг.

Агар киндик тизимчаси узилиб кетса, бачадонни қўл билан текшириш керак бўлади.

Бачадон массажи

Бачадоннинг қисқариши бошланмасдан олдин, кориннинг олдинги деворидан бачадоннинг тубини дарҳол массаж қилинг (10.35.-расм).

Дастлабки 2 соат ичида ҳар 15 дақиқада бачадонни массаж қилинг.

Массажни тўхтатгач, бачадон бўшаш-маслиғига ишонч ҳосил қилинг.

Йиртилишларини баҳолаш

• Аёлни диққат билан кўриб, бачадон бўйни ва қин деворларининг бутунлигини текширинг ва йиртилишни ёки эпизиотомияни тикинг.

Амалий кўникмалар.

1. Бачадон бўйни етилганлик даражасини аниқлаш.

Вагинал текширувга кўрсатмани белгиланг.

Беморга текширув зарурлигини тушунтиринг.

Стерил қўлқопларни кийинг.

Беморни чанок-сон ва тизза бўғимларида букилган ҳолатда кушеткага ётқизинг.

Вагинал текширувни ўтказинг.

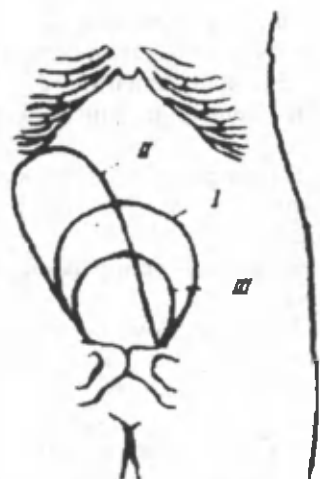
Бачадон бўйни консистенциясини аниқланг: қаттиқ – 0, ички бўғизгача юмшаган – 1, юмшоқ – 2 балл.

Бачадон бўйни узунлигини аниқланг: 2 см дан ортиқ – 0, 1-2 см – 1, 1 см дан кам – 2 балл.

Бачадон бўйни ўтказувчанлигини аниқланг: ташқи бўғиз ёпик ёки бармоқ учини ўтказди – 0, канал ички бўғизгача ўтказувчан – 1, канал ички бўғиздан ҳам ўтказувчан – 2 балл.

Бачадон бўйнини чанок ўқига нисбатан жойлашинини аниқланг: орқага оған – 0, олдинга оған – 1, ўтказувчан ўқ бўйлаб – 2 балл.

Олинган балларни ҳисобланг:



10.35.-расм. Туғруқнинг учинчи даври, йўлдош ажралиш даврида бачадон тубининг шакли ва ҳолати: I - бачадон чақалоқнинг туғилгандан кейинги ҳолати; II - йўлдошнинг бачадон деворидан ажралгандан кейинги ҳолати; III - йўлдош туғилиб бўлгандан кейинги ҳолати

- 0-2 балл – етилмаган,
- 3-4 балл – етарлича етилмаган,
- 5-8 балл – етилган.

Қўлқопларни ечинг, қўлларни ювинг, туғруқ тарихига ёзинг.

2. Партограммани ёзиш

Партограмма – туғруқ жараёни ва эрта туғруқдан кейинги даврнинг схематик ёзилиши - 10 блокдан иборат. Уларда қуйидаги маълумотлар кузатилади:

1 блокда – бемор фамилияси, исми- шарифи, диагнози, келган санаси ва вақти

2 блокда - ҳомила юрак уриши ва аёл пульси кўрсаткичлари.

3 блокда:

1) ҳомила пуфағи ҳолати

а) бутун – I (intact)

б) ёрилган, тоза сувлар – C (clear)

в) ёрилган, сувлар меконийли – M (micony)

г) ёрилган, сувлар қонли – B (blood)

2) Бошча конфигурацияси:

а) ўк- ёйсимон чок яхши аниқланади – 0

б) ўк- ёйсимон чок ёмон аниқланади - +

в) тепа суяқларининг бир-бирига кириши - ++

г) тепа суяқлари бир-бирига ботиб кириши - +++

4 блокда – туғруқ бошланган вақти, бачадон бўйни ҳолати, бошчанинг кичик чаноқ юзаларига нисбатан жойлашиши; бачадон бўйни 3 см очилган ҳолда шартли белгини латент фаза чизигига қўйинг, бачадон бўйни 5 см дан ортиқ очилганда шартли бел-гини актив фаза чизигига қўйинг. Динамикада белгиларни партограммага ҳар хил соатларда ёзинг. Агар белгилар нормал чегара чизигидан чиқса, кўрикни қайтадан амалга ошириш ва туғруқ жараёнини қайта баҳолаш керак; агар белгилар ҳаракат чизигига чиқса, даволаш чораларини амалга ошириш керак.

5 блок – 10 минут давомида тўлроқлар микдори ва интенсивлиги;

6 блок - юборилган дори препаратлари;

7 блок – аёлниң иккала қўлидаги систолик ва диастолик АБ, тана ҳарорати ва сийдик анализи кўрсаткичлари.

8 блок – чакалоқ аҳволи, жинси, вазни, узунлиги;

9 блок – туғруқни 3-даврининг давомийлиги, йўлдошга таъриф бериш, туғруқ йўлларини кўздан кечиришга кўрсатма. Агар жарроҳлик амалиёти қилинган бўлса, уни ёзинг.

10 блокда – туғруқдан кейинги давр кечиши ва беморнинг туғруқдан кейинги бўлимга ўтказилиши.

3. Амниотомия

Амниотомия ўтказишга кўрсатмани аниқланг.

Ўтказиладиган муолажа тўғрисида беморга тушунтиринг.

Оралик ва қинни артиб тозаланг.

Қинга кўрсаткич ва ўрта бармоқларингизни киритинг ва бачадон бўйни ҳолатини баҳоланг.

Ўқли қисқичларнинг учини қиндан киргизиб қоғаноқ пуфагини тешинг.

Бармоқларингиз билан қоғаноқ пардани ажратинг.

Ҳомила олди сувини миқдори ва хусусиятини баҳоланг.

Ҳомила юрак уришини такрор эшитинг.

4. Чақалоқ аҳволини апгар шкаласида баҳолаш

Қадамлар:

Ҳозирги пайтда чақалоқ аҳволини Апгар шкаласида баҳолаш тавсия этилган. Баҳолашни туғилган заҳоти биринчи дақиқасида ва беш дақиқадан сўнг 5 та муҳим клиник белгилар: юрак уриши, нафас олиши, рефлекслар, мушаклар тонуси ва тери рангига асосланиб ўтказилади.

Ҳар бир белги 3 балли системада баҳоланади: 0, 1, 2.

Чақалоқ аҳволини баҳолаш олинган бешта белги йиғиндисига қараб ўтказилади.

Соглом туғилган чақалоқлар ушбу шкала бўйича 10-7 баллда баҳоланади.

Енгил асфиксияда туғилган чақалоқлар 6-5 баллда баҳоланади.

Ўртача асфиксияда туғилган чақалоқлар 4-5 баллда баҳоланади.

Оғир асфиксияда туғилган чақалоқлар эса 1-3 баллда баҳоланади.

Клиник ўлимда туғилган чақалоқлар 0 баллда баҳоланади.

5. Чақалоқларда киндикни кесиш ва бирламчи артиб тозалаш

Қадамлар:

Киндикни артиб тозалаш икки босқичда олиб борилади.

Биринчи босқич: чақалоқ туғилгач киндик ҳалқасидан 10-12 см узоқликда киндигига иккита қисқич қўйилади ва қисқичлар орасида киндик кесилади.

Иккинчи босқич чақалоқни онасидан ажратгач, қўлни оқиб турган сувда совунлаб ювиб, антисептик эритма билан артилади.

Киндик қолдигини 96% ли спирт билан артилиб, киндик қолдиги кўрсаткич ва катта бармоқлар орасига олиб сиқилиб, маҳкам қилиб ипак ип билан бойланади ёки Роговин қисқичи қўйилади.

Киндик қолдигига учбурчакли бойлам қўйилиб тугиб қўйилади. Чақалоқни бўлимга ўтказишдан аввал, киндик маҳкам бойланганлиги қайта текшириб кўрилади.

6. Йўлдош ажралганлик белгиларини аниқлаш

Қадамлар:

Муолажа турруқ ётоғида ўтказилади.

Шредер белгиси: йўлдош ажралгандан кейин бачадон яссиланади, япалоқлашади ва торайиб ажралган йўлдош пастки сегментга тушганига кўра унинг туби анча юқорига кўтарилиб қумсоат шаклига киради.

Альфелд белгиси: киндик тизимчаси ташқаридаги қисмининг 8-10 см га узунлашишидир.

Кюстнер-Чукалов белгиси: кўлнинг кафт кирраси билан қов суяги устидан босилади, агар йўлдош ажралган бўлса, киндик ташқарига, ажралмаган бўлса ичкарига сурилади (10.36.-расм).



Микулич белгиси: ажралган йўлдошни қинга тушганлиги сабабли аёлда қўшимча кучаниш ҳисси пайдо бўлади.

10.36.-расм. Кюстнер-Чукалов белгиси. а - плацента бачадон деворидан ажралмаган, шунга кўра киндик тизимчаси қинга тортилади; б- плацента бачадон деворидан ажралган, киндик тизимчаси қинга тортилмайди.

7. Йўлдошни ташқи ажратиб усуллари

Қадамлар:

Муолажа туғруқ ётоғида, оёқларни чанок-сон ва тизза бўғимларида ёзган ҳолатда ётқизиб ўтказилади.

1. Қовук катетер ёрдамида бўшатилади.

2. Йўлдошни ажралганлик белгилари мусбат эканлигига ишонч ҳосил қилинади.

3. Киндикдан тортиб аёлга кучаниш тавсия этилади, самара бермаса кейинги боскичга ўтилади.

4. Йўлдошни чиқаришдан олдин бачадонни ўрта ҳолатга келтирилади.

5. Бачадонни қисқартириш учун енгил ташқи уқаланади.

6. Абуладзе усули - иккала кўл билан қорин девори ўрта чизигида бурма ҳосил қилиниб, аёлга кучаниш тавсия этилади, ажралган йўлдош туғилади.

7. Креди-Лазаревич усули - шифокор аёлни чап томонидан туриб оёқларига қараб туради. Бачадон тубини ишонакка ушланадики, бунда бош бармоқ бачадон олдинги деворида, кўл кафти тубида ва тўрт бармоқлар эса бачадон орқа деворига қўйиб ушлаб, бачадонни сиқиб йўлдош чиқарилади.

8. Йўлдошнинг бутунлигини аниқлаш

Қадамлар:

1. Йўлдошнинг она юзасини тепага қаратиб идишга қўйиб, диққат би-

лан кўриб чиқилади; дастлаб йўлдошни, сўнгра пардалар кўриб чиқилади. Бутун йўлдошда юзаси текис, ялтирок, бўлакчали.

2. «Чўқилган» ҳамда бўлакчаси йўқ чуқурчалар топилса, йўлдош қисмлари қолиб кетган деб шубҳа қилинади.

3. Йўлдошни кўрганда унинг бутунлиги, пардаларининг ёрилган жойи аниқланади.

4. Қоғаноқ пардаларида қон томирлари йўналиши кўшимча бўлак бор-йўқлигини билиш учун кўрилади. Агар томирлар охирида йўлдош бўлаги бўлмаса, у бачадонда қолиб кетган бўлади.

5. Қоғаноқ пардалари етишмаса, улар бачадон бўшлиғида қолиб кетган деб ҳисобланади.

9. Йўқотилган қон миқдорини аниқлаш

Қадамлар:

1. Туғруқдан олдин аёл вазни ўлчанади.

2. Туғқан аёл остига бола туғилган заҳоти лоток(қайиқча) қўйилади.

3. Йўлдош ажралиб чиққач ва туғруқ йўллари кўриб бўлгач, лотокда йиғилган қонни махсус белгиланган 1-2 л ҳажмли идишга қўйилади.

4. Тагликларни олиб ишлатилгунча ва ишлатиб бўлгандан сўнг (қонли) оғирлиги ўлчанади.

5. Ишлатиб бўлган тагликлар вазнидан, ишлатилмаганини вазни олиб ташланиб, фарқи аниқланади. Мана шу фарқ йўқотилган қон миқдорини кўрсатади.

6. Махсус белгиланаган идишдаги қон миқдори тагликлардаги қон миқдори қўшилиб йўқотилган қон ҳажми аниқланади.

7. Аёл вазнига нисбатан йўқотилган қон миқдорини ҳисоблаш тўғрироқдир, вазнига нисбатан 0,5% қон йўқотиш физиологик қон йўқотиш дейилади. Масалан, тана вазни $70\text{кг} \times 0,5 = 350\text{ мл}$.

Масалалар.

1. 24 ёшли биринчи марта туғувчи аёл мунтазам дард тутиш шикоятлари билан клиникага қабул қилинган. Ҳомила бўйлама вазиятда, боши чаноқ оғзига кичик сегменти билан суқилиб кирган. Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни 5 см га очилган, ҳомила пуфаги бутун, ҳомила боши ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқнинг кириш текислигида кўндаланг ўлчамида, кичик лиқилдоқ чап ва олд томонда пайпасланади.

1. Диагноз қўйинг.

2. Туғруқ механизмини аниқланг.

3. Механизм лаҳзасини таърифланг.

2. 30 ёшли такрор туғувчи аёл клиникага туғруқнинг иккинчи ярмида қабул қилинди. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни тўла очилган, ҳомила пуфаги йўқ. Ҳомила боши чаноқнинг чиқиш текислигида – ўқ-ёй-

симон чок билан тўғри ўлчамда, кичик ликилдоқ думғаза томонида пайпасланади.

1. Диагноз қўйинг.
2. Туғруқ механизмини аниқланг.
3. Механизм лаҳзасини таърифланг.

3. Биринчи туғувчи 23 ёшли аёл 10 соатдан буён дард тутиб, 12 соат олдин сув кетганлигини шикоят қилган ҳолда туғруқхонага қабул қилинди. Чанок ўлчамлари: 26-29-30-21 см. Ҳар 5-6 минутда дард такрорланиб, у 30 секунд давом этмоқда. Бачадон туби сатҳи – 35 см, қорин айланаси – 102 см га тенг. Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни текисланиб, чеккалари юпқаланган ва у 5 см га очилган. Ҳомила боши чанок бўшлиғининг III текислигида, ўк-ёйсимон чок билан чап қийшиқ ўлчамда турибди, кичик ликилдоқ эса чап ва орқага қараган.

1. Диагноз қўйинг.
2. Ҳомиланинг тахминий оғирлигини аниқланг.
3. Туғруқни олиб бориш тактикасини аниқланг.

4. Туғувчи аёлнинг вазни 52 кг бўлиб, туғруқ ўз вақтида кетаяпти. Туғруқнинг биринчи даври 16 соат, иккинчи даври 30 минут давом этган. Ҳомила туғилгандан 7 минут ўтгач туғруқ йўлларида қон кета бошлади, йўқотилган қон миқдори 150 мл га етди. Диагноз қўйиб, шифокорнинг режасини аниқлаб беринг.

5. 26 ёшли биринчи марта туғувчи аёл 12 соатдан буён дард тутаётганлигидан шикоят қилиб клиникага қабул қилинган. Бир соатдан кейин қоранок суви кетиб, тўлғоқ бошланди. Ҳомила юраги минутига 132 марта ритмик ураяпти. Тўлғоқ ҳар 2-3 минутда такрорланиб, 45-50 секунд давом этаяпти. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни тўла очилган, ҳомила пуфаги йўқ. Ҳомила боши чанок бўшлиғининг II текислигида, ўк-ёйсимон чок билан чап қийшиқ ўлчамда турибди, кичик ликилдоқ эса қоннинг ўнг томонида пайпасланади.

1. Диагноз қўйинг.
2. Туғруқ даврини аниқланг.
3. Шифокор тактикаси.

6. Биринчи туғруқ етилган ҳомиланинг туғилиши билан тугади. Ҳомила оғирлиги 3200 гр., бўйи 50 см. га тенг. Ҳомила туғилишидан 20 минут ўтгач, туғруқ йўлларида қон кета бошлади, йўқотилган қон миқдори 200 мл га етди. Йўлдош ажралганлигини тасдиқловчи белгилар пайдо бўлди.

1. Диагноз қўйинг.
2. Туғруқ даврини аниқланг.
3. Шифокор тактикаси.

7. 9-00 да 30 ёшли аёл келди. Ҳомиладорлиги 39 ҳафта. Шикоятлари – қорни пастида ва беддаги оғриқлар, мунтазам, ҳар 10-12 с да 20-25 секунддан, ўртача кучда. Қоранок сувлари кетмаган. Кўрикда аниқланди – бачадон ҳомиладорлик ҳисобига катталашган. Қорин айланаси 89 см,

бачадон туби баландлиги 35 см. Бачадон тубида – юмшоқ ҳомила қисми аниқланади, ўнгда – кенг майдонча, чапда – ҳомила майда қисмлари, бачадон пастки сегментида – думалоқ, қаттиқ, чегаралари аниқ ҳомила қисми, к/чаноқ кириш қисми устида ҳаракатчан. Ҳомила юрак уриши аниқ, ритмик. 140 та зарба, киндик пастида ўнгда аниқланади. Вагинал: келганда – бачадон бўйни очилиши 1 см,

13:00 - 2 см,

17:00 - 3 см,

20:00 - 10 см.

I. Ҳомила олдиндаги қисми, позицияси.

II. Тахминий ҳомила вазни.

III. Туғруқнинг латент фазаси қанча давом этган.

8. Ҳомиладорда туғиш 10 соат давом этди. Ҳомила атрофи сувлари чиқмади. Қоринда кучли оғриқ пайдо бўлди. Ҳомиланинг юрак уриши (мин) 100-110 та. Қин текширувида бачадон бўйни тўлиқ очик, ҳомила пуфаги бутун, таранглашган. Ҳомила кичик чаноқ бўшлиғига боши билан қараган ҳолатда. Диагноз? Муолажалар ўтказиш режалари?

9.I. Йўлдош нуксонини бартараф қилиш учун қуйидаги текширувларни ўтказиш керак:

A. Туғруқ йўллари кўриш*

B. Плацентани кўриш*

B. Пардани кўриш*

Г. Диагностик лапароскопия

Д. Қин текшируви

Ўргатувчи тестлар.

1. Туғруқ жараёни қандай 3 даврга бўлинади?

Бачадон бўйнининг очилиш даври.

Ҳомиланинг ҳайдалиш даври.

Йўлдош ажралиш даври.

2. Тўлғоқ дардларини таърифловчи 4 та асосий хусусиятларни айтиб

ўтинг:

Давомийлиги.

Кучи.

Сони.

Оғриқлилиги.

3. Бачадон бўйнининг очилишига олиб келувчи 3 та асосий жараёни

айтинг:

Контракция.

Ретракция.

Дистракция.

4. Туғруқ фаолияти бошланишининг 2 та белгисини айтинг.

Мунтазам бўлган дардлар.

Бачадон бўйни очилишининг динамикаси.

5. Олдинги энса кўринишидаги туғруқ биомеханизмининг лаҳзаларини кўрсатинг.

Биринчи лаҳза – бошнинг букилиши.

Иккинчи лаҳза – бошнинг ички бурилиши.

Учинчи лаҳза – бошнинг ёзилиши.

Тўртинчи лаҳза – тананинг ички ва бошнинг ташқи бурилиши.

6. Олдинги энса кўринишидаги туғруқ биомеханизмига нималар хос?

Ўтказувчи нуқта – кичик ликилдоқ.

Бола боши кичик чанокка ўк-ёйсимон чок билан букилган ҳолда кўндаланг ўлчамда киради.

Бош кичик қийшиқ ўлчам билан туғилади – 9,5.

Ёриб чикувчи айлана 32 см га тенг.

7. Бачадон деворидан йўлдошнинг Шульц усули бўйича ажралишида куйидагилар аникланади.

Ретроплацентар гематома ҳосил бўлади.

Йўлдош ажралаётганда ташки қон кетиш бўлмайди.

Йўлдош ҳомила сатҳи билан турилади.

Қон йўқотиш одатда кам миқдорда.

Бачадон деворидан йўлдошнинг ажралиши марказдан содир бўлади.

8. Кўчган йўлдошни Креде-Лазаревич усули бўйича ажратиш техникаси

Қовуқни бўшатиш.

Бачадонни ўрта ҳолатга келтириш.

Бачадон қисқаришини чақириш учун қўл билан енгилгина (массаж қилиш) укалаш.

Аёлни чап томонида туриб бачадонни шундай ушлаш керакки, бунда катта бармоқ бачадоннинг олдинги деворида, бачадон туби кафтга тегиб туриши, 4 бармоқ эса бачадоннинг орқа деворига тегиб туриши керак.

Бачадондан йўлдошни сиқиб чиқарилади.

9. Биринчи туғаётган аёлда физиологик туғруқ даврларининг вақти ва уларнинг умумий давомийлиги.

Биринчи давр: 10-11 соат.

Иккинчи давр: 1 соатдан 2 соатгача.

Учинчи давр: 5 минутдан 30 минутгача.

Умумий давомийлиги – 12-16 соат.

10. Қайта туғаётган аёлларда физиологик туғруқ даврларининг вақти ва уларнинг умумий давомийлиги.

Биринчи давр – 7-9 соат.

Иккинчи давр 10 минутдан 1 соатгача.

Учинчи давр – 5 минутдан 30 минутгача.

Умумий давомийлиги – 8-11 соат.

11. Туғруқнинг биринчи даврида қандай 3 та фаза фарқланади?

Латент – туғруқ фаолияти бошланишидан бачадон бўғзининг 3-4 см очилишигача бўлган вақт.

Фаол фаза – бачадон бўғзининг тезлик билан 4 см дан 8 см гача очилиши билан характерланади.

Секинлашиш фазаси – бачадон бўғзининг 8 см га очилишидан бошлаб бошнинг силжиши бошланишигача.

12. Ҳомила бошининг кичик чаноқ текисликларига нисбатан муносабатини аниқлашнинг 3 усулини айтинг:

Леопольд-Левицкий бўйича ташқи акушерлик текширувининг 3 – усули.

Леопольд-Левицкий бўйича ташқи акушерлик текширувининг 4 – усули.

Қин орқали текшириш.

13. Туғруқдаги физиологик қон йўқотиш қандай бўлади?

250-500 мл.

Тана вазнининг 0,5% гача қон йўқотиш.

14. Туғруқни I даврида эътибор қаратиш лозим бўлган 2 та қўшни аъзоларни кўрсатинг ва нима учун?

Қовуқ.

Ичаклар.

Туғруқнинг 2 -даврида бу аъзолар ҳомила бошининг ўтишига тўсқинлик қилиши мумкин.

15. Туғруқнинг II даврида қўлланиладиган акушерлик усулининг 5 лаҳзасини айтинг?

Ҳомила бошининг вақтидан олдин ёзилишига тўсқинлик қилиш.

Жинсий ёриқдан ҳомила бошини авайлаб чиқариш.

Бошнинг тепа дўмбоқлари чиқаётганда оралик таранглашишини камайтириш.

Кучаниқни бошқариш.

Елкаларининг чиқарилиши ва танасининг туғилиши.

16. Туғруқнинг II даврида шифокор қандай 5 та асосий параметрларга аҳамият бериши лозим ва нима учун?

Аёлнинг умумий аҳволи.

Туғруқ фаолиятининг характери.

Ҳомиланинг юрак уриши.

Ҳомила олдин келган қисмининг силжиши.

Жинсий йўллардан келаётган ажралмалар.

17. Қандай 2 усул билан йўлдош бачадон деворидан кўчади?

Шульц-марказдан.

Дункан-четидан.

18. Қандай 5 та белги йўлдошнинг кўчганлигидан далолат беради?

Шредер белгиси.

Альфельд белгиси.

Чукалов-Кюстнер белгиси.

Клейн белгиси.

Микулич белгиси.

19. Йўлдошни қандай 3 хил усул билан туғдириб олиш мумкин?

Абуладзе усули

Креде-Лазаревич усули

Йўлдошни қўл билан ажратиб чиқазиш

20. Туғруқнинг I даврида шифокор қандай асосий 3 ҳолатга ахамият бериши лозим?

Аёлнинг умумий аҳволи.

Бачадон бўйнининг очилиш динамикаси.

Ҳомиланинг юрак уриши.

21. Туғувчи аёл умумий ҳолатини баҳолашда эътиборни қаратиш за-
рур бўлган 6 та асосий кўрсаткичларни кўрсатинг?

Пульс.

Қон босими.

Шикоятлар (бош оғриғи, кўришнинг ўзгариши, эпигастрийда оғриқ).

Дард хусусияти.

Бачадон ҳолати (тонус, маҳаллий оғриқ).

Ҳомила юрак уриши.

22. Дункан бўйича йўлдош ажралиши:

Ретроплацентар гематома ҳосил бўлмайди.

Йўлдош ташқи жинсий йўллардан пастки қирраси билан олдинга қа-
раб чиқади.

Йўлдош четидан ажралади.

Ташқарига қон кетади.

23. Туғилган чақалоқни Апгар шкаласи бўйича баҳолаш белгилари:

Нафас олиш.

Рефлектор кўзғалувчанлик.

Мушаклар тонуси.

Тери ранги.

Юрак уриши.

24. Абуладзе усули:

Сийдик чиқарилади.

Қорин олди девори узунасига иккала қўл билан бурма қилиб ушлана-
ди.

Аёл ўзи кучаниши керак.

25. Ҳомила боши эгилишининг сабаби:

Бачадон ичи ва қориндаги босим ҳисобига.

Таъсир этувчи куч бачадон тубидан ҳомила умуртқа поғонасидан ҳо-
миланинг бошига таъсир этади.

Умуртқа поғонаси ҳомила боши билан ричаг каби бириккан.

26. Шредер белгиси:

Бачадон шакли узунчоқ.

Бачадон туби киндикдан юқори.

Бачадон ўнг томонга эгилган.

27. Қораноқ сувининг ёрилиши ўз вақтида:

Туғрукнинг I даври охирида.

Бачадон бўйни тўла очилганда.

28. Туғрук хабарчиларининг асосий 4 та белгисини айтиб ўтинг?

Бачадон тубининг тушиши.

Шиллик тиқиннинг ажралиши.

Тана вазнининг камайиши.

Бачадон мускуллари қўзғалувчанлигининг ошиши.

29. Физиологик ҳомиладорликнинг давомийлиги қанча?

280 кун.

40 ҳафта.

10 ой.

XI БОБ

ҲОМИЛАНИНГ ЧАНОҚ

БИЛАН КЕЛИШИ

Мақсад. Ҳомиланинг чанок қисми ёки оёғи билан келгандаги ҳолатлари, сабаблари, диагноз қўйиш, туғиш механизми ва клиникасини ўрганиш, ҳомилани туғдириш усуллари билан танишиш.

Режа. 1. Ҳомиланинг чаноғи билан келиши.

2. Чанок билан келиш

3. Ташхис (диагноз) қўйиш.

4. Туғиш механизми ва клиникаси

5. Ҳомилани туғдириш усуллари

Умумий туғрукнинг 3,5% да ҳомила чаноғи билан келади (praesentatio pelvia). Бунда ҳомиланинг вертикал ўқи онанинг тик ўқиға тўғри келади, шунга кўра кўп муаллифлар буни нормал ҳолат деб ҳисоблайдилар. Аслида бу она учун ҳам, ҳомила учун ҳам хавфли бўлиб, оғир патологик ҳолатларға сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра ҳомиланинг чанок билан келиши патология билан физиология ҳолатлари ўртасидаги чегарадир.

Ҳомиланинг чаноғи билан келиши қуйидаги ҳолатларға бўлинади: думба билан олдинда келиши (ёпилиб келиш) ва оёқлар билан олдинда келиши (очилиб келиш). Ҳомила думбаси билан олдин келганда унинг фақат думбаси, она чаноғи бўшлиғиға қараган, оёқлари чанок-сон бўғимидан букилган ва тизза бўғими ёзилган, оёқлари ҳомила танаси бўйлаб жойлашган бўлса, бу ёлғиз думбанинг ўзи олдин келиши дейилади. Ҳомила думбаси тизза бўғимидан букилган оёқлари билан бирға чанок бўшлиғиға қараган бўлса, буни думбанинг аралаш олдин келиши (думбанинг тўла келиши) дейилади (11.2.-расм).



11.1.-расм. Ҳомиланинг чаноғи билан келиши.

Ҳомила оёқлари олдин келганда унинг иккала оёғи бирға бўлса, оёқларнинг тўла олдин келиши ёки бир оёқ билан келса, оёқнинг чала

олдин келиши дейилади. Баъзан оёқларнинг бўкилган тиззалари олдин келади. Бу тизза билан олдин келиши дейилади.

Чанок билан келиш сабаблари. Бунга бачадон пастки сегментининг бўшашганлиги, кичик чанокдаги тўсиқлар, ҳомила бошининг чанокқа киришига ҳалақит бериши сабаб бўлади. Бачадон пастки сегменти бўшашганлиги туфайли ҳомиланинг чанок билан келиши факат қайта туғувчиларда кўп учрайди.

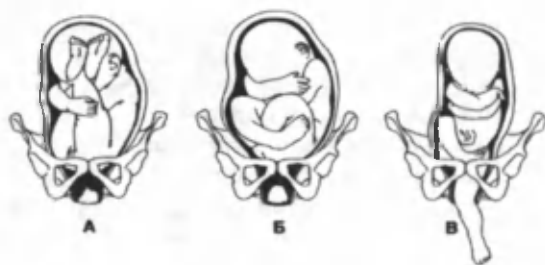
Чанок билан олдин келишда вақтидан илгари туғиш ҳоллари кўпроқ кузатилади. Вақти-соати етиб ва вақтидан илгари туғилган ҳомилалар нисбати 2:1 бўлади. Етилмаган ҳомилалар қўзғалувчан бўлади, бунга сабаб ҳомиланинг боши кичкина бўлгани учун чанок кириш қисмига жойлаша олмайди. Бачадон ўсмалари (миома, айниқса пастки сегментда) ҳам ҳомила бошининг чанок кириш қисмига жойлашишига ҳалақит беради. Йўлдошнинг бачадон пастки сегментига жойлашган бўлиши, кўп ҳомидаликда, ҳомилаларнинг айланиши қийин бўлганига кўра чанок билан олдин келиш ҳоллари кўпроқ учрайди.

Она қорнида ўлиб қолган ҳомилада гидроцефалия (мия қоринчасида сув йиғилиши) бўлганда ва бошқа турдаги нотўғри ривожланишда ҳомиланинг чанок билан олдин келиши учраши мумкин. Баъзи муаллифларнинг фикрича, ёши катта бўлиб қолганда биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомила чаноғи билан олдин келиши умкин.

Тапхис (диагноз) қўйиш. Ҳомиланинг чанок билан олдин келиши ташқи ва ички текширишларга асосланиб, олдин келувчи қисми чанок кириш қисмида (симфиз устида) турганда аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда ҳомиланинг катта, юмшоқ, нотўғри шаклдаги қисми қўлга сезилади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг боши каттароқ, шарсимон, бир текис қаттиқликда бўлиб сезилса, бу чанок билан олдин келишидан далолат беради.

Ҳомиланинг қандай ҳолатда эканига қараб юрак уриши киндикдан юқорида ёки унинг қаршисида ўнг ёки чап томондан яхшироқ эшитилади.

Ҳомиланинг думба билан келиши қин орқали текширилганда унинг юмшоқ қисми аниқланади. Агар бунда ҳомиланинг оёқ тўпиқлари ҳам топилса, бу думбанинг аралаш олдин келганлигини кўрсатади. Чанок билан олдин келишини аниқлаш бирмунча мураккаб ишдир. Думбалари



11.2.-расм. Ҳомиланинг чаноғи билан келиши: А - ёлғиз думбанинг ўзи олдин келиши; Б - думбанинг аралаш олдин келиши; В - оёқларнинг гўла олдин келиши.

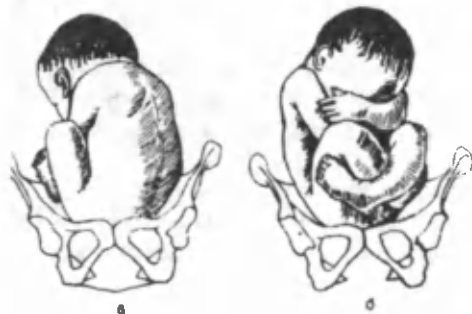
олдин келганда уни ҳомила боши билан, ёлғиз думбаси билан (чала) олдин келганда уни юзи билан келади, деб ўйлаб, янглишиш мумкин. Бу хил олдин келишларда диагнозни тўғри қўйиш катта аҳамиятга эга. Ҳомила кўндаланг ётган бўлиб, унинг қўли туғруқ йўлига тушган бўлса, уни оёқларнинг олдин келиши билан алмаштириб юборилса, ҳомила ҳамда она учун хатарли ҳолат вужудга келади.

Ҳомиланинг қандай келаётганини тўғри аниқлаш учун оёқларда товон, оёқ бармоқларининг калталиги, тиззанинг думалоқлиги ва қўлнинг катта бармоғи қўзғалувчан бўлишини, унинг ёнга осон очилишини, оёқлардаги бармоқлар эса бу хусусиятга эга эмаслигини эсда тутиб, иш олиб бормоқ керак. Н.А.Цовьянов фикрича, етилган ҳомиладорликда бачадон тубининг ханжарсимон ўсик олдига яқин туриши ҳомиланинг чанок билан олдин келгани ҳақида далолат беради. Бачадон тубида думалоқ боши пайпаслаб кимирлатилса, бу ҳам чанокнинг олдин келгани белгиси бўлади. Чанокнинг олдин келганидан кўра оёқларнинг олдин келганлигини аниқлаш осон бўлади. Чунки оёқлар бачадон бўйни тўла очилмаган бўлса ҳам қинга сирғаниб тушиши мумкин, буни қин ойналари ёрдамида кўриш мумкин бўлади. Агар тизза билан келган бўлса, уни қўл тирсагидан ажратиш осонроқ бўлади. Бунда ҳомиланинг ётиш ҳолатини аниқлаш учун тизза бўғими чуқурчаси топилади, агар у чапга қараган бўлса, биринчи ҳолат, ўнгга қараган бўлса, иккинчи ҳолатда тургани аниқланади. Чанокнинг олдин келишини акушерлик стетоскопи ёрдамида, унинг юрак уришини эшитиш йўли билан аниқлаш мумкин. Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан юқорида, бош билан келганда киндикдан пастда эшитилади.

Биринчи ҳолатда чапдан, иккинчи ҳолатда ўнгдан эшитилади (11.3.-расм). Ниҳоят, чанок билан олдин келишини ультратовуш ёрдамида аниқроқ билиш мумкин.

11.3.-расм. а-ҳомила думбанинг олдин келиши - биринчи ҳолат;

б - думбанинг олдин келиши иккинчи ҳолат



Ўзининг кўндаланг ўлчови (linea intertrochanterica) билан кичик чанок кириш қисмининг кўндаланг ёки қийшиқ ўлчовида туради. Бачадон бўйни текисланиб, очилиши билан думбалар чанок ичига суқила бориб, унинг қийшиқ ўлчови бўйича сурилади. Агар олдинги кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чанокнинг чап қийшиқ ўлчовида, орқа кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чанокнинг ўнг қийшиқ ўлчовида бўлади, иккинчи ҳолатда ҳам думбаларнинг чанок ўлчовига муносабати шундай бўлади. Чанок

бўшлиғига думбаларнинг киришида орқа думба, унинг кетидан олдинги думба жойлашиб, чанок ичида биргаликда сурилади, бунда бошқарувчи нукта дум суяги бўлади. Думбаларнинг чанок ичида айланиши унинг тубида бўлади, бунда думбаларнинг кўндаланг ўлчови қийшиқ ўлчовдан тўғри ўлчовга ўтади, агар ҳомила орқа кўринишда бўлса, кўпинча олдинги кўринишга ўтади. Чанокнинг чиқиш қисмида думбаларнинг кўндаланг ўлчови чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовида жойлашади. Олдинги думба биринчи бўлиб туғилади, шунга кўра туғруқ шиши шу думбада бўлади.

Жинсий ёриқдан кўринган ҳомиланинг олдинги думбаси, ёнбош суяги қов суяги тагига тақалиб, тақалиш нуктасини ҳосил қилади ва ортик сурилмайди. Ҳомила орқа умуртқасининг ёнга эгилиши билан орқадаги думба туғила бошлайди, олдин бир неча марта кўриниб, яна ичкарига киради. Ниҳоят орқа думба туғилади. Орқа думба туғилгандан кейин олдинги думба ҳам бутунлай туғилиб, орқа умуртқа тўғриланади, кучли кучаникда ҳомиланинг чанок қисми бутунлай туғилади.

Ҳомила учун энг хавфли давр учинчи ва тўртинчи даврлардир.

Ҳомила танасининг пастки (киндиккача бўлган қисми) кейинги кучаникда туғилади, чанокнинг қийшиқ ўлчовида турган ҳомила орқаси билан ёнга қараган бўлади. Ҳомила туғилишининг учинчи даврида унинг орқаси бирмунча олдинга қараб қолади. Бу айланиш ҳомила елка қисмининг чанок бўшлиғи қийшиқ ўлчовига ўтиши учун имконият яратади. Ҳомила танасининг юқори қисми туғилишида елкалар чанок чиқиш қисмига яқинлашиб билан қийшиқ ўлчовдан чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчовига ўтади (ҳомила боши эса ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан ҳали чанок бўшлиғининг қийшиқ ўлчовида туради). Олдинги елка қов суяги остига келади, орқадаги елка дум суяги ва чот устида туради.

Туғруқ тез рўй берса, бунда ҳомила қўлларини танасининг олдига чалиштирган ҳолда туғилади. Одатда олдинги елка туғилиб, унинг 2/3 қисми қов суяги остига тақалгач (тақалиш нуктаси), чот остида орқадаги елка туғилади.

Ҳомила боши букилган ҳолда чанок ичида айланади, бунда пешона ва юз думғаза чуқурчаси томонга, энса чуқурчаси эса қов суяги остига қараб қолади. Энса чуқурчаси (тақалиш нуктаси) қов суяги пастки қисмига тақалиб, кейин жинсий ёриқдан ияк, юз ва пешона туғилади.

Бошнинг қолган қисми кичкина қийшиқ ўлчови билан худди энса билан олдинги кўринишда келгандаги бошнинг туғилишига ўхшаб туғилади. Туғруқ жараёнини албатта шифокор ўзи кузатиши ва туғдириши керак.

Ҳомила туғилиши жараёнида баъзан қўллар юқорига кўтарилиб қолади, бунда унинг шифокор қўлларини қуйидаги усулда чиқаради.

Шифокор ҳомиланинг чот остидаги қўлига қарама-қарши турган иккинчи қўли билан унинг иккала оёғини бир-бирига жипслаб ушлаб олади, сўнгра ҳомилани юқорига, вазиятига тескари — онанинг чот бур-

маси томонга ва ёнга кўтаради-да, иккинчи қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини ҳомиланинг орқа томонидан қовға суқиб, курак томонга йўналтирилади, ҳомиланинг қўлини курак ва елка, тирсак бўғими, биланинг 1/2 юқори қисми бўйича сирғантириб, аста-секин чиқарилади. Қўлларни танадан узоқлаштирмаган ҳолда чиқариш керак. Акс ҳолда қўллар синиши мумкин. Қўллар одатда ҳомиланинг юзи бўйлаб сирғанади (ҳомила гўё «ювинади»), (11.4.-расм, а, б, в).



11.4-расм: а - ҳомила чанок қисми билан олдин келганда қўл билан ёрдам бериш, орқадаги қўлни чот остидан чиқариш, б - ҳомила танасини 180° га буриш в - ҳомила бошини Морисо-Левре-Лашапель усулида туғдириш.

Орқадаги қўлни озод қилгандан кейин юқоридаги бошқа қўлни озод қилишга ўтилади. Бунинг учун иккала қўл билан ҳомила танасини кўкрак қафаси соҳасидан қоринга тегмасдан (акс ҳолда жигар катта бўлгани учун уни жароҳатлаш хавфи бўлади) унинг ташқарига чиққан қўли билан бирга ушлаб, 180° га айлантирилади. Ҳомилани айлантирганда унинг орқаси симфиз остидан ўтиши керак, Уни сира пастга тортиш ярамайди. Ҳомилани айлантириб бўлгандан кейин иккинчи қўлни ҳам биринчи қўл сингари озод қилинади. Бунинг учун яна қайтадан оёқлардан ушлаган ҳолда ҳомила танаси онанинг қарама-қарши чот бурмаси томонга юқорига йўналтирилади.

Ҳомиланинг қўлларини озод қилиб бўлгандан кейин, дарҳол бошини чиқаришга киришилади. Бу даврда шифокор ҳомила бошининг нормал туғилишига катъий риоя қилган ҳолда қўли билан ёрдам кўрсатиши зарур. Бу вақтда ҳомиланинг боши олдинга букилган ҳолда чанок ичида бўлади. У чанок чиқишида симфиз остидан энса ости чуқурчаси жойлашган ҳолда туриб қолади ва бу чуқурча тақалиш нуқтаси ҳисобланади. Ҳомиланинг боши шу тақалиш нуқтаси атрофида айланиб, туғилади.

Туғиш механизми нормал бўлганда ҳомиланинг бошини Морисо-Левре-Лашапель томонидан таклиф қилинган усул билан чиқариш осон бўлади. Бу усул ҳомила боши очилиб кетишининг олдини олишга қаратилган. Бунинг учун бир шифокор қўлини қинга киргизади. Шунда ҳомила шу қўл билаклари устида минган ҳолатда бўлади, оёқлари эса қўлнинг икки ёнида осилиб қолади. Шифокор қиндаги кўрсаткич бармоғини тирноқ бўғимига қадар ҳомиланинг оғзига суқади ва ҳомиланинг бошини олдинга букилган ҳолда олиб чиқишга имконият туғилади. Лекин ҳомила оғзига суқилган бармоқ олиб чиқувчи куч бўла олмайди. Шифокор та-

ишқаридаги қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини сал букиб, ҳомиланинг бўйнидан вилкага ўхшаб қисиб олади ва қолган бармоқлари билан ҳомиланинг елкасидан ушлайди.

Кўрсаткич ва ўрта бармоқлар учи билан ҳомиланинг ўмров суягини босмаслик ёки бармоқларни ўмров ости чуқурчасига юбормаслик керак. Шифокорнинг ташқаридаги қўли асосан олиб чиқувчи куч вазифасини ўтайди. Ҳомила бошини чиқаришда ичкаридаги қўл бошнинг ҳар доим энг кам ўлчови билан туғилиши учун имкон беради, деб айтиб кетган эдик. Бу билан ҳомила бошининг чанок ичида тўғри айланишига ва ўқ-ёйсимон чок билан чанок ўлчовларининг тўғри муносабатда бўлишига эришилади. Ташқаридаги иккинчи қўл билан ҳомила бошини олиб чиқиш учун тракция қилинади (пастга тортилади). Натижада энса суяк чуқурчаси симфиз остига келади. Ҳомила боши ўзининг ана шу тақалиш нуктаси атрофида айланади, ҳомила танаси юқорига кўтарилади, бунда чот остидан ҳомиланинг оғзи, юзи, пешонаси туғилади.

Ҳомиланинг чанок билан туғилиш жараёнини Цовьянов бўйича 4 даврга бўлиш мумкин: а) ҳомиланинг киндик ҳалқасигача туғилиши; б) курагининг пастки бурчагигача туғилиши; в) елка қисми ва қўлларининг туғилиши; г) ҳомила бошининг туғилиши.

Ҳомила думбаси билан чала олдин келганда туғрукни Цовьянов таклиф қилган усулда олиб бориш акушерлар ўртасида кенг тарқалган (11.5, 11.6.-расмлар).

Туғрук муваффақиятли ўтиши учун аввало оёқлар нормал ҳолда, яъни чанок-сон бўғимлари бу-килган ва тизза бўғимлари очилган бўлиши керак. Цовьянов усули ҳомила оёқларини танасига ёпиштириб ушлаган ҳолда бачадон бўйнининг тўла очилишини, оёқ-қўлларнинг нормал туришини, оёқларнинг ташқарига вақтдан илгари чиқмаслигини таъминлайди.



11.5.-расм. Ҳомиланинг чанок қисмидан ушлаб туғдириш (Цовьянов усули)



11.6.-расм. Ҳомиланинг чанок қисми билан туғдириш (Цовьянов усули)

Ҳомиланинг кўкрак қисми туриш йўлларида ўтишида уни кенгайтиради ва ҳомила бошининг қаршиликсиз туғилиши учун шароит яратиб беради.

Цовьянов думба билан чала олдин келганда туғрукни қуйидагича олиб боришни таклиф қилган: думба туғрук йўлидан чиқиши билан шифокор чойшаб орқали уни иккала қўли билан, яъни катта бармоқларини ҳомила сонининг орқа юзасига (корин бўйлаб қисилиб турган оёқлар устига),

қолган бармоқларини эса ҳомиланинг думғаза юзасига қўйган ҳолда ушлайди. Қўлларни ҳомилага бундай жойлаштириб ушлаш оёқларни вақтдан илгари тушиб кетишдан сақлайди, шунингдек туғилаётган танани юқорига йўналтиради.

Ҳомила танаси ташқарига чиққач қўлини шифокор аста-секин жинсий ёриқ томонга суради. Бу вақтда ҳомиланинг кўкрак қафаси бўйлаб ётган оёқларини шифокор бармоқлари билан, бошқа бармоқлари билан эса орқасидан эҳтиётлик билан ушлаб, қўлини юқорига суради. Бу вақтда ҳомила оёқларининг вақтидан илгари чиқишига ва бошнинг орқага, эгилиб кетишига йўл қўйилмайди. Ҳомиланинг танаси сўнгги туғилиш давомида елка камаригача ташқарига чиқса, унинг қўллари ўзи тушади. Агар ҳомиланинг қўллари ташқарига чиқмаса, уларни қиндан чиқаришга уринмасдан, елка камари чанок чиқишининг тўғри ўлчовига келтирилади ва ҳомила танаси пастга қийшайтирилади. Натижада олдинги қўл қовсуяги остидан чиқади. Сўнгра ҳомила танаси юқорига кўтарилса, чот устидан орқа қўл ва у билан бир вақтда ҳомиланинг оёқларни ҳам ташқарига чиқади. Бу вақтда қўпинча ҳомиланинг боши чанок тагида бўлади. Уни чиқариш учун ҳомила думбаси аввал пастга, сўнгра юқорига йўналтирилса, олдинга эгилган ҳомила боши кучаниш натижасида ташқарига мустақил чиқади. Агар бош туғруқ йўлидан мустақил чиқмаса, уни чиқариш учун юқорида айтиб ўтилган Морисо-Левре-Лашапелъ усули қўлланилади. Шунини айтиб ўтиш керакки, Цовьянов усулини қўллаганда камдан-кам ҳолларда Морисо-Левре-Лашапелъ усули қўлланилади.

Ҳомила думбаси билан келишидаги туғруқлар

Кўрсатмаларни баҳоланг. Думба билан келишидаги туғруқни хатарсиз ўтказиш учун ҳамма шароитлар мавжудлигига амин бўлинг.

Ёрдам кўрсатишининг асосий қонунларига амал қилинг ва вена ичига суяк дори қуйишни бошланг.

Руҳан қўлланг. Зарурият бўлса, пудендал оғриқсизлантиришга ўтинг.

Ҳамма муолажаларни ҳушёрлик билан, куч ишлатмасдан ўтказинг.

Тўлиқ ёки чала думба билан келиши.

Думбаси ва оёқлари туғилиши

Думбаси қинга тушиши билан бачадон бўйни тўлиқ очилгач, аёлни кучаниқлар пайтида кучанишни сўранг.

Агар оралиқ яхши очилмаса, эпизиотомия ўтказинг.

Ҳомила бел қисми, ундан кейин эса куракларининг пастки-бурчаги қўрингунча, думбаси мустақил туғилишига қўйиб беринг.

қўлингиз билан думбачасидан ушлаб турунг, лекин тортманг.

Агар оёқлар мустақил туғилмаётган бўлса, уни битталаб чиқазиб олинг:

Бели эгилиши учун тиззаларини орқасидан босинг.

Ҳомиланинг тўпигидан ушлаб, товони ва оёғини тортиб олинг.

- Бошқа оёғи учун шу ҳаракатни такрорланг.

Оёғи туғилмагунча болани тортманг

Болани 11.9-расмда кўрсатилганидек сонидан ушланг, болани биқинидан ёки қорнидан ушламанг, чунки бу билан болани жигари ва бўйракларини эзиб қуйишингиз мумкин.

Қўллари туғилиши
Қўллари кўкракда ушлаб кўриб сезилади.

Қўллари ўз-ўзидан бирма-бир туғилишига қўйиб беринг. Зарурият туғилгандагина ёрдам беринг.

Бир қўли ўз-ўзича туғилгандан сўнг, иккинчи қўли мустақил туғилиши учун думбасини олдинга, онасининг қорнига қаратиб кўтаринг.

Агар қўли ўз-ўзича туғилмаса, бир ёки икки бармоғингизни тирсагига қўйиб боланинг юзи орқали пастга айлантириб қўлини эгинг.

Қўллари боши орқасига чалкашган ёки бўйнига ўралган.

Ловсет усулини қўлланг (11.10.-расм)

Боланинг сонидан ушланг ҳамда орқасига қўлингизни қўйиб, шу вақтнинг ўзида уни пастга тортиб туриб, 45° га айлантиринг.

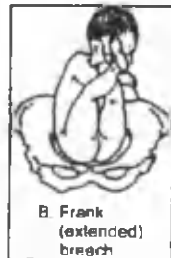
Бир ёки иккала бармоғингизни устига қўйиб қўллари туғилишига кўмаклашинг. Бу ҳолда орқада турган қўли олдинга ўтади ва бола осон туғилади. Қўллари кўкраги орқали тирсакларини билаги билан буккан ҳолда юзидан ўтказиб, пастга тушириб қўйинг.

Иккинчи қўли туғилиши учун бола орқасини тела тарафидан ушлаб, охишта пастга тортиб болани орқага 45 даражага айлантиринг. Чалкашган иккинчи қўлини худди шу йўл билан тўғрилаб қўйинг.

А. Тўлиқ (аралаш) думба билан келиши



А. Чала (фақат) думба билан келиши



11.7.-расм. Тўлиқ думба билан келиши.

11.8.-расм. Чала думба билан келиши



11.9.-расм. Болани белидан ушлаб туринг, лекин тортманг



11.10.-расм. Ловсет усули.

Бола танаси айланмаслиги. Агар боланинг танасини, олдинда турган биринчи қўли туғилиш учун айлантириш уддаланмаса, орқасида турган елкасини бўшатинг (11.11-расм).

Болани тўпигидан ушлаб кўтаринг.

Бола кўкрагини аёл оёғининг ички қисмига йўналтириб, силжитинг. Бу ҳолда орқада турган елка туғилиши керак.

Қўлини бўшатиб олинг,



Орқада турган елка

11.11.-расм. Орқада турган елканинг туғилиши.

Бола жағини пастга тушириш ва бошини эгиш учун ўша қўлингизнинг кўрсаткич ва бош бармоқларини юз суякларига, ўрта қўлингизни эса боланинг оғзига тикинг.

Бошқа қўлингиз билан боланинг елкаларидан ушланг.

Жағдан тортиш билан ҳомила боши пастда кўрингунча, тепадаги қўлингизни иккала бармоғидан фойдаланиб, бола бошини кўкрагига қаратиб букинг.

Ҳомила боши туғилиши учун уни охишта тортинг.

Эслатма: Ёрдамчидан, ҳомила боши туғилаётган пайтда онанинг қовуғи устидан босиб туришини сўранг. Бу ҳаракат ҳомила бошини эгилган ҳолда ушлаб туради.

• Болани, оғзи ва бурни кўрингунга қадар, қўлларини боши ёнида ушлаб туриб кўтаринг.

Тувруқдан кейинги парвариш.

Боланинг бурни ва оғзидаги суюқликни сўргич билан тозаланг.

Киндикни қисинг ва қирқинг.

Онага окситоцин юборинг м/о 10 бирл., тувруқдан кейин 1 дақиқа ва тувруқнинг учинчи босқичини фаол давом эттиринг.

Аёлнинг тувруқ йўлларини текширинг ва эпизиотомиядан кейин бачадон бўйни, кин ёки оралиқ тўлиқлигини тикланг.

Бачадон бўйни тўла очилмаган, лекин думбалар туғила бошласа, стерилланган тагликни жинсий ёрикқа ёпиб, қўл билан туғилаётган думбалар ушлаб турилади. Бунда қов устидан контракцион ҳалқанинг кўтарилиганига қараб (агар 10 см кўтарилган бўлса) ҳамда думба туғилиши дард

Болани тўпигидан ушлаб, орқага туширинг. Энди олдинда турган елка туғилиши керак.

- Қўлини охишта чиқариб олинг.

Орқада турган елка

Ҳомила бошининг туғилиши

Моррис-Смелли-Вейт усулини қўллаб, бош туғилишига кўмаклашинг (11.12.-расм).

• Бола танасини юзини пастга қаратиб, билагингизга, кафтингиз устига қўйинг.



11.12.-расм. Моррис-Смелли-Вейт усули

зўрайганига асосланиб бачадон бўйни тўла очилган деб хулоса қилинади ва ҳомилани юқорида айтилган усул билан туғдирилади. Бу Цовьянов таклиф этган усулдир.

Туғруқ жараёнидаги оғир кийинчиликлар. Бунда бош қўллар билан бирга чанок кириш қисмидан ўтолмайди, унда биз юқорида айтиб ўтилган омиллардан фойдаланишни маслаҳат берамиз.

Ҳомила чаноғи билан келганда кейин келадиган бош туфайли киндик қисилиб қолиши, натижада ҳомила асфиксияга учраб, ҳатто нобуд бўлиши мумкин.

Ҳомила боши чанок кириш қисмида тутилиб қолганда фақат бошни перфорация қилиш йўли билан туғдириш мумкин.

Юқорида айтиб ўтилган мураккабликлар асосан туғруқни тўғри олиб бориш, ҳомилани вақтидан илгари тортиб олишга интилиш натижасида вужудга келади.

Ҳозирги пайтда ҳомиланинг думба ва оёқлар билан келишида юқорида қайд қилиб ўтилган мураккабликларни ҳисобга олган ҳолда кўпроқ кесарча кесиш йўли билан ҳомила туғдирилади. Албатта операция қилишдан олдин ҳомиладор синчиклаб ўрганилади (чанок ўлчовлари, ҳомиланинг оғирлиги, бошининг ҳажми, туғруқ дардиниинг хусусияти ва бошқалар ҳисобга олинади). Агар аёлнинг ўзи туға олишига қаноат ҳосил қилинса, операция қилинмайди. Аммо туғиш жараёнини шифокор ўзи кузатиб бориши керак.

Ҳомила чанок билан олдин келганда акушерлик ёрдами. Ҳомиланинг чаноғи ва оёғи билан келиши деярли патологик ҳолат ҳисобланади, шунга кўра туғаётган аёлни тўла ўрганиш керак. Агар кесарча кесишга ҳалақит берадиган бирор салбий ҳолат бўлмаса, бу жарроҳлик усулидан ҳам фойдаланиш мумкин.

Амалий кўникмалар.

1. Ҳомила думба билан келганда туғдириш усули

Тайёргарлик.

1. Керакли асбобларни тайёрланг
2. Муолажа ҳақида аёлга тушунтиринг
3. Аёлни эмоционал қўллаб қувватланг
4. Чанок билан келишини аниқланг
5. Индивидуал ҳимоя воситаларини кийинг.
6. Қўлларни ювинг ёки антисептик восита билан қўлга ишлов беринг ва қўлқоп кийинг.
7. Антисептик эритма билан ташки жинсий аъзоларни артиб тозаланг.

8. Сийдик қопини катетеризация қилинг.

Думба ва оёқ туғилиши

1. Бачадон бўйни тўлиқ очилиши ва думбани қинга туширишда аёлга ҳар бир дард вақтида кучанишни тушунтиринг.
2. Керак бўлса эпизиотомия қилинг.
3. Думбанинг мустақил туғилишига ёрдам беринг, то орқа елка кўрин-

гунча.

4. Думбаларни иккала қўл билан аста ушланади, катта бармок оёк соҳасида бўлиши керак, қолганлари тана соҳасида бўлади.

5. Агар оёқлари мустақил туғилмаса, оёқларни бирма-бир чиқаринг.

6. Чақалокни сонидан ушланг.

7. Агар қўллар кўкрак қафасига ёпишган бўлса, уларнинг мустақил туғилишига ёрдам беринг.

8. Агар қўллар бошнинг орқасида бўлса, ёки бўйин атрофида бўлса, классик усул қўлланг.

9. Агар чақалоқ танасини айлантириш керак бўлса, олдин орқа қўл, кейин олдинги қўл чиқарилади.

Бошнинг туғилиши.

10. Бошни чиқариш Maugicseau Smeli усули қўлланилади.

11. Туғруқнинг III даврини актив олиб боринг.

12. Юмшоқ туғруқ йўллари кўринг, йиртилган бўлса, уларни тикинг, керак бўлса эпизиотомия қилинган соҳани тикинг, агар эпизиотомия қилинган бўлса.

13. Туғруқдан кейин тез ёрдам кўрсатинг ёки чақалоққа ёрдам керак бўлса.

Муолажадан кейин.

1. Қўлқоп ечишдан олдин ишлатилган материалларни контейнер ёки пластик қопга солинади.

2. Ишлатилган шприцлар ва игналарни тешилмайдиган контейнерга солинади.

3. Қўлқоп ечилади ва 0,5% хлорли оҳакка солинади.

4. Қўлларни яхшилаб ювилади, бачадонни яхши қисқараётганлигини кузатилади.

5. Туғруқ тарихига ёзилади.

2. Ҳомилани думбаси билан келганда чиқариб олиш

Тайёргарлик.

1. Керакли асбобларни тайёрлаш.

2. Беморга муолажа технологияси тўғрисида тушунтириш, уни диққат билан эшитиш, унинг саволларига жавоб беринг.

3. Ҳомиладорлик қандай кечганлигини баҳолаш учун аёлни текшириш, унинг аҳволини баҳолаш, тиббий ҳужжатларни кўриш.

4. Қон таҳлилини, гемоглобин ва қон гуруҳини, Rh мансублигини аниқлаш, 2 доза қон тайёрлаш.

5. Т/и катетери қўйилади ва 500 мл суюқлик инфузия қилинади.

6. Премедикация қилинади.

7. Сийдик қопи катетерланади.

8. Аёлга ҳалат ва қалпоқ кийишга ёрдамлашилади.

9. Анестезия ҳолатини баҳоланг.

10. Хирургик кийим, баҳила, ниқоб, химоя кўзойнаги ва пластик ҳалат

кийинг.

11. Қўлларни хирургик ювинг, стерил қўлқоп ва халат кийинг.

12. Ҳамма асбоблар тайёр эканлигига ишонч ҳосил қилинг ва ёрдамчида уларни санашни сўранг.

13. Ёрдамчи ҳам тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

Беморни тайёрлаш.

1. Жарроҳлик столини букинг ёки беморнинг бел соҳасига ёстиқча қўйинг.

2. Анестезия таъсирини баҳоланг.

3. Беморнинг қорин олд деворига антисептик эритма билан ишлов бериш, куритинг ва чойшаб билан ёпинг.

Муолажа.

1. Ҳомила оёқларини тизза чуқурчасигача чиқаринг. Тиззаларни қуйидагича ушланг: катта бармоқ болдир мушаги соҳасида, қолган 4 бармоқ оёқларнинг олд томонидан ушланади.

2. Жинсий ёриқдан сон кўриниши билан уни икки қўл билан ушланади.

3. Пастга ва бироз орқага тракция қилинади. Думба кўриниши билан олдинга тортилади.

4. Думба чиққандан кейин катта бармоқ сон томонидан, қолган бармоқлар думгаза соҳасида ушланади.

5. Орқа елкаларни ва қўлни бўшатиш учун бир қўл билан болдир ушланади ва аёл чов бурмасга параллел қилиб кўтарилади.

6. Туғруқ йўлига умуртка томонидан иккала қўл киритилади, елка соҳасигача тирсак бўғимини ушланади ва қўл чиқарилади.

7. Олдинги елка озод қилинади ва ҳомила 1800 га айлантирилади ва кейинги елка чиқарилади.

8. Ҳомила акушер кўлига кўкрак кафаси билан иккала оёқлари ўртасига ётади.

9. Кўрсаткич бармоқни ҳомиланинг оғзига киритилади ва бошни букилади, қолган қўллари бошни вилкасимон ушлайди, бўйин соҳасидан ўрта бармоқ бошни ушлаб туради.

10. Бошни чиқараётганда биринчи пастга ва орқага сочли қисми туғилгунча тортилади, кейин пастга ва олдинга, кейин фақат олдинга тортилади. Бунда ияк, бурун, пешона ва энса туғилади.

Операциядан кейин.

1. Қўлқоп ечишдан олдин скальпелдан лезвияни оламин. Ҳамма игналар ва ўткир асбобларни тешилмайдиган контейнер ёки пластик қопга солинади.

2. Барча инструментларни 0.5% хлор эритмасига юкумсизлантириш учун солиб қўйинг.

3. Агар шприц ва игналар кўп марталик бўлса шприцга игна орқали 0,5% йод эритмасини тўлдириш ва деконтаминация учун тешилмайдиган

контейнерга жойлаштиринг.

4. Фартук ва қўлқопларни ечинг, агар улар бир марталик бўлса герметик контейнер ёки пластик қопга солинг.

5. Агар уларни қайта ишлатишга эҳтиёж бўлса, 0.5% хлор эритмасига солиб қўйинг.

6. Қўлни яхшилаб ювинг.

7. Касаллик тарихига ва операция журналіга операция ва операциядан кейинги муолажаларни ёзиб қўйинг.

8. Пульс, АҚБ, НОС, жароҳатдан ва қиндан қон кетишини кузатинг.

9. Бемор ахволини операцион блокдан палатага ўтказгунча кузатинг.

10. Беморни ҳар куни ёки керакли ҳолатларда кузатинг.

11. Бемор чиқиб кетгунгача операцияга кўрсатмани, операциядан кейинги стерилизация усулини муҳокама қилинг.

Масалалар.

1. Такрор туғаётган аёл акушерлик бўлимига қорин пастида кучли, ҳар замонда такрорланувчи оғриқ, қоғанок сувининг кетиб қолганлигидан шикоят қилган ҳолда ётқизилди. Туғруқ бошланганига 8 соат бўлган. Чанок ўлчамлари: 25-29-32-21. Қорин айланаси 94 см. Бачадон тубининг баландлиги 33 см. Ҳомила бўйлама вазиятда бўлиб, бачадон тубида қаттиқ. Лиқиллаб турадиган қисми пайпасланади. Ҳомиланинг юрак уриши яхши, ритмик, минутига 140 марта, туғруқ кучлари нормада ҳар 3-4 минутда 40-50 секунддан давом этмоқда. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни тўла очилган, ҳомила пуфаги йўқ, чанок деформацияси йўқ, думба олдинда бўлиб, у чанокнинг иккинчи текислигида ётибди.

1. Диагноз.

2. Туғруқни олиб бориш режаси.

2. 34 ёшли биринчи марта туғаётган аёл акушерлик бўлимига қоғанок сувларининг оқиб кетиши ва қорин пастида оғриқ пайдо бўлганидан шикоят қилиб келди.

Анамнезида: 7 йил боласи бўлмаган. Ҳомиладорлик асоратсиз кечди. Чанок ўлчамлари 22-26-27-18 см. Ҳомиланинг тахминий оғирлиги 4200 гр. Ҳомила бўйлама вазиятда биринчи позицияда, чанок олдинда ётиш ҳолатида жойлашган. Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан юқорида, минутига 132 марта, ритмик, аниқ эшитилади. Туғруқ кечишида дард тутиши ҳар 12-13 минутда 20-25 секунд давом этади.

Қин орқали текширишда кин тор, бачадон бўйни 2 см очилган, деворлари қалин, думбалар кичик чанокқа кириш текислиги устида, диагональ конъюгата 11 см лиги аниқланди.

1. Диагноз.

2. Туғруқни қандай олиб бориш керак?

3. Биринчи туғувчи 25 ёшдаги ҳомиладор аёл, бел ва қориннинг пастки қисмидаги оғриқдан шикоят қилиб келди. Бачадон ҳомиладорлик ҳи-

собига катталашган. Бачадон туби баландлиги – 30 см, қорин айланаси – 95 см. Пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг думалок, қаттиқроқ қисми аниқланди. Аёлнинг чап ёнбошида ҳомилани кенгрок ва каттарок қисми ва ўнг ёнбошида – майда қисмлари аниқланди. Бачадоннинг пастки сегментида юмшоқ ва каттарок қисми бор эди. Чанок ўлчамлари: 25-28-31-20. Соловьёв индекси 14 см.

Ҳомиланинг олдинда келаётган қисми, позицияси ва кўриниши?

А. Ҳомиланинг думбаси билан келиши, 1 позиция, олдинги кўриниш.

Б. Ҳомиланинг думбаси билан келиши, 2 позиция, олдинги кўриниш.

В. Ҳомиланинг думбаси билан келиши, 1 позиция, орқа кўриниш.

Г. Ҳомиланинг боши билан келиши, 1 позиция, олдинги кўриниш.

Ҳомиланинг тахминий вазни?

А. 2850 г.

Б. 3500 г.

В. 2500 г.

Г. 4150 г.

4. Ҳомиладор аёл уйда туғаяпти. Мазкур ҳомиладорлик учинчи, биринчиси нормал туғруқ билан, иккинчиси эса аборт бўлган. Ҳомила ҳолати вертикал, кичик чанок текширув жараёнида ҳомила чанок ҳолатида турибди. Туғруқ фаолияти тартибли текширув жараёнида ҳомила атрофи сувлари чиқди, натижада ҳомиланинг юрак уриши (мин) 100 та гача пасайди. Қин оркали текширувда бачадон оғзи тўла очиқ. Ҳомила пуфаги йўқ, ҳомила думбалари кичик чанок бўшлиғида.

Диагноз? Туғишни бошқарувчи шифокор қандай чоралар кўриши керак?

Ўргатувчи тестлар.

1. Ҳомиланинг чанок билан олдин келишини аниқлаш қийин бўлса, қандай усуллари қўллаш мумкин:

Рентгенография.

Ультратовуш.

Аускультация.

2. Туғруқ даврида ҳомиланинг чанок билан келишида қандай даврлар мавжуд:

Ҳомиланинг киндиккача туғилиши.

Киндикдан кўкракнинг пастки бурчагигача туғилиши.

Елкаларининг туғилиши.

Бошининг туғилиши.

3. Ҳомиланинг чанок билан олдин келишида ташки кўрикда нима аниқланади?

Бачадон тубининг юқорида туриши.

Бачадон тубида лиқиллаётган бош аниқланади.

Ҳомиланинг юраги киндикдан юқорида эшитилади.

4. Думба билан олдин келишда қўл билан Цовьянов усулида ёрдам кўрсатиш:

Думба туғруқ йўлидан чиқиши билан, шифокор уни иккала қўли билан ушлаб олади (қорин бўйлаб оёқларини ушлаб туради).

Ҳомиланинг елка камари туғилиши билан, қўллари одатда ўзи тушиб кетади.

5. Ҳомила оёқлари билан келганида Цовьянов усулини қўллаш:

Бачадон бўйни тўла очилган бўлса, оёқлар туғилишига қўймай тўсқинлик қилади.

Ташқи жинсий аъзолар стерил чойшаб билан ёпилиб, шифокор кафти билан ҳомиланинг оёқларини ушлаб туради.

6. Чанок билан келишига қайси бири хос?

Чанок билан келиши 3-5% ҳолларда учрайди.

Чанок билан келганда туғиш она ва ҳомилада кўп асоратларга олиб келади.

Перинатал йўқотишлар (ўлим) чанок билан келишда бош билан келганга нисбатан 3-5 марта кўп учрайди.

Чанок билан келишдаги туғруқ норма ва патология ўртасидаги чегара ҳисобланади.

Чанок билан келганда туғруқни шифокор олиб боради.

7. Чанок билан келишнинг қандай 4 турлари ажратилади?

Соф думба билан келиши.

Аралаш думба билан келиши.

Тўлиқ оёқ билан келиши.

Тўлиқ бўлмаган оёқ билан келиши, яъни бир оёқ билан.

8. Соф думба билан келишига нима хос?

Кичик чанокни кириш қисмига думба тўғри келади.

Оёқлар тана бўйлаб ёзилган.

Оёқлар чанок - сон бўғимида букилган ва тизза бўғимида ёзилган.

Товонлар ияк ва юз соҳасида жойлашади.

9. Аралаш думба билан келишига нима хос?

Оёқлар билан думба кичик чанокнинг кириш қисмида жойлашади.

Оёқлар чанок - сон ва тизза бўғимида букилган.

Оёқлар болдир - тоvon бўғимида озгина ёзилган.

Ҳомила «чўккалаш» ҳолатида.

10. Тўлиқ оёқ билан келишига нима хос?

Иккала оёқ кичик чанокни кириш қисмига қараган.

Оёқлар чанок – сон бўғимида озгина ёзилган.

Оёқлар тизза бўғимида букилган.

11. Нотўлиқ оёқ билан келишига нималар хос?

Бир оёқ кичик чанок кириш қисмида жойлашади.

Жойлашган оёқ тизза ва чанок - сон бўғимида ёзилган.

Бошқа оёқ юқорирок жойлашади.

Юқорирок жойлашган оёқ чанок-сон ва тизза бўғимида ёзилган.

12. Чанок билан келишга олиб келувчи она томонидан омиллар:

Бачадон ривожланишидаги аномалиялар.

Тор чанок.

Чанок ўсмалари.

Кўп туғувчиларда бачадон тонуси ошиши ёки пасайиши.

Бачадондаги чандик.

13. Чанок билан келишига олиб келувчи асосий ҳомила омиллари:

Етилмаган ҳомила.

Кўп ҳомилалик.

Ҳомила ривожланишининг орқада қолиши ва туғма аномалиялари.

Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши.

Ҳомила вестибуляр аппаратининг хусусиятлари.

14. Ҳомиланинг чанок билан келишига олиб келувчи асосий йўлдош омиллари:

Йўлдошнинг олдинда жойлашиши.

Йўлдошнинг бачадон тубида ва бурчагида жойлашиши.

Камсувлик.

Кўпсувлик.

15. Ҳомиланинг чанок билан келишининг белгилари:

Бачадон тубининг юкорида туриши.

Бачадон тубида каттик ҳаракатчан бошнинг аниқланиши.

Кичик чанок кириш қисмида катта, нотўғри шаклдаги юмшоқ консистенцияли қисм аниқланади.

Ҳомиланинг юрак уриши киндикдан юкорида ёки киндик соҳасида эшитилади.

Қин орқали текширилганда ҳомиланинг юмшоқ қисми аниқланади.

16. Чанок билан келишдаги ҳомиладорликнинг энг кўп учрайдиган асоратлари қуйидагилар:

Ҳомиланинг муддатдан олдин туғилиши.

Эрта токсикоз.

Презклампсия.

ХУОК.

Киндик билан ўралиш.

Камсувлик.

17. Чанок билан келадиган туғруқнинг I давридаги асосий асоратлари:

Вақтидан илгари сув кетиб қолиши.

Киндик тизимчасининг ва ҳомиланинг майда қисмларининг тушиши.

Туғруқ дардининг сустлиги.

Ҳомиланинг ички димиқиши.

Туғруқдаги эндометрит, амнионит, плацентит.

18. Чанок билан келишда туғруқнинг 2-даврида қандай асоратлар юз бериши мумкин:

Қўлларнинг ёзилиб кетиши.

Бошнинг ёзилиши.

Киндикнинг қисилиб қолиши ва ҳомиланинг ўткир гипоксияси.

Думбанинг чанокда тиқилиши.

Орка кўринишнинг ҳосил бўлиши.

19. Чанок билан келишда туғрукни бошқариш усуллари

Туғрукни сунъий чақириш ва табиий туғрук йўллари орқали туғрукни ўтказиш.

Туғрукни ўз вақтида ёки вақтидан илгари қўзғатиш.

Режали тартибда кесарча кесиш.

20. Чанок билан келишда режали кесарча кесишга кўрсатмалар:

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.

Етук ҳомиладорликда туғрук йўллариининг тайёр эмаслиги.

Жинсий аъзоларнинг ривожланиш аномалиялари.

Анатомик тор чанок.

Чанок билан келишнинг операцияга кўрсатмалар билан биргаликда келиши (бачадондаги чандик, катта ҳомила, анамнезида бепуштлиқ).

21. Чанок билан келувчи туғрукда қўлланиладиган акушерлик усуллариининг турлари:

Соф думба билан келишда Цовьянов усулида қўл билан ёрдам кўрса-тиш.

Оёқ билан келишда Цовьянов усули бўйича қўл билан ёрдам кўрса-тиш.

Чанок билан келишида классик қўл билан ёрдам бериш.

Ҳомилани човидан ушлаб туғдириш.

Ҳомилани оёғидан ушлаб туғдириш..

22. Чанок билан келишида туғрук биомеханизми?

1 - лаҳза: думбаниннг ички айланиши.

2 - лаҳза: ҳомила умуртқа поғонаси бел қисмининг эгилиши.

3 - лаҳза: елкаларнинг ички айланиши ва тананиннг ташқи айланиши.

4 - лаҳза: умуртқа поғонасининг бўйин - кўкрак қисмининг ёнга эги-лиши.

5 - лаҳза: бошнинг ички айланиши.

6 - лаҳза: бошнинг эгилиши, яъни букилиши.

23. Чанок билан келишда ҳомиладорликни олиб бориш.

29-30 ҳафталик ҳомиладорликда гимнастика машқлари бажаришни буюриш.

37-38 ҳафталик ҳомиладорликда туғрукхонага ётқизиш.

XII БОБ

ТУҒРУҚНИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ОМИЛЛАРИ

Психопрофилактик усул. Бу усулда аёлларни туғрукка тайёрлаш мақсадида асосан марказий нерв системаси фаолиятига таъсир қилинади ва бу билан туғрукда рўй бериш эҳтимоли бўлган асоратларнинг олди оли-нади.

Туғиш жараёнида бачадонда ва жинсий аъзоларнинг бошқа қисмла-ридаги нерв охирилари, толалари ва чигаллари таъсирланади. Бу бачадон

танасининг қисқариши, пастки сегментининг кенгайиши ва бачадон бўйнининг очилиши натижасида рўй беради.

Туғруқ йўлларида сурилаётган ҳомиланинг олдинда келувчи (боши, думбаси, оёғи) қисмлари ҳам оғрикка сабаб бўлади, чунки олдинда келувчи қисм бачадон бўйнининг ён деворларига жойлашган нерв чигалларини босади. Бундан ташқари, бачадон бойламлари ва сероз қаватининг таранглашиб тортилиши, қон томирларнинг сиқилиши натижасида ҳам оғрик пайдо бўлиши мумкин.

Туғишнинг иккинчи даврида ҳомила боши чаноқ тубига тушганда чот ва ташқи жинсий аъзолардаги нерв толаларининг таъсирланиши ҳам оғрикка сабаб бўлади.

Оғрик бачадондан марказий нерв системасига ўтади. Бунда оғрик тана юзасига - қориннинг пастки қисмига, бел ва думғазага, чотга, соннинг юқори қисмига тарқалади.

Агар аёллар туғишда оғрик бўлиши шарт деб ўйласалар ва бундан кўрсалар, улар оғрикни кучлироқ сезадилар.

Бундан ташқари, туғайтган аёллар туғруқнинг қандай ўтиши, боланинг ҳаётини ўйлаб, ҳавфсираб юрадилар, натижада бундай аёлларда ҳам оғрик кучлироқ сезилади. Чунки бунда мия пўстлоғи фаолияти сусаяди, бош мия нерв системаси билан пастда жойлашган қисмларининг мувозанати бузилади.

Бачадондаги нерв элементлари ва жинсий аъзолардаги бошқа нерв толалари туғруқда албатта таъсирланади. Аммо аёлларда оғрикни сезиш даражаси ҳар хил бўлиб, бу нерв системасининг функционал ҳолатига боғлиқ бўлади.

Клиник текширишлар шуни кўрсатадики, баъзи аёллар туғруқда унчалик оғрик сезмайдилар. Кўп аёллар озгина оғрикни сезсалар ҳам бунга чидайдилар, кўркмайдилар, шифокор ва акушерка маслаҳатларига амал қиладилар. Бундай аёллар нерв системаси тури кучли бўлиб, улар анча оғир-вазмин бўладилар, шунга кўра улар оғрикни камроқ сезадилар. Агар аёлнинг нерв системаси турғун бўлмаса, у акушерка ва шифокор маслаҳатларига қулоқ солмайди, туғруқ жараёнини бошқаришга ҳалакит беради.

Психопрофилактика йўли билан туғруққа тайёрлашдан мақсад туғруқда оғрик бўлиши керак деган фикрни йўқотиш, туғиш физиологик жараён эканини, унинг оғриқсиз ўтиши мумкинлигини, оғрик бўлиши шарт эмаслигини аёлга англатишдир.

Психопрофилактика усули ёрдамида бош мия пўстлоғига таъсир қилиш билан оғрикнинг анча енгиллашишига ёки бутунлай йўқотилишига эришилади. Шунда аёллар туғруқда ўзларини тинчроқ тутадилар ва жараённинг фаол ўтишига ёрдамлашадилар.

Психопрофилактика усулида аёллар туғиш физиологиясининг хусусиятлари, туғруқнинг клиник кечиши ҳамда туғишнинг турли давларида дард тутиши, туғруқнинг одатда оғриқсиз ўтиши, бунда аёлга ўзини тўғри тутиши кераклиги тушунтирилади.

Туғрукка психопрофилактика йўли билан тайёрлаш омиллари ҳомиладорликнинг бошланишидан, айниқса туғрукдан 4 ҳафта олдин ва туғиш жараёнида олиб борилади.

Ҳомиладорлик даврида аёлдан сўраб-суриштириб умумий акушерлик текшируви ўтказилади. Аёл дард тутишидан, туғишдан кўрқадими ёки йўқми, шуларни аниқлаб, у ҳар сафар шифокорга келганда оғриқсиз туғиш мумкинлигини тушунтирилади.

Ҳомиладорликнинг 35-36 ҳафтасида аёллар билан махсус машғулоти ўтказиб, туғрукнинг кечиши, оғриқсизлантириш усуллари билан ҳар томонлама таништирилади (машғулотлар 4-5 ҳафта мобайнида 5 марта ўтказилади).

Психопрофилактика машғулоти учун оилавий поликлиникада айрим хоналар ажратилган. Хонада кушетка, расмлар ва муляжлар бўлиши керак.

1-машғулоти. Ҳомиладорга жинсий аъзоларнинг анатомик тузилиши ва ҳомиладорлик даврида юз берадиган ўзгаришлар таништирилади, туғишнинг нормал физиологик ҳолат экани батафсил тушунтирилади. Бунда туғрук 3 даврдан иборат бўлиб, ҳар бир даврнинг ўзига хос хусусиятлари борлигини, туғрук дардининг давом этиши, жинсий аъзоларда юз берадиган ўзгаришлар, бачадон бўйнининг очилиши, қоғанок ва қоғанок сувининг аҳамияти тушунтирилади. Бундан ташқари, туғиш аёлдан анча-мунча куч талаб қилади. Шунга кўра аёл туғрук жараёнида кучини сақлашни, уни қайси пайтда сарфлаши кераклигини билиши зарур. Айниқса туғрукнинг 2-даврида (ҳои́ла туғилишида) куч кўпроқ сарфланиши ўқтирилади. Аёл вақтида овқатланиши, туғишда тинч ётишга ҳаракат қилиши, шифокор ва акушерка кўрсатмаларини бажариши кераклиги айтилади.

2-машғулоти. Бу машғулотда аёлга олдинги машғулоти эслатилади, тана оғирлигини камайтириш учун махсус жисмоний машқлардан фойдаланиш кераклигини, туғрук дарди бошланиши билан ўзини қандай тутиши лозимлигини тушунтириш керак.

Психопрофилактика машғулоти қуйидагича олиб борилади: аёл тинч ётади. Дард тутганда чуқур ва ритмик равишда нафас олади. Нафас олиш ва чиқаришда ҳар иккала қўл бармоқ учларини қов устидан қорин деворининг ўрта чизигидан ташқарига ва юқорига суради.

Аёл дард тутганда икки қўлини кафт билан қов суяги устидан, қорин ўрта чизиги бўйича қорин пастини ташқарига ва юқорига силайди ва чуқур нафас олиб, чиқаришда давом этади.

Думғаза ва бел соҳасини ҳам силайди ҳамда ёнбош суяк тароқчасининг иккала юзасини ҳар иккала юқори олд томондан ва думғаза ромбининг ташқи бурчагидан босиб сикади.

3-машғулоти. Ҳомиладор ўтган машғулотларни такрорлайди. Туғрукнинг I-II даври қандай бўлиши ва аёл туғаётганда нималарни сезиши ҳақида гапирилади. Бу даврда дард тутиш хусусияти ва давом этиши тушунтирилади.

Тўртинчи ва бешинчи машғулотларда ҳомиладор билан олдинги машғулотлар такрорланади ва уларнинг юқорида кўрсатилган амалларга қандай тушунганликлари текширилади.

Шундай психопрофилактика усуллари билан тайёргарлик кўрган ҳомиладор аёл осон туғади ва унчалик оғрик сезмайди. Психопрофилактика усулини аёлга айниқса тўлқоқ тутишнинг I даврида қўллаш лозим.

Ҳозирги замонда туғруқни оғриқсизлантиришда партнер (шерик), асосан эрининг роли катта. Партнер ҳамдард бўлиб, аёлни ширин сўзлар билан силаб туради, ўз иштироки билан туғадиган аёлни анча тинчлантиради, туғруқнинг яхши тугашига ишонтиради.

Булардан ташқари, туғруқхонада аёллар дори-дармонлар ёрдамида оғриқсизлантириб, туғдирилади. Бачадон бўйни очилиш даврида туғруқ учун спазмолитиклар (папаверин, ношпа ва х.к.) ишлатилади.

Туғруқни оғриқсизлантириш учун ҳозирги пайтда перидурал анестезия усули кенг қўлланади.

ХIII БОБ

ЧИЛЛА ДАВРИ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Максад: Талабаларни чилла даври физиологияси, янги туғилган соғлом чақалоқлар парвариши, жинсий аъзолар ва бошқа аъзоларнинг тикланиш жараёни физиологияси билан таништириш, она ва боланинг бирга бўлиши, кўкрак билан эмизишнинг ролини кўрсатиш.

Режа:

1. Туғруқдан кейинги давр физиологияси
2. Чилла даврини олиб бориш
3. Янги туғилган соғлом чақалоқларни баҳолаш ва парваришлаш
4. Туккан аёлларни амбулатор олиб бориш мезонлари
6. Келиб чиқиш эҳтимоли бўлган асоратлар, уларнинг диагностикаси
7. Кўкрак билан озиқлантириш тамойиллари, қарши кўрсатмалар
8. Кўкрак билан эмизишнинг ролини кўрсатиш.

Туғруқдан кейинги давр – бу бола туғилгандан кейинги, тана аъзоларининг бошланғич ҳолатига қайтиши ва сут ажралишининг бошланиши давридир. Чилла даври 6-8 ҳафта давом этади. Туккан аёл чилла даврининг дастлабки кунларида парваришга мухтож бўлади, шу сабабли у туғруқхонада шифокор ва акушерка назоратида бўлиши лозим.

Чилла даврининг дастлабки соатларида аёлни синчиклаб кузатиб туриш керак. Чунки бу даврда бачадон мускуллари бўшашиб, унинг қисқариш хусусияти сусаяди (гипотония) ва қон кетиб қолиши мумкин. Шунга кўра, аёлни кузатаётган шифокор бачадоннинг қисқариши ва жинсий аъзоларидан келаётган қон микдорини, аёлнинг томир уриши ва қон босимини текшириб туриши лозим.

Чилла даврида жинсий аъзоларининг аслига келиши (инволюцияси) қандай ўтиши ҳақида тўхталиб ўтамыз.

Бачадон мускуллари чилла даврида нормал қисқарса, мускуллар қисқа муддатда каттиклашиб, бачадон деворининг қалинлиги 1,5-2,5 см бўлиб қолади. Бачадондаги қон томирлар мускуллар қисқариши натижасида сиқилиб, деформацияга учрайди.

Чилла даврининг дастлабки уч кунда бачадондан бир оз қон келиб туради (*lochia rubra*). Келадиган қонда туғруқ ажралмалари бўлади. Ажраладиган лохияларда бачадондаги ярали юза (плацента ўрни), децидуал қават парчалари ҳам учрайди. Плацента жойлашган юзадаги қон томирларда майда тромблар кўринади. Бачадон бўйни олди ва бачадон бўйни мускуллари бўшашганидан, цервикал каналига осонликча бармоқни киритиш мумкин. Қон деворлари ҳам кенгайган, бурмалари текисланган бўлади. Ташқи жинсий ёрик очилиб туради. Бачадон мускулларидаги ортикча тўқималари тез орада йўқолади.

Агар чилла даврининг бошида бачадон оғирлиги 1000-1200 грамм бўлса, биринчи ҳафта охирида – 500-600 г, иккинчи ҳафтада – 350 г, учинчи ҳафтада – 200 г, 6-7 ҳафтадан кейин 50-70 грамм бўлиб қолади. Мускул хужайралари, қон томирлардаги нерв тузилмаси ва қўшимча тўқималар аста-секин йўқолади ёки бириктирувчи тўқимага айланади. Бачадоннинг асли ҳолига қайтиши нейро-гуморал системанинг таъсирига боғлиқ.

Тўққан аёл ҳар куни мунтазам кузатиб борилади, бачадон узунлиги сантиметр тасмаси билан қов суюгининг юқори четидан бачадон тубигича ўлчанади, у одатда бир кунда 1-1,5 см га қисқариши керак. Чилла даврида бачадон ўзининг қисқариш хусусиятини йўқотмайди, натижада у аста-секин кичиклаша боради. Бачадоннинг қисқариши чақалоқни эмизаётган вақтда айниқса кучли бўлади. Қисқаришнинг сусайиши бачадон субинволюцияси деб аталади.

Чилла даврининг дастлабки кунларида децидуал парда парчалари, қон лахталари протеолизга учрайди.

Бачадондаги ярали юзалардан яра суюқлиги ажралади ва лохия деб аталади, у 2-3-кунлари қон кўринишида (*lochia rubra*), 4-6 кунлари қон-серозли (*lochia rubra-serosa*) ва 7-9-кунлари серозли (*lochia serosa*). Лохиянинг кўринишига қараб бачадондаги яра юзасининг камаётгани ва цилиндрсимон эпителий билан қопланаётганини аниқлаш мумкин. Бачадон деворининг йўлдош ёпишмаган қисмлари чилла даврининг 11-14-куни, йўлдош ёпишган қисми 3 ҳафтанинг охирида эпителий билан қопланади. Чилла даврининг 7-9-кунларида қон, бачадон бўйни ва чотдаги яралар битида. Туғруқдан 1 сутка ўтгач, бачадон бўйнига 3-4 бармоқни киритса бўлади, бачадон бўйни бўшашади, 3-4-кунлар охирига келиб ўз шаклига қиради, аммо вақтинча етарлича очик бўлади. Унинг ички тешиги фақат чилла даврининг 10-12-кунида, ташқи тешиги эса анча кечроқ бекилади. Агар бачадон бўйни йиртилган бўлса, бўйнининг ташқи тешиги очик қолиб, бутун умрга сурункали яллиғланиш учун қулай шароитга айланган жой бўлиб қолади. 12-14 кунларнинг охирида бачадон туби кичик чанокнинг терминал чизигидан юқорида бўлмайди. Бу пайтга келиб, чанок тубининг

мускуллари ўзининг қисқариш хусусиятини тиклаб олади.

Чилла даврида аёлнинг қон босими, томир уриши, ҳароратини кузатиш катта аҳамиятга эга. Баъзи аёлларда туғруkning биринчи соатларида ҳарорат бир оз кўтарилиши мумкин. Бу туғруқ вақтида мускулларнинг зўриқишига боғлиқ бўлади. Ҳароратнинг кўтарилиши лоҳиянинг ажралмаётгани ёки кам ажралиши натижасида бачадонда йиғилиб қолишдан бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадонни қисқартирувчи дориларни юбориш, кин оркали кўрилганда бачадон бўйни канали берк бўлса ёки сиқилиб қолган бўлса, уни асбоблар билан кенгайтириш зарур бўлади. Шунда бачадон ичи ажралма қолдиқлари оқиб тушади.

Чилла даврида кўпчилик аёллар ваготоник бўладилар, яъни уларда томир уриши секинлашган, унинг тезлиги бир минутда 60 марта уриб, тўлалиги қониқарли бўлади. Агар томир уриши минутига 85-90 дан ошса, бу аёлда дастлабки патологик қон кетиш, инфекция жараёни бошлангани ёки тиреотоксикоз борлигидан далолат бериши мумкин. Брадикардия бўлса, бу чилла даврининг нормал кечаётганини кўрсатади.

Кўпчилик аёлларда қон босими бир оз пасайганлигини кузатиш мумкин. Чилла даврида бошқа аъзо ва системаларда ҳам ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда сийдик ажралиши анча издан чиққан бўлади. Аёлларда сийиш истаги бўлмайди ёки бўлса-да, улар ётган ҳолда сия олмайдилар. Сийдикка тўлиб кетган қовуқ бачадон ҳолатини ўзгартириб, уни юқорига кўтаради, натижада унинг аслига қайтиши сусаяди ёки тўхтади. Чилла даврининг дастлабки кунларида сийдик тутилиб қолишига сийдик чиқариш канали ёки унинг баъзи соҳаларининг шилиниши ёки жароҳатланиши сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолат одатда 2-3 кунда ўтиб кетади. Аммо сийдик тутилиб қолса, аёлни мустақил сийдириш чораларини кўриш лозим. Агар бу ҳам ёрдам бермаса, катетер ёрдамида асептика, антисептика қондаларига риоя қилган ҳолда сийдик чиқарилади. Чилла даврининг 2-3 ҳафталарига келиб сийдик йўли фаолияти аслига қайтади.

Чилла даврида ичаклар фаолияти ҳам сустлашган бўлади. Шу сабабли кўпинча аёлларда қабзият кузатилади. Бунда аёлга ҳўқна қилиб ичаги бўшатилди. Чилла даврида қорин бўшлиғининг олдинги девори аста-секин тонусини тиклай олади.

Чилла даврида сут безлари фаолияти бошланади. Ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталаридаёқ гипофиз ва жинсий без гормонлари таъсирида сут безларида без эпителийлари кўная боради. Без бўлаклари анча қаттиқлашади ва буни аниқлаш осон бўлади. Безларни сиққанда лойқарок оқ суюқлик ажралади. Аммо сут безининг ҳақиқий секретини-сут, йўлдош жинсий гормонларининг ва гипофизнинг пролактин ажратиш тугаганидан кейингини ажрала бошлайди.

Чилла даврининг дастлабки кунларида сут безидан ажраладиган суюқлик оғиз сути дейилади. Оғиз сути иммуноглобулинларга, оксилга, А витаминига бой ва ўсиш омилларига эга. Чилла даврининг 4-5-кунидан 15-18-кунигача сут бези оралик сутини, ундан кейин ҳақиқий, таркиби турғун

сутни ажрата бошлайди.

Сут безларидаги секрет чиқарадиган хужайралар сутни сут йўллариغا чиқаради. Сут йўллари гўё дарахт шоҳига ўхшаб кетади, улардан чиққан сутнинг ҳаммаси бир йўлга қуйилади. Ҳар бир без бўлагининг ўзига хос хусусияти бўлиб, улардан ажралган сут кўкрак беzi тугмачасидаги тешиклар орқали чиқарилади. Кўкрак беzi тугмачаси мускул ва қўшимча тўқимадан ташкил топган ҳалқача билан ўралган, бу кишиш хусусиятига эга, шунга кўра сут ўз-ўзидан оқиб кетмайди.

Баъзи аёлларда сут йиғилиш вақтида бир оз ҳарорат кўтарилиши мумкин. Иситма чиқиши қисқа муддат давом этиб, 37-37,8 градусдан юқори кўтарилмайди. Агар ҳарорат бундан юқори бўлса, унда инфекцион жараён бошланганидан далолат беради.

Сут безлари фаолиятининг нормал бўлиши, яъни кўкрак беzi тугмачаларининг эмишга тайёрилиги чақалоқнинг ривожланишида катта аҳамиятга эга. Агар кўкрак беzi тугмачаси калта ёки ясси бўлса, бола кўкракни яхши сўра олмайди, натижада кўкрак учи ёрилади. Бунинг олдини олиш учун кўкрак учини ҳомиладорлик давриданок эмишга тайёрлаш лозим. Бунинг учун ҳар куни қўлни яхшилаб ювиб, бармоқ учлари билан без тугмачалари бир неча марта тортиб турилади.

Биз юқорида чилла даврида аёлнинг жинсий аъзоларини асептика қоидаларига риоя қилиб парвариш қилиш лозимлигини айтиб ўтган эдик. Агар аёлнинг чоти, кини, ташқи жинсий аъзолари жароҳатланган бўлса, бачадондан ажралган лохия уларни ифлослантиради, натижада у ерда микробларнинг ривожланиши учун қулай шароит яратилади. Агар инфекция кинга, ундан бачадон ва бошқа ички жинсий аъзоларга ўтса, патологик ҳолат вужудга келиши мумкин.

Бунинг олдини олиш учун ташқи жинсий аъзолар кунига 2-3 марта ювиб турилиши лозим. Агар чот оралари тикилган бўлса, унинг атрофини тозалаб ювиб, чокни спирт билан артиш зарур, бу муолажани аёл ҳар гал сийганидан сўнг бажариши лозим. Ташқи жинсий аъзоларни олдиндан орқага қараб ювиш керак, акс ҳолда инфекция тўғри ичакдан жинсий аъзоларга ўтиши мумкин.

Аёлга шифохонадан уйига жавоб беришдан олдин чақалоқ ва эмизикли аёл учун хавфсиз бўлган ҳомиладорликдан сақловчи воситалардан бирини тавсия этиш лозим. Шундай воситалардан бири бўлиб, маҳаллий қўлланиладиган Фарматекс (Франциядаги) ҳисобланади ва тезкор контрацептивлардан эскапел 1 таблеткани жинсий алоқадан кейин 72 соат ичида ичиш лозим.

Чилла даврининг дастлабки кунлари она учун тўғри кун тартиби ўрнатиш, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш, унга чақалоқни парвариш қилиш усуллариини ўргатиш зарур бўлади. Туғруқхоналарда оналар мактаби ташкил қилиниб, педиатрлар ва акушер-гинекологлар улар билан 3-4 маротаба машғулот ўтказишлари зарур. Чақалоқ ва аёлни участка шифокори кузатиб туради.

Масалалар.

1. А. исмли туккан аёл, чилла даврининг иккинчи куни умумий аҳволи яхши бўлиб, харорати 36,6 градус, томир уриши минутага 68 та. Ички аъзоларида ўзгаришлар йўқ. Кўкрак безлари сал катталашган, учлари яхши, қизармаган. Бачадон яхши қисқарган. Бачадон тубининг юқориги нуқтаси киндик атрофида бўлиб, пайпаслаганда оғримайди. Лохия қон аралаш қизил рангда оз миқдорда, сийиши яхши. Ичи ўтгани йўқ (ёзилмаган).

1. Диагноз

2. Чилла даврида бачадон оғирлигининг ўзгариши.

3. Чилла даврининг биринчи кунлари кўкрак безлари нима ишлаб чиқаради, оғиз сутининг таркибини айтиб беринг.

2. С. исмли туккан аёл, чилла даврининг бешинчи куни умумий аҳволи яхши бўлиб, харорати 36,8 градус, томир уриши минутага 64 та. Ички аъзоларида ўзгаришлар йўқ. Кўкрак безлари сал катталашиб, қаттиқлашган, учлари яхши, қизармаган. Бачадон яхши қисқарган. Бачадон тубининг юқори нуқтаси киндик билан қов ўртасида бўлиб, пайпаслаганда оғримайди. Лохия оз миқдорда бўлиб, қон аралаш сарғиш тусда, сийиши яхши. Кунига бир марта ёзилади.

1. Диагноз

2. Чилла даврида лохия хусусиятларининг ўзгариши.

3. Чилла даврининг 5 кунларида кўкрак безлари нима ишлаб чиқаради.

Ўргатувчи тестлар.

1. Илк чилла даврида шифокор эътиборини қаратиши лозим бўлган 6 та асосий кўрсаткични кўрсатинг.

Туккан аёлнинг умумий аҳволи.

Тери ва қўринадиган шиллиқ қаватларнинг рангги.

Пульс.

Жинсий йўллاردан ажралаётган ажралмалар характери.

АБ (қон босими кўрсаткичлари).

Бачадоннинг ҳолати.

2. Бачадон субинволюциясида нима буюрилади?

Окситоцин.

Питуитрин.

Метилэргометрин.

3. Бачадон инволюциясининг тезлиги нимага боғлиқ?

Ҳомила вазнига.

Аёлда туғруқ сонига.

Туғруқ кечишига.

Кўкрак билан эмизишга боғлиқ.

4. Илк чилла даврида шифокор қандай 5 та асосий ҳолатга аҳамият бериши керак?

Аёлнинг умумий аҳволи.

Тери ва шиллик қаватлар рангги.

Томир уриши.

Қ/Б.

Бачадоннинг аҳволи.

5. Чилла даврини бошқаришнинг асосий вазифалари.

Туққан аёл ва болада йирингли септик касалликларнинг олдини олиш.

6. Лактация жараёнини асосан қайси гормонлар бошқаради?

Окситоцин.

Пролактин.

Прогестерон.

7. Туққандан кейинги бачадоннинг параметрларини кўрсатинг.

Бачадон туби қовдан 15-16 см баландликда туради.

Бачадон деворининг қалинлиги бачадон тубида – 4-5 см, бачадон бўйнида 0,5 см га тенг.

Бачадоннинг кўндаланг ўлчами 12-13 см ни ташкил қилади.

Бачадон бўшлиғининг узунлиги ташки ёриқдан бачадон тубигача 15 – 18 см.

Бачадон вазни 1000 г га тенг.

8. Чилла даврининг биринчи ҳафталари ва охирида нормал бачадон инволюциясини кўрсатинг.

1 – ҳафта охирига келиб бачадон вазни 500 г га тенг бўлади.

2 – ҳафта охирида – 350 г.

3 – ҳафта охирида – 250 г .

Чилла даврининг охирида – 50г.

9. Чилла даврида бачадон инволюциясига нималар хос?

10 – суткаларда ички бўғиз ёпилади.

Бачадон бўғзи ёриқсимон шаклни эгаллайди.

Бачадон бўйининг охиригача шаклланиши 13 - ҳафтанинг охирида содир бўлади.

Бачадон ички сатҳининг эпителийланиши 10 - сутка охирида тугалланади, йўлдош ёпишган майдон бундан мустасно.

Йўлдош ёпишган майдоннинг битиши 3 - ҳафтанинг охирида тугайди.

10. Чилла даврида лохиялар хусусияти ўзгаришини кўрсатинг.

Туғруқдан кейин 2-3 сутка ичида лохиялар қонли.

3 дан 9 кунгача сарғимтир, сероз-сарғимтир лохиялар.

10-кундан лохиялар серозли.

5-6 ҳафтада лохиялар оқиб хусусиятга эга бўлади.

11. Чилла даврида сут безларида қандай ўзгаришлар содир бўлади?

Маммогенез – сут безларининг ривожланиши.

Лактогенез – сут ажралиши.

Галактогенез – сут ажралишининг ушлаб турилиши.

Галактокинез – бездан сутнинг чиқарилиши.

12. Сутнинг ҳужайра таркибини кўрсатинг?

Моноцитлар – 70-80%.

Нейтрофил лейкоцитлар – 15-20%.

Лимфоцитлар – 10%.

13. Оғиз сути нима ва унинг таркиби?

Оғиз сути нима - бу туққандан кейинги 2-3 кун ичида сут безларидан ажралувчи секрет.

Оғиз сути сарғимтир рангга эга.

Оғиз сути таркибида оғиз сути таначалари лейкоцитлар, сут шарчалари бор.

14. Чилла даврида туққан аёл ҳолатини белгиловчи 6 та асосий кўрсаткичларни кўрсатинг.

Тана ҳарорати.

Гемодинамика ҳолати.

Бачадон инволюцияси динамикаси.

Лохиялар хусусияти.

Сут безларининг ҳолати.

Сийдик пуфаги ва ичаклар фаолияти.

15. Туғруқдан кейинги бўлимга қўйиладиган 6 та асосий санитария таълаблари.

Ҳар бир туққан аёлга камида 8 кв.м. майдон.

Ҳар бир янги туғилган болага камида 2 кв.м. майдон.

Ички кийим ва ўрин- кўрпаларни 1 кунда 1 марта алмаштириш.

Палаталарни кунига 3 марта 20 минутдан кварцлаш.

Кунига камида 2 марта ташқи жинсий аъзолар туалети.

Ҳарорат тартиби – этилиб туғилган болалар палаталарида 20 градус, чала туғилганларда – 22 градус.

16. Туғруқдан кейинги бўлимда қандай 5 та асосий санитария - оқартув ишлари олиб борилади?

Шахсий гигиена қоидалари тўғрисида суҳбат.

Оналар мактаби.

Сан. бюллетенлар, деворий газеталар чиқариш.

Санитария – оқартув адабиётлари билан таъминлаш.

Оилани режалаштириш ва контрацепциялар ҳақида суҳбатлар ва маърузалар.

17. Сорлом туққан аёл туғруқхонадан қайси суткаларида чиқарилади?

Туғруқдан кейин 4-5 суткасида.

18. Илк ва кечки чилла давларининг давомийлиги қандай?

Илк чилла даври туққандан кейин 2 соат давом этади.

Кечки чилла даври 6-8 ҳафта давом этади.

19. Туққандан кейин йирингли – септик касалликларнинг олдини олишнинг асосий тамойиллари.

Ҳомиладорлик ва туғруқни рационал бошқариш.

Бактериал вагиноз, кандидоз, хламидиоз ва бошқа инфекцияларни ўз вақтида даволаш.

Ҳомиладорларнинг иммун статусини ошириш: рационал мувозанат-

лашган овқат, кун тартиби, витаминизация, экстрагенитал касалликларни даволаш.

Бир марта ишлатиладиган, шприцлар асбоблар ва парвариш буюмларидан фойдаланиш.

Акушерлик стационарларида санитария-эпидемиологик тартибга риоя қилиш.

XIV БОБ ПЕРИНАТОЛОГИЯ

Мақсад:

Талабаларга фетоплацентар система тушунчасининг таҳлили, фетоплацентар система вазифалари, фетоплацентар система етишмовчилиги диагностикаси, фетоплацентар етишмовчилигини даволаш ва профилактикаси тўғрисида тушунча бериш.

Режа:

1. Перинаталогия фани.
2. Фетоплацентар система тушунчасининг таҳлили.
3. Фетоплацентар система вазифалари.
4. Фетоплацентар система етишмовчилиги диагностикаси.
5. Фетоплацентар система етишмовчилигини даволаш ва олдини олиш.
6. Чақалоқлар физиологиясининг асослари.
7. Чақалоқни парвариш қилиш.

14.1. ПЕРИНАТОЛОГИЯ ФАНИ

Перинаталогия - ҳомиланинг ривожланиши ҳақидаги фандир. Ҳомила ташқи ва ички муҳитларнинг таъсири, унинг ички ривожланишининг бузилиши натижасида туғилган чақалоқлар касалланади. Онанинг плацентар кон ўтказиши ва ҳомиланинг функционал алоқадорлиги ва боғлиқлигидир. Фетоплацентар тизим деган термин кенг тарқалган, агар тўғрироқ айтилса, бу она-плацента-ҳомила тизимидир.

Ҳомиланинг ички ривожланиш босқичлари:

1. Имплантация олди ривожланиши-ҳомиладор бўлишнинг 7-8-кунларига тўғри келади, бу кунлар ҳомиладор бўлиш вақтидан бошлаб, яъни бластоцистларнинг бачадон децидуал қобирига кириши билан бошланади.

2. Имплантация (7-8-кунлар);

3. Органогенез ва плацентация-ҳомиланинг бачадон ичидаги 3-4 ойдаги ҳаёти давомида тугалланади.

4. Ҳомила ёки ўсишнинг фетал даври (бу давр ҳомиладорликнинг 40-хафтасигача давом этади).

Перинатал давр-бачадон ичидаги ҳомила ички ривожланишининг 22-хафтасидан то чақалоқнинг 7 кунлик туғилган кунигача бўлган вақт оралиғидир.

Перинатал давр қуйидагиларга бўлинади: 1. Антенатал давр; 2. Интранатал давр; 3. Постнатал давр.

Аntenатал давр-хомиланинг ўсишига, хомиланинг ҳолати ва хомиланинг ўтиш давридаги меъёрдан ўзгаришларига таъсир қилади. Интранатал давр-хомиланинг туғилиш жараёнида нормал ҳолатдан бузилиши. Неонатал даври чақалок туғилгандан кейин биринчи 28 кунлик ҳаёти.

Перинатал даврда ўлик туғилиш ва ўлим ҳолатларини келтириб чиқарувчи патологиялар қуйидаги меъёрларда ҳосил бўлади. 1. Антенатал даврида 63%; 2. Интранатал даврда 21,2%; 3. Постнатал даврда 5,7%.

14.2. ФЕТОПЛАЦЕНТАР (ОНА-ПЛАЦЕНТА-ХОМИЛА) ТИЗИМИ

Плацента - "ингичка торт", думалок бисквит шаклида бўлиб, унинг диаметри 18-20 см, қалинлиги 2,5 см ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг охирида унинг массаси хомиланинг 15% ни ташкил қилади. У бачадон ички юзасининг 1/3 қисmini қоплайди. У 15-28 та аниқ кўзга ташланган доғлардан, улар бир-биридан алоҳида жойлашган бўлиб, ўзаро бириктирувчи тўқима билан ўралган. Ҳар бир доғлар хомила найчаларидан, ворсинкаларидан, хорионлардан, фазовий ворсинкалардан ташкил топган. Плацентанинг тўқ кизил рангги хомила Hb, плацентанинг оч рангги хомиланинг анемия бўлганлигини кўрсатади.

Плацента 3 та асосий тузилиш элементига эга: 1. Хориал мембрана; 2. Базал мембрана; 3. Улар орасидаги паренхиматоз қисм.

Плацента паренхимаси қуйидагилардан ташкил топган: 1. Хорион ворсинкаси; 2. Ўзак қисми; 3. Ворсинкалараро қисм (14.1.-расм).

Хориал мембраналарнинг ички юзалари амнион эпителий (20мм) билан қопланган. Қоплама трофобласт эпителий билан қопланган. Кейин хориал бириктирувчи тўқима бор. Базал мембранасининг ташқи юзаси ворсинкалараро бўшлиқдан ташкил топган. 1. Синцитиотрофобласт; 2. Базал децидуал қобик-улар орасидаги трофобласт хужайраси бўлган фибриноид зонаси.

Плацентанинг асосий тузилиши ва функционал бирликлари-котиледон (бўлак) ҳосил бўлиши: 1. Ворсинкали ўзак ва унинг тарқалиши; 2. Кенг асосли хориал мембранага маҳкамланган (1-даражали ўзак). 3.1 - даражали ўзакнинг 2 - даражали кўп ўзакларга бўлиниши. 4. Базал мембранагача охириги 3 - даражали 2 ўзакка етиб боради.

Трофобласт хужайралари протеолидли ферментлари ва эндометрий хужайралари, ворсинка хорионлари, худди шунингдек вена ва артерия томирлари найчаларини эритади. Артериялар орасида жойлашган вена орқали ўтувчи спирал артериядан келиб тушувчи қон ҳаракати жуда кўп лакуналар ҳосил қилади. Ҳомиланинг ривожланиши билан лакуналар децидуал қобикларга қуйилиб, ворсинкалар оралиғи ҳажмини ҳосил қилади. Ворсинкалар ҳажми хужайраларни боғловчи деворлар ҳосил қилади, у кейинчалик бу ҳажм қон оқиб тушиши учун идиш ҳосил қилади. Янги туғилган чақалокнинг 1 кг массасига ўртача S ворсин плацента 12-14 м² ёки 4-4,5 м² ни ташкил қилади. Йўлдош ворсинкасининг умумий узунлиги 50 км гача боради. Ворсинкалар оралиғи ҳажми 170 дан 260 мл гача оралиқда бўлади.

Қон айланиши она томонидан ҚБ орқали қўллаб-қувватланади ва бачадоннинг кичрайиши билан боради. Она қони бачадоннинг спирал артериясидан ворсинкалар оралиғидаги бўшлиққа 60-70 мм симоб устуни бўйича босим билан қуйилади.

Ворсинка оралиғидаги бўшлиқда босим 10-20 симоб устунига, дард қуцайганда бу босим 60-70 мм симоб устунига тенг бўлади ва бўшлиқда босим камайиб кетади. Киндик венасида босим 30-40 мм симоб устунига тенг, киндик артериясида босим икки марта кўп бўлади.

Ҳомиладорликнинг охирида онадан ҳомилага ва она-йўлдош системасидан бир соатда қон айланиши ҳисобидан 3500 мл суюқлик ва ўзаро алмашиш ҳисобига яна қанча суюқлик айланиши ҳисобга олинмаганда 3-2,5 соат ичида тўлиқ янгиланади.

Ҳомиланинг қони йўлдошга иккита киндик артериялари орқали оқади, улар киндикка жойлаштирилган. Йўлдошнинг ҳомила юзаси билан бирлашиши, йўлдош артерияси тармоқларга бўлинади, бу артерия тармоқлари йўлдошни ҳар бир бўлақларини қон билан таъминлайди. Уларнинг узлуksиз тармоқларга бўлиниши, ҳар бир ворсинка хорионининг ичига жойлашиб оқибат натижада капиллярлар бўлиб тугайди. Ҳомиланинг қони ворсинка орқали кислород олиши, юқори ҳазм бўлувчи элементларни онанинг қон айланиш системасидан елка капиллярлари орқали кенг веналарга ҳар бир йўлдош бўлақлари орқали қайтаради.

Вена бўлақлари, киндик венасини ҳосил қилади. Киндик венаси йўлдошдан киндик орқали чақалоқ танасига маҳкамланган бўлади. Қўндаланг кесимда киндик иккита қалин девор артериядан ва битта катта диаметрли ички девори ингичка венадан иборат. Киндик найлари желатин кўринишидаги сариқ жисм билан, яъни вартон лиқилдори деб аталувчи жисм билан ўралган (14.2.-расм). Чақалоқнинг қон айланиш системасидан ажралиб туради (14.3.-расм).

14.3. ФЕТОПЛАЦЕНТАР ЕТИШМОВЧИЛИК

Фетоплацентар етишмовчилик ҳозирги замонда перинаталогиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Частотаси 3-4% дан 45% гача бўлиб, перинатал касалликлар 70% ни, ўлим кўрсаткичи 24,2-177,4 %ни ташкил этади. Фетоплацентар етишмовчиликнинг асосий белгиси ҳомиланинг гипоксияси ва ривожланиши ортда қолиши билан ифодаланади. Бу ўз навбатда марказий нерв системасида ўзгаришларга олиб келади, кейинчалик эрта неонатал даврда адаптацион хусусият пасайишига олиб келади ва боланинг психомотор ва интеллектуал салоҳиятининг бузилиши билан наноён бўлади. Фетоплацентар етишмовчилик бу клиник-морфологик симптомомкомплекс бўлиб, она организмнинг турли хил ўзгаришларга бўлган ҳомила ва плацентанинг жавоб реакциясидир.

Фетоплацентар етишмовчиликнинг хавф омиллари

Паст хавф омилларига: 18-20 ёшгача, 30 ёшдан катта ва анамнезида оғир касалликлар бўлмаган аёллар киради.

Юқори хавф омилларига 18-20 ёшгача, 30 ёшдан катта ва анамнезида

экстрагенитал касалликлар, латент инфекция ўчоқлари, бачадон патологикаси, асоратли кечган ҳомиладорлик бўлган аёллар киради. Фетоплацентар етишмовчилик эрта гестацион даврда кимёвий ва физик таъсирлар натижасида ривожланиши мумкин.

Ювенил ҳомиладорлик организм функционал етишмовчилиги сабабли она, балки ҳомила учун ҳам юқори хавф туғдиради. Ёш оналар орасида гипотрофик гўдаклар туғилиши кўп учрайди. Яъни болалар вазни билан она ёши орасидаги пропорционал боғлиқлик кузатилади, 20-25 ёшларда фетоплацентар етишмовчилик камроқ учрайди, 30-35 ёшда эса ФПЕ частотаси ошиб боради, бу экстрагенитал касалликларнинг ошиб бориши билан боғлиқ. ФПЕ патогенезида асосий рол ҳомиладор аёлнинг нотўлиқ овқатланиши, оксил, витаминлар ва темир моддасининг етишмовчилиги ётади. Анамнезида ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши, антенатал ўлим ва паст вазили болалар туғилиши, ФПЕ ривожланишида муҳим ўрин тутди. Экстрагенитал касалликлари бор аёлларда ФПЕ учраш частотаси 24-25% ни ташкил этади. Темир танқислиги камқонлиги бор аёлларда ФПЕ 40,6% ни ташкил этади. Темир моддаси кам бўлганда плацентада нафас ферментлари активлиги пасаяди, ва ҳомилага микроэлементлар транспорти пасаяди.

Буйрак касаллиги ФПЕ частотасининг 9,5% ни, улардан сурункали пиелонефрит 28,4% ни ташкил этади. Пиелонефрит касаллигида ФПЕ келиб чиқиши инфекцион ва томир омили билан боғлиқ. ФПЕ ривожланишида юрак-қон томир ва эндокрин тизимнинг аҳамияти каттадир. Артериал гипертензияси бор бўлган аёлларда ФПЕ 9,4-17,9% ҳолларда, қалқонсимон без касалликларида 10,5%, углевод алмашинуви бузилиши ҳолларида 22,4% ни ташкил этади. Артериал гипертензия чап қоринчада диастолик босим пасайиши натижасида гипокинетик типдаги қон айланиш юзага келиши, бу ўз навбатида умумий периферик қаршилиқни оширади, бачадон артерияларида эса периферик резистентликнинг пасайиши кузатилмайди.

Бу ҳолат ФПЕ частотасини 2 марта оширади. Ҳомиладор аёлларда юрак-қон томир тизимининг оғир касалликлари, қон айланишининг бузилиши билан кечадиган юрак нуқсонлари, ҳомиланинг она қорни ичида ривожланишдан ортда қолиши 8 марта ошади. Эндокрин касалликлар орасида энг аҳамиятлиси қандли диабет ҳисобланади. Бунда гормонал дисбаланс билан биргаликда барча турдаги моддалар алмашувининг ва иммун статуснинг бузилиши кузатилади. Бу эса барча аъзоларда ва тўқималарда трофик бузилишлар, неврологик асоратларнинг юзага келишига сабаб бўлади. Ҳомиладорларда қандли диабет популяцион частотаси 0,2-3% ни, аммо ФПЕ бор бўлган аёлларда 2-3 марта кўпроқ учрайди. Қандли диабет касалликларида плацентани морфологик текширишларда ҳар хил турдаги қон айланишининг бузилиши, альтерация, шиш ва склеротик ўзгаришлар кузатилган.

Фетоплацентар етишмовчилик ривожланишида муҳим хавф омилларидан бири, жинсий аъзоларнинг морфофункционал ўзгаришлари ҳисобланади. Жинсий инфантилизм, жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқ-



14.4.- расм. Фето-плацентар етишмовчилик сабаблари.

муҳитдаги омиллар таъсирининг ўрни каттадир (14.4.- расм).

Чекиш, наркомания, алкоголизм ФПЕнинг тиббий-социал хавф омилларига киради. Бу омиллар она организмга ва ҳомила ривожланишига кўп томонлама салбий таъсир кўрсатади.

Ҳомила гипоксиясининг омиллари: 1. Она томонидан. 2. Плацента томонидан. 3. Ҳомила томонидан. 4. Ташқи сабаблар. Ушбу омиллар кислород ва углекислотанинг трансплацентар диффузиясига ҳалақит беради (14.5., 14.6.-расмлар).

Ангенатал хавф омиллари: Ҳомиладорлар гипертензияси, преэклампсия; қандли диабет; резус-сенсibiliзацияси; анамнезида ҳомиланинг ўлик туғилиши; онада инфекция борлиги; ҳомиладорлик II ва III триместрида қон кетиш; кўпсувлик ёки камсувлик; ҳомила ривожланишининг сустлиги; муддатидан ўтиб қолиши; кўп ҳомилалик; онанинг спиртли ичимликлар, наркотиклар, айрим дориларни истеъмол қилиши (14.7.-расм).

Интранатал хавф омиллари: муддатидан илгари, кечикиб қолган, оператив туғруқлар; ҳомиланинг нотўғри жойлашишлари; йўлдошнинг кўчиши ва олдинда ётиши; киндик тизимчасини тушиб қолиши ёки ўралиб қолиши (14.8.-расм); туғруқ фаолиятининг бузилиши; туғруқда оғриксизлантиришни қўллаш; қоранок сувларида меконий борлиги; туғруқда инфекция ривожланиши.

Диагностикаси:

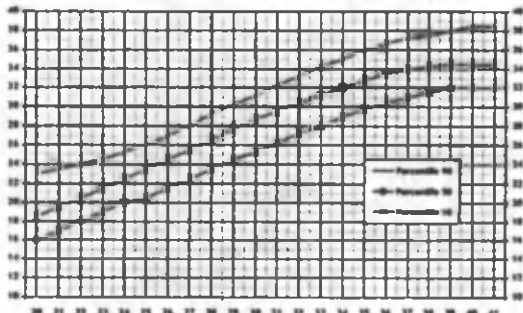
Клиник диагноз қўйишда аёлнинг анамнезига, объектив кўрикка, бачадон тубининг баландлигига, ҳомиланинг тахминий вазнига эътибор берилади (14.9.-расм).

Бачадон тубининг баландлиги нормага нисбатан 2 см ва бундан юқори, паст бўлиши, ҳомила ривожланиш муддатининг 2-3 ҳафта ортада қолаёт-

сонлари ва бачадон миомаси бор бўлган ҳомиладорларда ФПЕ частотаси кўпаяди. Эхографик текшириш натижаларига кўра бачадон миомаси бор ҳомиладорларда ФПЕ компенсатор формаси 23,8% субва декомпенсатор турлари 38,3% ҳолларда кузатилади.

Шунингдек ФПЕ ривожланишида ҳомиладор аёлга ва ҳомилага ташқи

ганлиги ва ФПЕ борлигидан далолат беради. Юрак кон томир системасини баҳолашда аускультацияга эътибор берилади. Фетоплацентар комплекснинг функционал захиралари ҳақида қоғанок сувининг ҳолати кўрсатиб бериши мумкин. Дастлабки текшириш натижалари, ФПЕ асоратлари ҳомилада мекониял аспирациянинг прогностик мезони аниқланишига – қоғанок сувининг характериға, юрак фаолияти ва нафас активлигига кўра аниқланди. Қоғанок сувининг рангги, меконийни консистенцияси, ҳомиладорлик муддати, гипоксия белгилари ва юрак фаолияти ҳолатини инobatта олган ҳолда балли система ишлаб чиқилган.



14.9.-расм. Бачадон туби баландлигини ўлчаш

12 баллда, мекониял аспирация кузатилиш эҳтимоли 50%, 15 ва бундан юқори баллда – 100% ни ташкил этади. Клиник диагностиканинг чегараланишига аёлни антропометрик кузатиш, тери ости ёр қаватининг катталиги, сув миқдори, ҳомиланинг жойлашиши сабаб бўлади. Қоғанок сувларини баҳолаш учун амалда қоғанок суви кетган бўлиши керак. Амниоскопия кам маълумот берадиган усул, амниоцентез эса инвазив усул ҳисобланади. Шу сабабли лаборатор-инструментал усулдан кенг фойдаланилади. Ҳозирги кунда лаборатор усуллардан фетоплацентар комплексни гормонал ва оксилни синтезловчи ҳусусияти ҳамда биокимёвий текширув натижасида унинг фермент активлиги аниқланади.

ФПЕ диагностикасида эхографик текшириш усули асосан ҳомила ўсинининг ортда қолаётганлик ва унинг формаларини аниқлашдан иборат (расм). Эхографияда асосий фетометрик параметрлар ўлчанади: ҳомила бошининг бипариетал ўлчамлари, қориннинг ўртача диаметри ва сон суягининг узунлигига эътибор берилади. Параметрлар ўзаро мос келмаганда кенгайтирилган фетометрия ўтказилади, бунда ҳомила боши ва қорин айланаси, уларнинг ўзаро нисбати, сон суягининг ўлчамлари ўлчанади.

Ҳомила ривожланиши ортда қолишининг симметрик формасида тана ўлчамлари пропорционал камайган бўлади. Асимметрик формаси нормал бош ва сон суягининг ўлчамида кичик қорин ўлчами, жигар ўлчамларини кичиклиги, ёр қаватининг қамлиги билан характерланади.

1-даража оғирлигида ҳомила ривожланишининг ортда қолиши 2 ҳафтагача (34,2%), 2-даражада 2-4 ҳафта оралиғида (56,6%), 3-даражада- 4 ҳафтадан ортиқ (9,2%) ортда қолиши кузатилади. Асимметрик тури симметрик турига нисбатан кўпроқ кузатилади, аммо кеч келиб чиқади. Бундан ташқари, яна аралаш тури ҳам мавжуд, бунда барча параметрлар пропорционал бўлиб, кўпроқ қорин ўлчамлари ортда қолади. Аралаш турининг

натижаси кўпроқ салбий бўлади. Ҳомила ҳолати ҳақида унинг ҳаракати ва нафас активлиги ҳам кўп маълумот беради. Мунтазам такрорланувчи нафас активлигида қоғаноқ сувида меконий аниқланиши аспирацион синдром ривожланиш хавфини туғдиради. Асосан салбий прогностик омили, узок давом этувчи «gashing» типдаги ҳаракат ҳисобланади. ФПЕ диагностикасида плацентани ва қоғаноқ сувининг ультратовуш текшируви кўп маълумот беради. Бунда плацента ўлчамининг кичиклиги ва ундаги морфофункционал ўзгариш, яъни муддатдан олдин етилиш белгиларига эътибор берилади. Эхографик жиҳатидан муддатидан олдин етилиши 32 ҳафтагача II босқичи, 36 ҳафтагача III босқичи ҳисобланади. ФПЕ учун камсувлилик ва қоғаноқ сувидаги гиперэхогенлик мекониал сувлиликка ҳос. Ҳомиланинг она қорнида ўсишининг ортда қолишида плацентанинг муддатдан олдин қариши 64% ҳолларда, камсувлилик 19,9% ҳолларда учрайди.

Ҳомила ҳолатини баҳолаш мақсадида кенг қўлланиладиган усуллардан бири кардиотокография ҳисобланади. Бу усул юрак фаолияти кўрсаткичидан ташқари, ҳомила ҳаракат активлигини ва бачадон тонусини аниқлаши мумкин. Стрессиз тест усули ҳам кенг қўлланилади, бунда ҳомила юрак фаолияти табиий шароитда баҳоланади. Ҳомила ўсиши ортда қолганда стрессиз тест ўтказилганда 12% ҳолларда тахикардия, 28% юрак ритми вариабеллигининг пасайиши, 28% вариабел децелерация, 13% кечки децелерация кузатилади. Ҳомиланинг муддатига боғлиқ ҳолда миокардиал рефлексларнинг кузатилишига эътибор берилади. Кардиотокографияни визуал интерпретация қилиш фақатгина охириги уч ойликда ўтказилиши мумкин.

Ҳозирги кунда фетоплацентар тизим қон айланишини аниқлаш мақсадида доплерометрик усул юқори маълумотли ҳисобланади (14.10.-расм).

Бу усул орқали қон ҳаракатланиш тезлиги, ва юрак циклининг ҳар хил фазасидаги қон оқиш тезликларининг ўзаро нисбати аниқланади. Шу кўрсаткичлар асосида қон айланишининг периферик қаршилиги ошганда муҳим бўлган “пульсацион” индекс, резистентлик индекси ва систолодиастолик муносабат ҳисоб қилинади. Асосан бачадон артериялари, спирал артериялардаги, киндик артерияси ва унинг терминал соҳаси ҳамда ҳомила аортасида қон айланиши текширилади. Бачадон ва киндик артериялари гемодинамикасига кўра ҳомила-плацентар, она-плацентар қон айланиши бузилишининг таснифи ишлаб чиқилган.

- IA даража – ҳомила-плацентар оқими ўзгармаган ҳолда бачадон-плацентар оқими бузилиши.

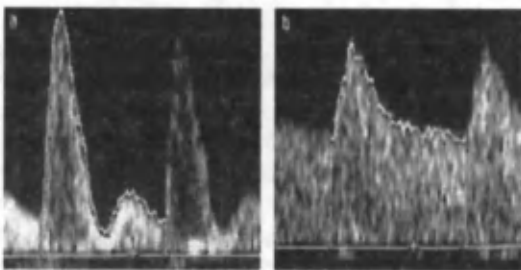
- IB даража- бачадон-плацентар оқими ўзгармаган ҳолда ҳомила-плацентар оқими бузилиши.

- II даража - бир вақтда иккала оқим бузилган, аммо критик(қалтис) босқичга етмаган.

- III даража - бачадон-плацентар оқими ўзгармаган ёки бузилган ҳол-

да ҳомила-плацентар окимининг критик даражада бузилиши.

ФПЕ патогенези ривожланишида плацентанинг васкуляризацияси, гемостази, томир тонуси ва микроциркуляциянинг ўзгариши ҳамда липид, углевод, оксил ва плацента ферментатив активлигининг ўзгариши муҳим ўрин тутати. Шунга асосланиб, ФПЕ даволаш муолажалари ўз ичига медикаментоз ва физиотерапевтик терапияни олган.



14.10.-расм. Ультратовуш текшириш усули: доплерография: а –патология; б- норма

14.4. ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИ ТЕРАПИЯСИ

Терапи асосан бачадон қон айланишини яхшилаш ва бачадон - йўлдош қон оқшини ошириш усуллари ва препаратлари билан даволашга асосланган. Даво чораларининг мақсади:

- Бачадон-плацентар ва ҳомила-плацентар оқимини яхшилаш.
- Газ алмашинувини интенсификациялаш.
- Қоннинг реологик ва коагуляцион хусусиятини коррекциялаш.
- Бачадоннинг қисқариш активлигини ва томир тонусини нормаллаштириш.
- Антиоксидант химояни кучайтириш.
- Метаболик ва алмашув жараёнларини оптималлаштириш.

Бундан ташқари, ФПЕ ни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш ҳам муҳим ўрин тутати.

ФПЕ нинг олдини олиш ва даволаш чоралари.

ФПЕ профилактикасида бачадон тонусини яхшилаш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда спазмолитик ва токолитик воситалардан фойдаланилади. Камқонлик фонида келиб чиқувчи ФПЕ компенсацияланган ва субкомпенсацияланган формаларини даволаш самарадорлиги 100% га яқин. ФПЕ ҳомиланинг инфекцияланиши билан кузатилганда антибактериал даво чораларининг таъсирчанлиги 71,4% га яқин бўлади. Шу билан бирга ҳомиладор аёлда презклампсия билан кечаётган ФПЕ ни даволаш чораларининг таъсирчанлиги фақат 28,1% га яқин. Бу она-плацента-ҳомила тизимида қон айланишининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган плацентадаги морфофункционал бузилишлар билан боғлиқ. ФПЕ ни даволашда кенг қўлланиладиган дори препаратлари антиагрегант ва антикоагулянтлар ҳисобланади. Одатда шу гуруҳдан аспирин (II уч ойликда), курантил (дипиридамол) 1 таблетка (25 мг) дан 3 маҳал 30 кун, трентал (пентоксифилин), никошпан, теоникол, гепарин қўлланилади. Ҳомила ўсишининг ортда қолишига хавф бўлганда курантил гепарин ёки аспирин билан бирга қўлланганда юқори эффе́кт беради. Антиагрегантларни қўллаш натижасида плацентар мик-

роциркуляция яхшиланади, ворсинкалараро ҳажм камаяди, ворсинкалар орасига қон қуйилиши, плацента инфарктининг олди олинади. Гепарин плацентар тўсиқдан ўта олмайди ва ҳомилага салбий таъсир кўрсатмайди.

Ҳомила гипоксиясининг олдини олиш мақсадида кокарнит 1 ампула (3 мл) дан 10 мг лидокаин билан бирга м/о 1 маҳал қунига 6 кун, кокарбоксилаза, витаминлар ва антиоксидантлардан фойдаланилади. Ҳозирги кунда ФПЕ да метаболик терапия мақсадида амбулатор ва стационар усулида актовегиндан фойдаланилади. Актовегин – бу бузук қонидан олинган юқори тозаланган гемодериват ҳисобланади. Актовегин ҳужайра ичи метаболизмига таъсир этади, кислород транспортида иштирок этади. Ҳужайрага етарлича кислород кириб келиши, азрб оксидланишнинг кучайиши ва ҳужайра энергиясининг ортишига сабаб бўлади.

Актовегиннинг иккиламчи эффекти антиишемик таъсири билан боғлиқ. Актовегин 80-200 мг ва 5% глюкоза 200 мл билан т/и юборилади. Актовегин ҳомиланинг бош миясига нейропротектив таъсир кўрсатади. Ҳомиланинг ривожланиши ортда қолганда анаболик таъсир кўрсатади. ФПЕ нинг субкомпенсацияли ва компенсациясиз турларида актовегин ва инстенонни қўшиб, яъни ноотроп, нейротоник компонентлар билан қўлланганда юқори эффект бўлади, ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан ортда қолиши 2,5 барабар камаяди. Бачадон-плацентар қон айланишини яхшилашда сигетиндан фойдаланилади. Бу синтетик препарат бўлиб, плацента ичи қон айланишини яхшилайди.

Кислороднинг плацентага ўтишида унинг ўз-ўзини таъминлаш қобилияти ҳам муҳим. Кислород қон томирлардан плацентага оддий диффузия йўли билан ўтади. Она қонида кислороднинг парциал босими юқори бўлса, плацентар мембранада кислород градиенти ортади. Шу сабабли ФПЕ да оксигенотерапидан фойдаланилади. Таркибида 50% гача кислород бўлган газлар аралашмасидан 30-60 градусли ингальция ўтказилади. ФПЕ да экстрагенитал патология ва ҳомиладорлик асоратли кечганда инфузион терапия ўтказилади. Инфузион терапияда глюкоза-новокаинли аралашма ўз хусусиятини йўқотган.

Туғруқни ҳал қилиш ФПЕ нинг даражасига, ҳомила ривожланишининг ортда қолиш формасига ҳамда гипоксиясига қараб танланади. Даволаниш эффектли бўлганда КТГ кўрсаткичлари яхшиланганда туғруқ табиий йўл билан олиб борилади. Туғруқдан 14-21 кун олдин аёл стационарга госпитализация қилинади. Туғруқ босқичма-босқич секинлик билан оғриқсизлантириб олиб борилади. Сурункали ҳомила гипоксиясида эпидурал анестезия қилиш туғруқ фаолиятига ижобий таъсир кўрсатади, яъни кислота-ишқор баланси яхшиланади, липидларнинг эркин радикалли пероксидли оксидланиши камаяди, аммо ҳомиланинг юрак уриш сони ортади.

Кесар кесишга кўрсатма бўлиб даволанишдан (10-14) эффект бўлмаслиги, доплер маълумотларига кўра қон оқимининг критик ҳолатга келиб қолганлиги ҳисобланади. Шунингдек, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, туғруқ фаолияти сустлигида ҳам кесар кесиш ўтказилади. Туғруқ усулини

ҳал кишида клиник ва лаборатор, инструментал текшириш натижалари-га қаралади. ФПЕ да тез ва эҳтиёткорона замонавий кам жароҳатлайди-ган усул кесар кесиш операцияси ҳисобланади. Кесар кесишда ва туғруқда эпидурал анестезиядан фойдаланиш бачадон-плацентар системасининг томир қаршилиги камайишига олиб келади ва плацентада перфузион бо-симни оширади.

14.5. ЧАКАЛОҚЛАР ФИЗИОЛОГИЯСИНИНГ АСОСЛАРИ ВА ТРАНЗИТОР ҲОЛАТЛАРИ

Чакалоқ ҳомиладорликнинг 37-42 ҳафтасида туғилса, муддатида туғил-ган, 42 ҳафтадан ўтиб туғилса, муддатидан ўтган, 22-36 ҳафтасида туғил-са, муддатдан олдин туғилиш дейилади.

Муддатида туғилган чакалоқларнинг оғирлиги ўғил болаларда 3600 г, кизларда - 3500 г, бўйи 51 см бўлади.

Муддатидан олдин туғилган чакалоқларнинг оғирлиги 2500 г, бўйи эса 46 см дан кам бўлади.

Янги туғилган чакалоқларнинг боши нисбатан катта, тана узунлиги-нинг қисмини ташкил қилади, бош айланаси 32-34 см, кўкрак кафаси ай-ланасидан 1-2 см катта бўлади. Тери пушти, духобасимон. Сўлак безлари яхши ривожланган, тер безлари камрок, терининг химоя функцияси етар-лича ривожланмаган, шунинг учун чакалоқнинг 1-ҳафтасида тери инфек-ция дарвозаси бўлиб ҳисобланади.

Мускул системаси. Кучсизрок ривожланган. Катталарда мускул мас-саси умумий тана вазнининг 42% ни ташкил этади, чакалоқларда эса бу кўрсаткич 23% ни ташкил этади. Чакалоқ туғилгандан кейин давомли бўл-маган умумий мускул гипотонияси, кейинчалик тезда гипертония билан алмашинади.

Суяк системаси. Суяк юмшок, эластик. Суякнинг кўп қисми тоғай тўқи-масига ўхшаб кетади, шу билан бирга айрим суяклар умуман тоғай босқи-чини ўтмайди - калла асоси юз, ўмров ва бошқалар.

Нафас олиш системаси. Туғилган пайтда нафас аъзолари тўлиқ ривож-ланмаган бўлади. Чакалоқларда нафас олиш чуқурлиги, давомийлиги би-лан характерланади. Соғлом, муддатига етиб туғилган чакалоқларда нафас сони минутига 40-70 марта, муддатидан олдин туғилганларда эса минутига 30-70 марта. Нафас олиш қорин типида бўлади. Уларга нафас актида тана-ффусларнинг бўлиши ҳосдир. Муддатида туғилган чакалоқларда уларнинг да-вомийлиги 1 дан 5-7 секундгача бўлади, 1 минутда эса бундай танаффуслар 1—2 марта кузатилади. Муддатига етмасдан туғилган чакалоқларда эса бу 10-12 секундни ташкил этади. 1 минутда эса 2-5 марта кузатилади, нафас олиш ва нафас чиқариш фазалари 1:1,3 дан 1:4 гача.

Транзитор ҳолат - бу ҳомила туғилгандан кейинги ҳаётга мослашуви. Чакалоқнинг мослашув даражаси унинг етилганлиги билан баҳоланади. Амали нуқтаи назардан олиб қаралганда барча чакалоқларда эрта неона-тал даврда ҳар хил турдаги патологик ҳолатлар физиологик ўзгаришлар билан биргаликда кечади.

Чақалокнинг илк бор янги ҳаётга мослашуви унинг биринчи куниданок ҳеч қандай аралашувсиз, транзитор ҳолат учраши, унинг давомийлиги ҳар хил омилларга боғлиқ ҳолда юзага келади. Муҳим омиллардан бири гипотрофик чақалок туғилиши, кўкрак суғи билан нотўғри эмизиш ҳамда ҳомиладорликнинг асоратли кечиши ҳам муҳим ўрин эгаллайди.

Транзитор гипервентиляция - туғруқ вақтида чақалокда гипоксемия, гиперкапния, ацидоз ва бошқа метаболик ўзгаришлар фаоллашади. Бу ҳолат МНС ретикуляр формациясининг кучли қўзғалишига олиб келади ва бунинг натижасида нафас олиш маркази кучли қўзғалади ва чақалокда илк бор чуқур нафас олиш ҳаракати вужудга келади. Чақалокнинг илк бор нафас олиши қуйидаги типда ГАСП - чуқур нафас олиш ва нафас чиқаришнинг қийинлашувидир.

Терининг транзитор ўзгариши. Барча янги туғилган чақалокларда бу ҳолат кузатилади. Оддий эритема – янги туғилган чақалокқа ишлов берилгандан кейин гипертермик пайдо бўлиши. Эритема чақалокнинг иккинчи суткасида кучаяди в бир неча кун ичида йўқолиб кетади .

Физиологик терининг қуриши кўпроқ муддатидан ўтиб туғилган чақалокларда кузатилади. Бу ҳолат чақалок ҳаётининг 3-5-суткасида қоринда, кўкрак қасасида қуруқлашган соҳалар пайдо бўлади ва бир неча кун ичида йўқолиб кетади.

Токсемик эритема - чақалок ҳаётининг 3-5-суткасида кўкрак, думба эритемали терисида кулранг-сарик рангли озгина қалинлашган элементлар пайдо бўлиши. Тошма кўп ёки кам бўлиши мумкин. Тошма тошиши чақалокнинг умумий ҳолатига ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди. Токсик эритеманинг асосий сабабларидан бири ҳар хил омиллардан пайдо бўлган аллергия реакциядир. Бу омил қаторига овқатланиш характери ўзгариши, ичак колонизацияси, хона ҳароратининг ўзгариши ҳисобланади. Токсик эритема 2-3 кун сақланиб, кейинчалик ўз-ўзидан йўқолиб кетади.

Транзитор гипербилирубинемия. Чақалокнинг физиологик сариклиги бўлиб, бунда чақалок ҳаётининг 36 соатидан кейин сариклик пайдо бўлиши;

1. Чақалокнинг 3-4-суткага келиб тери энг кўп сарғайиши, кейинчалик эса 7-10- суткага келиб батамом йўқолиб кетиши.

2. Қон зардобиди боғланмаган билирубиннинг энг кўп концентрацияси 205 мкмоль/л, боғланган билирубиниики эса 25 мкмоль/л бўлиши.

Транзитор гипербилирубинемия барча чақалокларда кузатилади. Бу ҳолат эрта неонатал даврда билирубин ҳосил бўлишининг ошиши, глюкуронилтрансфераза активлиги пасайиши натижасида гепатоцитларнинг функционал активлиги пасаяди. Чақалокнинг физиологик сариклиги моносимптом кечади. Бунда жигар ва талок катталашиши, нажас ва сийдик рангги ўзгариши кузатилмайди ва махсус даво чоралари талаб қилинмайди.

Транзитор тана массасининг камайиши. Бу ҳолат барча чақалокларда кузатилади, ҳаётнинг 3-4-суткасига келиб тана вазнининг пасайиши, нор-

мада ўртача 6% гача етади. Баъзи ҳолатларда 10% га ҳам етиши мумкин. Чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафтасида тана вазнининг пасайиши 10% дан ортиши патологик ҳолат ҳисобланади. Чақалоқларда транзитор тана мас-саси пасайишининг асосий сабабларидан бири етарлича бўлмаган сут ва сувнинг етишмаслиги ҳисобланади. Бундан ташқари, бу ҳолат мумифика-ция, яъни киндик қолдиғининг тушиб қолиши, меконийнинг ажралиши, ҳаво намлигининг пасайиши билан боғлиқ. Тана вазнининг қайта тикла-ниши кўпчилик чақалоқларда ҳаётининг 5-7 суткасида кузатилади.

Транзитор гипертермия. Бу ҳолатнинг асосий сабаби суюқликнинг етар-лича бўлмаслиги ва сувсизланишидир. Транзитор гипертермия боланинг қизиб кетишидан ҳам пайдо бўлиши мумкин, бунда болада ҳароратнинг 39 градус баландлигидан ташқари, боланинг безовталаниши, тери ва шил-лик қаватининг қуриши кузатилади. Қизиб кетиш сабабининг бирортаси-ни бартараф қилиш, сув ичиш режимини ўз ўрнига қўйиш, суткасига 5% ли 100 мл глюкоза юбориш бола тана ҳароратининг тез нормаллашишига олиб келади.

14.6. ЧАҚАЛОҚНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ВА ОВҚАТЛАНТИРИШ

Чақалоқни парварини қилиш жуда катта масъулият талаб қилади. Уни ўраб турган муҳит катта аҳамиятга эга. Чақалоқни озиқлантириш мобай-нида оксил, липид, углевод, витаминларга ҳамда истеъмол қиладиган су-уюқликларга эътибор бериш керак. Туғруқхонадаги ҳаво ҳарорати 24-26 градус бўлиши керак. Чақалоқлар хонасида эса ҳаво ҳарорати 22 граду-сдан паст бўлиши керак.

- Ҳар кун эрталаб чақалоқни кўкрак сути билан бокишдан олдин таро-зида ўлчанади ва тана ҳарорати текширилади. Олинган таҳлилларни чақа-локнинг ривожланиш варақасига ёзиб қўйилади.

- Ҳар куни чақалоқни покизалаш муолажалари ўтказилади: кўзга ишлов бериш, остини ювиш, киндик ярасига ишлов бериш.

- Чақалоқнинг кўзини тоза стерил пахта тампончалар билан тозалаш. Калий перманганат аралашмаси (1:8000) тайёрланади. Кўзининг ташқи бурчагидан ички бурчагига қараб артилади.

- Ҳар кунлик кўрувда чақалоқни тери рангига, киндик қолдиғига ва ярасига катта аҳамият билан қаралади.

Киндик қолдиғини парвартириш техникаси қуйидагича. 70% ли этил спирти билан, кейин эса 5% ли калий перманганат аралашмаси билан то-заланари. Этил спирти ўрнига 3% водород пероксиди ишлатилса бўлади. Киндик қолдиғи қуриб тушгандан кейин яра атрофини ва тубини 5% калий перманганат билан тозаланари. Соғлом чақалоқни туғруқхонадан 4-5-сут-касига БЦЖ вакцинасини олгандан сўнг уйига рухсат берилади.

Овқатлантириш. Кўкрак сути – чақалоқлар ва болалар учун ягона озуқа туридир. Кўкрак сути тўйимлилиги билан устун туришидан ташқари, та-бий овқатлантириш гўдаклар касалликлари ва ўлимининг олдини олиш-нинг жуда яхши усули бўлиб ҳам хизмат қилади. Ҳар бир туғруқча ёрдам берувчи муассасада кўкрак билан бокишнинг 11 та тамойилларига риоя

килиниши, "Шифохоналарни болага дўстона муносабатда бўлиш ташаббуси" статусига мос келишига ҳаракат қилиш керак:

1. Кўкрак билан боқиш амалиётининг ёзма равишда қайд қилиб қўйилган сиёсатига эга бўлиш ва уни барча тиббий-санитария ходимлари эътиборига мунтазам етказиб туриш;

2. Барча тиббий-санитария ходимларини ушбу сиёсатни амалга ошириш кўникмаларига ўргатиш;

3. Барча ҳомиладор аёлларга кўкрак билан боқишнинг афзалликлари ва усуллари ҳақида маълумот бериш;

4. Оналарга, туғруқдан сўнг дастлабки 2 соат ичида, кўкрак билан боқишни бошлашга ёрдам бериш;

5. Оналарга кўкрак билан боқишни ва балки болаларидан ажратилган бўлсалар-да лактацияни сақлаб туришни ўргатиш;

6. Чақалокка кўкрак сутидан бошқа ҳеч қандай овқат ёки суюқлик бермаслик, тиббий кўрсатмалар бундан мустасно;

7. Она ва чақалокнинг бирга бўлишини амалиётга татбиқ қилиш ва уларни 24 соат давомида палатада бирга бўлишларига рухсат бериш;

8. Талаб бўйича кўкрак билан овқатлантиришни рағбатлантириш;

9. Кўкрак билан бокилаётган чақалокларга ҳеч қандай тинчлантирувчи ёки кўкракни акс эттирувчи сунъий воситаларни бермаслик;

10. Кўкрак билан боқишни қўллаб-қувватловчи гуруҳлар ташкил этилишини рағбатлантириш ва оналарни шифохонадан чиққанларидан сўнг ушбу гуруҳларга юбориш.

11. Истисносиз кўкрак сути билан эмизишни қўллаб-қувватлаш ва рағбатлантириш мақсадида ОП ларини жалб этиш ва "Болага дўстона муносабатли шифохона" номини олишга тайёрлаш ва мақсадга эришиш.

Кўкрак билан эмизишнинг афзалликлари:

- Она сути- тўлақонли озуқа
- Енгил ҳазм бўлади ва тўлақонли фойдаланилади
- Инфекциядан ҳимоя қилади
- Кўкрак билан эмизиш ҳиссий боғлиқликни таъминлайди
- Онани бевақт ҳомиладорликдан сақлайди
- Онанинг саломатлигини сақлайди
- Сунъий арлашмадан арзон туради.

Кўкрак сути билан боқишга қарши кўрсатма:

- агар болаларда галактоземия (50000 боладан 1тасида юзага чиқувчи камдан-кам учрайдиган касаллик) ёки фенилкетонурия бўлса;
- онаси радиоактив ва цитостатик моддалар қабул қилаётган бўлса;
- ОИВ (СПИД) билан зарарланган оналар, ҳаво-томчи йўли билан юқувчи юқумли касалликлар билан касалланган оналар (дифтерия ва атипик пневмониянинг оғир шакли).

Ўргатувчи тестлар.

1. Ҳомилани гипоксияга олиб келувчи 5 та сабабни айтинг:

Онадаги экстрагенитал касалликлар.

Ҳомиладорлик асоратлари (гипертензив ҳолатлар, резус-номувовифик-лик, ҳомиладорлик анемияси).

Йўлдош фаолиятининг бузилиши.

Киндик патологияси (ҳақиқий тугун, калта киндик, киндикнинг бўйин атрофида айланиши).

Ҳомила касаллиги.

2. Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдроми 3 даражасига қисқача таъриф беринг:

1 даража - ҳомила ўз ривожланишида 2 ҳафтагача орқада қолади.

2 даража - 2-4 ҳафтагача.

3 даража - 4 ҳафтадан ортиқ.

3. Йўлдош етишмовчилиги диагностикасининг 3 та усулини айтинг:

Ульратовуш текшируви.

Йўлдош лактоген микдорини аниқлаш.

КТГ.

4. Ҳомиланинг она қорнида ўлганлигининг 5 белгиси

Юрак уриши эшитилмайди.

Бачадон ўсишдан тўхтади ёки ўлчамлари камаяди.

Ҳомила ҳаракатининг тўхташи.

Ҳомилани ЭКГ ва ФКГ сида юрак комплекс тишлари бўлмайди.

УТГ да ҳомила юрак уриши, ҳаракати бўлмаслиги.

5. Фетоплацентар етишмаовчиликни даволашда қандай дорилар қўлланади?

Витаминлар (Е, В₁₂, С).

Токолитиклар (Партусистен, бриканил).

Микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар (курантил, трентал, теоникол).

Қон реологик хусусиятини яхшиловчи дорилар (реополиглюкин, гепарин, курантил).

6. “Перинатал ўлим” қандай 3 хилга бўлинади?

Ҳомила антенатал ўлими – ҳомиладорлик пайтида (28-ҳафтадан бошлаб.)

Ҳомила интранатал ўлими – туғруқ пайтида.

Чақалоқлар эрта неонатал ўлими – туғилгандан кейин 7- кунгача.

7. Ҳомила томонидан антенатал ўлимга олиб келувчи сабабни санаб ўтинг?

Бластопатия.

Эмбриопатия.

Фетопатия.

8. Ҳомиладорлик асорати билан борлик антенатал ўлимнинг 4 асосий белгиларини санаб ўтинг?

Гипертензия ҳолатларининг оғир формалари.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.

Кўп – камсувлилик, эгиз ҳомиладорлик.

АВО системаси ва резус- омил бўйича иммунологик номувофиклик.

9. Она экстрагенитал касалликлари билан боғлиқ антенатал ўлимнинг 5 асосий белгиларини санаб ўтинг?

Юрак-қон томир патологияси

Буйрак касалликлари.

Қандли диабет.

Инфекцион ва вирусли касалликлар.

10. Ҳомила интранатал ўлимига олиб келувчи 5 асосий сабабни айтинг:

Қораноқ сувларининг барвақт кетиши.

Туғруқ кучлари сустлиги.

Анатомик ва клиник тор чаноқ.

Киндик патологияси

Ҳомила ўткир гипоксияси.

11. Фетоплацентар етишмовчиликда йўлдош 4 асосий фаолиятдан қайсилари бузилади?

Транспорт.

Трофик (озиклантирувчи).

Эндокрин.

Метаболик.

12. Чақалоқлар физиологик сариқлиги сабаблари:

Гепатоген - келиб чиқиши гипербилирубинемия (145 гача, суткада 145 мкмоль/кг).

Боғланмаган билирубин йиғилиши, жигар билирубинни боғлаш қобилятининг бузилиши.

Гепатоцитлар функционал ҳолатининг пасайиши.

Жигар экскретор фаолиятининг пасайиши.

13. Физиологик сариқликка нималар ҳос?

Чақалоқлар ҳаётининг 36 соатидан кейин пайдо бўлиши.

Терини 3-4 кунга келиб сарғайиб, 7-10- кунда йўқолиши.

Қон зардобдаги боғланмаган билирубин концентрацияси 205 мкмоль/л, тўғри билирубинники – 25 мкмоль/л.

14. Тирик туғилганликнинг 4 бош белгисини айтинг:

Гестация муддати – 22 ҳафта ва кўп.

Бўйи 25 см ва кўп.

Ҳомила вазни – 500 г ва кўп.

Ҳомиланинг ҳоҳ бир марта бўлса-да ҳам нафас олиши ёки бошқа тириклик белгилари.

XV БОБ

МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚ

Мақсад. Муддатидан олдинги туғруқнинг таснифи, сабаблари, клиник кечиши, асоратлари, даволаш усуллари ва чала туғилган болалардаги касалликларни даволаш ва олдини олишни ўрганиш.

Режа.

1. Муддатидан олдинги туғрукнинг таснифи.
2. Муддатидан олдинги туғрукнинг сабаблари.
3. Муддатидан олдинги туғрукнинг клиник кечиши ва асоратлари.
4. Даволаш усуллари.
5. Чала туғилган болалардаги касалликларни даволаш ва олдини олиш.

Ҳомиланинг 22-37 ҳафта ичида туғилишигачала туғилиш деб айтилиб, бунда чакалоқ вазни 500-2499 г, бўйи 25-45 см атрофида бўлади.

Муддатидан олдинги туғрукнинг қуйидаги тоифалари фаркланади:

(ташлаб олинган) - (10%-30%), яъни туғдириб олиш, она ёки ҳомиладаги бирон-бир кўрсатмага биноан (оғир прееклампсия, онадаги буйрак касаллиги ёки ҳомила ўсишининг секинлашиши).

- асоратланган - (20%-50%), ҳомила пуфагининг йиртилиши ёки туғрукдан олдин қон кетиши.

- идиопатик - (40%-60%) қўшимча асоратларсиз ўз-ўзидан муддатидан олдинги туғрук билан характерланади.

Чала туғилган бола тана оғирлиги хусусида қуйидагилар қабул қилинган:

1. Кам тана оғирлиги билан туғилиш-тана оғирлиги 2500 г дан кам (1500 г дан 2499 г гача).

2. Жуда кам тана оғирлиги билан туғилиш-тана оғирлиги 1500 г дан кам (1000 г дан 1499 г гача).

3. Ўта кам тана вазни билан туғилиш-тана оғирлиги 1000 г дан кам (500 г дан 999 г гача).

Чала туғилган болада бир қанча функционал етишмовчиликлар мавжуд бўлиб, шунинг учун ҳам бундай болалар ўртасида касалланиш ва нобуд бўлиш кўп учрайди.

Ҳомиланинг чала туғилиш сабаблари турлича: аёл жинсий аъзоларининг тўла тараққий этмаслиги (инфантилизм); бачадондаги турли патологик ўзгаришлар (ўсма, тўсик, яллиғланиш, бачадон аномалияси ва бошқалар); жинсий безлар функциясининг бузилиши; тез-тез аборт қилдириш ёки ҳомиланинг ўз-ўзидан беихтиёр тушиши; бачадон бўйнининг яхши бекилмаслиги (истмик-цервикал етишмовчилик ва бошқалар) каби асоратлар кейинги вақтларда кўп учрамоқда. Чунки бунда бачадон бўйни туғрук вақтида йиртилиши ва яхши тикилмаслиги натижасида чилла даврида тўла-тўқис битмаслиги кўпинча аборт қилиш оқибатларида келиб чиқиши мумкин. Шу билан бир қаторда она ва бола қон гуруҳлари ҳамда резусларининг тўғри келмаслиги, ҳомиладорлик токсикозлари, айниқса прееклампсия ва эклампсиянинг бирон-бир ички касалликлар билан қўшилиб келиши, ҳомиладорлик давридаги турли руҳий эзилиш ва эмоционал ўзгаришлар, ҳомиладорлик давридаги турли ўткир юқумли касалликлар:

грипп, ангина, гепатит, турли меъда-ичак касалликлари ва сурункали юкумли касаликлар, бруцеллёз, захм, бўғимлар ва юрак ревматизми, сил касаллиги, моддалар алмашинувининг бузилиши, ҳаддан ташқари семизлик, қанд ва бўғоқ касаллиги кабилар ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, 18 ёшгача бўлган ҳамда 30 дан ошган туғувчи аёлларда ҳам бундай асоратлар кўп учраши мумкин (15.1.-жадвал).

15.1.-жадвал

Муддатига етмаган ҳомиладорликнинг хавф омиллари

Хавф омиллари		Хавф омиллари	
ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАР		АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК АНАМНЕЗ	
Сув — минерализацияси ошган, оғир металллар тузлари, нитридлардан ифланишган ва б.		Паритет: 1 туғуруқ, 5 ва бундан ортиқ туғуруқлар	
Ҳаво — газлар, чанслар миқдори кўп, қуруқ, қўм бўронлари		Қисқа интергенетик интервал	
Тўйроқ — нитридлар, нитратлар ва б. химикатлар миқдори ошган; - темир, кобальт, мис ва б. микроэлементлар миқдори пасайган		Абортлар	
		Муддатдан олдинги туғуруқ	
		Элик туғилиш	
		Неонатал йўқотишлар	
Онқат маҳсулоти — аминтириб бўлмайдиган аминокислоталар етишмаслиги, йод, А, Е витаминлари, фолатлар ва б. миқдори кам; - химикатлардан зарарланган		Болаларда неврологик бузилишлар	
		Болаларда таъна вазни: 2500 г гача ва 4000г дан ортиқ	
НИКТИМОЙ-БИОЛОГИК ОМИЛЛАР		Бенушгалик	
Она ёши - <20 ёш ва >35 ёш		Бачадоннинг ривожланиш нуқсони	
Бўйи - <150 см		Бачадон ўсмаляри	
Таъна вазни - >25% нормадан		Петтик-цервикал етишмовчилик	
Нейроэмоционал стресс		Сенсис	
Мувофиқлаштирмаган овқатланиш		ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИ	
Зарарли одатлар		Ҳомиладорлар кўеши	
Ишлаб чиқаришдаги зарарлар		Презистимени	
ГЕНЕТИК ОМИЛЛАР		ЧАҚАЛОҚ ҲОЛАТИ	
Яқин қариндощ билан ниқоҳланган	Ҳомиласидеян болаларда ривожланиш нуқсонлари	Гипотрофия	Ривожланиш нуқсони
		Гипоксия	
Сперматосидлар нуқсонлари		Кўп ҳомилалик	Микрогения

15.1.-жадвалини давоми

ОНАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ		Ўткир ёр тентами
ЭКСТРАГЕНИТАЛ		Қон кетиши
Анемия	ЎРВИ	Резус ва ABO сенсбилизация
Юрак-томир касалликлари	Нафас аъққирн касалликлари	Чанок билан келиши
Буйрак касалликлари	Сўрукали инфекция ўчоқлари	Камсувчилик
Ўжар касалликлари	Ўткир инфекция	Кўсувчилик
Меъда ва ичак касалликлари	Аллергия ҳолатлари	Кўп ҳомиладлик
ГЕНИТАЛ КАСАЛЛИКЛАР		Муддатдан олдин тувилиш хавфи
ЖИЮЮН	Эрозия ва бачадон бўйинининг бўларғиликларини	Ҳомиладнинг потўри шаяти
Қолишлар	Сўрукали эндометрит	Пардаларининг юқоридан йиртилиши
Бактериал вагитис	Бачадоннинг ривожланиш нуқсонлари	Тромбофлебит
Микот-инфекция	Бачадон миомаси	ЯТРОГЕН
НАТДОН ҲОЛАТИ		Политармакотерия
Микроплацента	Плацентанинг эрта қариши	Бачадон бўйни етилмаган ҳолда аминотомия
Макроплацента	Қон оқими бузилиши	Асосланмаган туғруқ қўзғатиш

Туғруқнинг кечилиши ва унда учрайдиган асоратлар

Клиник кечишига қараб фарқлаш керак: хавф солувчи барвақт туғруқ, бошланаётган туғруқ ва бошланган туғруқ.

Барвақт туғруқ хавфи – бел соҳасида ва қориннинг пастки қисмида оғрик билан таърифланади. Бачадон кўзгалувчанлиги ва тонуси ошган, буни гистерография ва тонусометрия маълумотлари аниқлаб бериши мумкин. Қин орқали текширилганда бачадон бўйни сақланган, бачадон бўйни ташки бўғизи ёпик. Қайта туғувчиларда у бармоқ учини ўтказиши мумкин. Ҳомила ҳаракатчанлиги ошган. Ҳомила олдинда келувчи қисми кичик чанок кириш қисмига тақалган.

Бошланаётган барвақт туғруқда– қорин пастида сезиларли тўлғоксимон оғриқлар ёки мунтазам тўлғоклар кузатилади, буни гистерография маълумотлари тасдиқлайди. Қин орқали текширилганда пастки сегментнинг шаклланиши, бачадон бўйинининг қисқариши, баъзан унинг текисланиши аниқланади.

Бошланган барвақт туғруқда мунтазам туғруқ фаолияти ва бачадон бўйни очилиш динамикаси характерли бўлиб (3-4 см ортик очилиши), ўтиб кетган ва қайтмас патологик жараёндан дарак беради.

Асоратлари. Дард бошланмасдан қоғанок сувининг кетиб қолиши, туғруқ йўллариға инфекциялар тушиши, дарднинг сустлашиши, ҳомилада гипоксия кузатилиши ёки ўлик туғилиш кабиларни кузатиш мумкин. Туғруқ йўллари ҳали туғишға тайёр бўлмаганлиги сабабли туғруқ пайтида бачадон бўйни йиртилиши кўпроқ учрайди. Туғруқнинг III даври – йўлдошининг ба-

чадон деворидан ажралиши ва чилла даврида эса септик касалликларни кузатиш мумкин. Булардан кўпроқ эндометрит (бачадон шиллик қаватининг яллиғланиши), метроэндометрит, тромбофлебит ва бошқаларни учратиш мумкин.

Даволаш усуллари

Акушерлик тактикаси.

Вазиятга қараб консерватив-кутувчи (ҳомиладорликни давом эттириш) ёки актив олиб бориш тактикасига амал қилинади.

Консерватив-кутувчи тактика хавф солувчи ва бошланаётган барвақт туғруқларда кўрсатилган. Бунда даволаш комплекс ва бачадон тонусини пасайтиришга, ҳомила яшовчанлигини оширишга, барвақт туғруқнинг сабаби бўлган патологик ҳолатларни даволашга қаратилган бўлиши керак.

Ҳомиладорлар, одатда, қорин пастиди вақти-вақти билан тутаётган оғриқдан, баъзан ҳомиланинг секин ёки ҳаддан ташқари тез кимирлашидан шикоят қилишади. Вақтидан илгари туғишнинг бирон-бир белгилари бўлса, аёлни тезда туғруқхонага юбориб, ҳомилани сақлаб қолиш чораларини кўриш лозим. Бунда аёлга ҳар томонлама тинчлик, нерв системасини тинчлантирувчи дорилар (биопассит, валериана, пустирник, тазепам, седуксен, новопассит), витаминлар, айниқса витамин Е 50-60 мг, В₆ ва В₁₂ лардан бериш керак. Бачадон қисқаришини сусайтирадиган дорилардан папаверин шамчаларидан кунига 2-3 маҳал тўғри ичакка киргизиш, 1-2 таблеткадан кунига 2-3 маҳал но-шпа бериш ёки унинг эритмасидан (2 мл) 1-2 маҳал мушак орасига юбориш, 2% папавериндан 2 мл мушак орасига, 25% магний сульфат 10-15 мл 0,5% новокаин (5 мл) билан бирга мушак орасига юбориш, гинипрал 0,1-1/2 таблеткадан 2-3 маҳал, изоптин тавсия қилиш мумкин. Вирусли инфекция бўлганда улкарил 1 таблетка (800) дан 3 маҳал 5 кун давомида буюрилади. Бундан ташқари, ҳомиланинг аҳволини яхшилаш учун 40% глюкоза (20-40 мл) ни 50 мг кокарбоксилаза билан томирга, 5% аскорбин кислота (5 мл) ни т.и. Ҳомиланинг ўпкаларини ривожлантириш учун албатта дексаметазон ёки преднизолон ҳар 12 соатда 2 марта берилади.

Вақтидан илгари туғиш сабабларидан бири бачадон бўйни етишмовчилиги (истмик-цервикал етишмовчилик), бунда қоғаноқ пардаси секин-аста бачадон бўйнидан қинга чиқа бошлайди. Ҳомилани сақлаб қолиш учун дори-дармонлар билан бир қаторда бачадон оғзини тикиш керак. Буни шифокор бажаради.

Бошланаётган барвақт туғруқда ўткир токолизни қўллаш мумкин, бунинг учун бачадон қисқариш фаолиятини пасайтириш мақсадида b-миметик-партусистен ёки гинипрал берилади.

Агар ҳомиланинг вақтидан илгари туғилиш белгиларига ҳомила суви кетиш ҳам қўшилса, бунда сув кетиш даражасига қараб иш тутилади. Қоғаноқ суви озгина миқдорда кетса, бу кўпроқ қоғаноқнинг бачадон оғзига яқин қисмида эмас, аксинча, ичкари қисмида йиртилганлигини кўрсатади. Бунда ҳомиладор учун бутунлай осойишта шароит бўлиши, унга антибиотик, сульфаниламид ва ҳомилани сақлаб қолиш учун бошқа керакли дори-дармонлардан берилса, баъзи вақтда ҳомила олди суви тўхтаб оғриқлар камайса, ҳомиланинг вақтидан олдин туғилишидан сақлаб қолишга муваффақ бўлинади ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дори-дармонларни бериш давом эттирилади.

Олиб борилган даво ёрдам бермаса (2-3), ҳомила ўз-ўзидан туғилиши мумкин, агар туғилмаса, дардни тезлаштирадиган бачадон оғзини етарли «етилириш» ҳамда бачадон мускулларини кискартириш учун ҳомиладор организмга 1 мл (5 бирликдаги) энзапрост ёки окситоцин 1 мл 10% - 400 мл глюкоза эритмасига қўшиб вена ичига 8 томчидан бошлаб юборилади. Томчилар сони ҳар 5 минутда 5 та дан кўпайтирилади, умумий сони 25-30 гача етказилади ва бачадон кискаришидан, ҳомила аҳволидан тез-тез хабардор бўлиб турилади. Агар кориндаги бошланган оғрик мунтазам, яъни ҳар 6-8 минутда тутиб, туғруқ жараёни бошланмаса, бу ҳомиладор организмнинг туғишга ҳали тайёр эмаслигини билдиради. Шундай бўлса ҳам окситоцин ва глюкоза аралашмасидан одатдагидек 6-8 томчидан қон томирга секин-аста юборавериш керак, бу эса бачадон оғзининг етарли «етилишига» ёрдам беради.

Қоғанок суви кўп бўлса, айниқса дард тутмасдан олдин кетса, бу кўпроқ бачадон бўйнининг яхши бекилмаслиги натижасида юзага келади, бунда ҳомилани сақлаб қолишнинг иложи бўлмайди. Бунда дард ўз-ўзидан бошланмаса, уни қўзғатадиган дори-дармонлар қилиш лозим. Шунинг ҳам айтилиши керакки, вақтидан илгари ҳам ўз вақтида туғилгандаги каби дард тутиб, бачадон оғзи секин-аста очилади, сув кетмаган бўлса қоғанок ёрилади, ҳомила туғилади, сўнгра йўлдош бачадон деворидан ажралади, умуман нормал туғруқдаги барча жараёнлар кузатилади.

Ҳомила суви кетаётган бўлса, у ўз-ўзидан тўхтаб қолиши ёки давом этиши мумкин, бунда она ва ҳомиланинг аҳволини назорат қилиш керак, инфекциянинг белгилари пайдо бўлса (лейкоцитоз, тана температураси ошиши, хидли окмалар), шунда туғруқни тезлаштириш зарур. Туғруқнинг 1 даврида дардни кучайтирувчи дорилар билан бирга бачадон бўйнининг яхши очилишига ёрдам берадиган спазмолитик ва инфекцияга қарши, асфиксиянинг олдини олувчи дорилардан 5% глюкоза (40 мл), 5% аскорбин кислотаси 3-5 мл, кокарбоксилаза 50 мл дан вена қон томирига томчилатиб юборилади.

Туғруқнинг I ва II даврларида она ва ҳомиланинг умумий аҳволини диққат билан кузатиб туриш керак.

Ҳомила чала туғилишида кўпинча дарднинг бирламчи сустлиги кузатилади, баъзан иккиламчи сустлиги ҳам учраши мумкин. Бу вақтда она ва боланинг аҳволига қараб турли дорилар ва акушерлик усулари қўлланилади. Кўпинча, юқорида айтиб ўтилганидек, спазмолитик ва оғрик қолдирувчи дорилар билан 40% глюкоза эритмаси 40 мл, 5% аскорбин кислотаси 5 мл, 50 мг кокарбоксилаза аралашмасини қон томирига секин-аста юбориш дардни зўрайтиради ҳамда ҳомила асфиксиясининг олди олинади. Қўлланиладиган ҳораларни ҳар 3 соатда такроран олиб бориш керак.

Ҳомиланинг боши бешикаст чиқиши учун вулвар ҳалқани қирқиш – эпизиотомия ёки перинеотомия қилиш тавсия этилади.

Ҳомила чала туғилганда туғруқ йўллари кўпроқ шикастланиши мумкин. Уни аниқлаш учун чилла даврининг илк 2 соати ичида туғруқ йўллари гистологик кўзгу ёрдамида текшириш лозим, йиртилган бўлса, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилган ҳолда тикиш керак.

Ҳомила чала туғилганда чилла даври жуда масъулиятли ҳисобланади, ҳомиланинг чала туғилишига сабаб бўлган бирор касаллик белгилари

аникланса, уни ҳам вақтида даволаш зарур.

Ҳар бир чала туғилган бола ўзига хос хусусиятга эга. Боланинг чала-лигининг факат унинг вазнига эмас, балки бошқа бир канча белгиларига қараб ҳам аниқланади. Бу қуйидагилардан иборат: одатда чала туғилган боланинг бўйи калта бўлиб, бу унинг чалалик даражасига боғлиқ. Яъни бола канча чала бўлса, унинг бўйи шунча калта бўлади. Чала туғилган болалар анчагина озғин, тери ости ва усти тўқималари яхши тараққий этмаган бўлади. Лекин буни касал ёки вақти-соати етиб туғилган соғлом болалардаги озғинлик (гипотрофия) дан фарқ қила билиш лозим. Гипотрофик болалар териси бурушган бўлади.

Чала туғилган болалар бўшашган, мускуларининг тонуси паст, овози суст, эмиш рефлекси яхши тараққий этмаган бўлади. Уларда боши танасига нисбатан каттарок (муддатиде туғилган болалар боши танасининг 1/4 қисмини ташкил қилади). Кичик лиқилдоқ очик бўлиб, бош суяги чоклари яхши бирикмаган, суяги бироз кийшиқроқ бўлади. Узун туклар вақти-соати етиб туғилган болаларнинг елкаси ва курак остидагина бўлса, чала туғилган болаларнинг танасида ҳам бўлади. Бунга лануга дейилади.

Чала туғилишнинг яна бошқа белгиларидан бири киз болаларда катта жинсий лабларнинг кичик жинсий лабларини беркитмаслигидир. Ўғил болаларда эса уруғдон қорин бўшлиғида бўлиб, кейинчалик секин – аста уруғ халтасига тушади. Бундан ташқари, чақалоқларнинг тирноқлари ҳам яхши тараққий этмаган бўлади.

Чала туғилган боланинг асосий физиологик хусусиятлари нималардан иборат? Ҳомила туғилгандан ва онадан ажралгандан сўнг чақалоқлик даври бошланади. Бу давр чақалоқ учун мураккаб давр ҳисобланиб, бунда организмнинг ташқи муҳитга мослашиши кузатилади. Бу даврда физиологик сарғайиш, жинсий криз, вазннинг камайиши ва бошқа шунга ўхшаш мураккаб ўзгаришлар кузатилади. Чақалоқлик даври ўз вақтида туғилган болаларда 3-4 ҳафта давом этса, чала туғилган болаларда анча узокроққа чўзилади. Чала туғилган болаларнинг ички аъзолари етарли тараққий этмаган бўлиб, боланинг вақтидан илгари туғилиши унинг ташқи муҳитга мослашишида кўпгина кийинчилик туғдиради. Шу сабабли чақалоққа биринчи ҳафтасида алоҳида шароит яратиш ва турли хил дори-дармонлар қилиш талаб қилинади.

Чала туғилган боланинг айрим хусусиятларидан бири уларда кузатилган вазннинг кундан- кунга бироз камайиши бўлиб, бу асосан эса қорнидаги ҳосил бўлган биринчи ахлат ва сийдикни, туғилганнинг 2-3- кунда ажралиб чиқиши, чақалоқнинг тез-тез нафас олиши, оғзидаги суюқликнинг буғланиши ҳамда ҳафтанинг биринчи кунларида улар организмга суюқликнинг етарли даражада тушмаслиги ҳисобига бўлади. Бунга вазннинг физиологик камайиши деб айтилади. Бу ўз вақтида туғилган болаларда туғилгандаги вазнининг 6-9 % ни ташкил қилса, чала туғилганларда 10-15% ни ташкил қилиши мумкин. Чақалоқларнинг аввалги вазни миқдорига етишиши чала туғилган болаларда 2-3 ҳафтагача давом этади. Бу жараёни тўғри идора қилиш учун чақалоқни неонатолог шифокор назорат қилиши лозим.

Чала туғилган чақалоқларда физиологик сарғайиш нимадан иборат? Бунда чақалоқ териси ва кўзининг оқ қисмида туғруқнинг дастлабки 2-3- кунда сарғайиш юзага келади, бу сариқлик чақалоқ ҳаётининг 7-10 кунла-

рида бутунлай йўқолиб кетиши керак.

Чала туғилган чақалоқларнинг жигари хали тўла ривожланмаган бўлиб глюкогон – трансфераза ферменти етарли ишлаб чиқарилмайди. Шунинг учун чақалоқ эритроцитларининг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган ва қайта ишланмаган билирубин пигменти уни жигарида бевосита билирубин пигментига айлантиришга улгурмайди, бу жараён вақтинчаликдир. У чала туғилган чақалоқларда муддатида туғилганларга нисбатан узокрок вақда ўтади, яъни 10-15 кундан 2 ойгача давом этиш мумкин.

Бундай ҳолларда вена қон томирига чақалоқ вазнига қараб глюкоза ва бошқа дори-дармонлар юбориш лозим. Умуман олганда чала туғилган чақалоқлар ўзининг анатомик-физиологик тузилиши билан соғлом туғилган чақалоқлардан анчагина фарқ қиладилар. Ҳаёт учун зарур бўлган асосий аъзо ва системалар функционал жиҳатдан яхши тараққий этмаган бўлади, бу жуда ҳам чала туғилган чақалоқларда айниқса кўпроқ кўзга ташланади. Чала туғилган чақалоқлар кўпгина касалликларга: зотилжам, рахит ва бошқаларга мойил бўлишади. Уларда тана ҳароратини идора қилиш ҳам етарли ривожланмайди. Агар ташқи муҳит ҳарорати ўзгарса, уларда ҳам ҳарорат тез ўзгариб, тез совқотиши ёки, аксинча, тезда ҳарорати кўтарилиб кетиши мумкин. Биринчи ёшида камқонлик учраши мумкин. Чала туғилган чақалоқларни парвариш қилишда юқорида кўрсатилганларга тўла амал қилиш чақалоқлар ўртасида ўлимнинг камайишига ёрдам беради.

Чала туғилган болалардаги касалликларни даволаш ва олдини олиш

Барвақт туғилган болаларда турмуш вақтида қандай асоратлар рўй беради? Кўпинча бош миёга қон қуйилиши ва унинг шикасталаниши бўлади. Бош миёга қон қуйилиш клиникаси қуйидагилардан иборат: чақалоқларнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, тери қавати оқаради, оғиз ва бурни атрофлари кўкиш тус олади. Кўз соққасига майда нуктасимон қон қуйилади.

Инграб тез-тез минутига 80-100 мартагача нафас олади. Томир уриши секинлашади; юрак уриш оҳанги суст, тана ҳарорати ўзгарувчан чақалоқда безовталаниш, тез қўзғалувчанлик кузатилади. Тананинг ҳамма мускуллари ўзгариб, юз мускулларининг бироз қисқариб туриши, баъзи мускулларининг тирилишини кузатиш мумкин. Бундан ташқари, қўллари ва пастки жағида қалтираш, катта ва кичик лиқилдоғи таранг бўлиб, қўз қорачиқларининг ҳар хил кенгайиши юзага келади. Баъзан чақалоқ бўшашган мускуллари тонусининг жуда ҳам пасайганлиги кузатилади.

Бош миёга қон қуйилишини даволашда нималарга эътибор бериш керак? Чақалоқ кювез режимида сақланади, ётган жойини “ин” га ўхшатиб яшаш ҳамда ҳимоя режимини ташкил қилиш зарур, “Шанц ёқаси” қўлланилади. Даволаш чораларини аввало нафас олишни нормallasштиришдан бошланади. Бунинг учун маска орқали минутига 4 литр 34 градус нам кислороддан 5-10 минут танаффус қилиб хидлатилади. Бу биринчи суткаларида бўлса, кейинчалик минутига берилаётган кислород миқдори камайтирилиб, танаффус вақти оралиғи узайтирилади. Сипак аппарати қўлланилади. Миёга қон қуйилишини камайитириш учун чақалоққа қон тўхтатадиган дори-дормонлар берилади. Сурфактант синтези учун Амбробене 20 мг/кг миқдорда қилинади. Озикланиши енгил ва ўртача оғир

ГИЭ да оз микдорда тез-тез зонд, шприц, кружка орқали. Чақалок организмда суюқлик етишмовчилигини камайтириш учун биринчи 2 суткаларда ҳаммаси бўлиб (ичишга ҳамда қон томирига) 1 кг гавда оғирлигига 40-60 мл, 3-суткада 60-70 мл, 4-суткада 70-80 мл, 5-суткада 80-90 мл суюқлик юборилади.

Барвақт туғилган чақалоқларда учрайдиган асфиксия касаллиги нима-лардан иборат ва уни қандай даволаш керак? Асфиксияда чақалок нафас олиши оғирлашади ва тезлашади, юзаки бўлиб қолади, натижада тўқималарда чуқур метаболик ўзгаришлар содир бўлади. Асфиксия келиб чиқишига кўра ҳомила асфиксиясига ва бирламчи ҳамда иккиламчи чақалок асфиксиясига бўлинади.

Чақалок асфиксияси ҳомила асфиксиясининг давоми бўлиб, ҳомила асфиксияси негизида баъзан йўлдош қон айланиш системасининг бузилиши (сабаблари ҳомиладорлик токсикозлари, йўлдош патологияси), ҳомиладорлик даврида кислород етишмовчилигига олиб келиши мумкин бўлган касалликлар (юррак-томир, нафас олиш системаси касалликлари, бирдан кўп қон кетиши натижасида шок юзага келиши), киндикнинг ўз-ўзидан ҳомила ёки танаси атрофида ўралиб қолиши, киндикнинг ҳомиладан олдин туғилиши, қоранок сувининг барвақт кетиши натижасида «курук» туғиш, дарднинг сустлиги натижасида туғруқнинг чўзилиши ва бошқа патологиялар ётади. Кўрсатилган сабаблар ҳомилада кислород етишмаслигига, натижада унинг қонида оксид газы тўпланишига, ҳомила нафас олиш марказини кўзғатиб, унинг она қорнида нафас олишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида ҳомиланинг нафас йўлларига қоранок сувининг киришига ва ҳомила нафас йўлларини беркитиб қўйишига олиб келади.

Бундан ташқари, ҳомиладор организмда кислород етишмаслиги натижасида қон айланиш системасида чуқур ўзгаришлар кузатилади, бу асфиксияга олиб келадиган сабаблардан бири бўлиши ва бош миёга, ўпкаларга ва бошқа аъзоларга қон қуйилишига олиб келиши мумкин. Натижада эса ҳомила юрак уриши тезлашади (асфиксиянинг бошида) ёки секинлашади (асфиксиянинг оғир кечилишида), ритми бузилади. Бу вақтда она қорнидаги ҳомиланинг қимирлаши олдиниға тезлашиб, кейинчалик секинлашиб қолиши мумкин. Кислород етишмаслиги натижасида содир бўлган ўзгаришлар ҳомиланинг орқа чиқарув тешиги мускулларига таъсир қилиб, у биров очилиши мумкин ва тўғри ичакда бирламчи ахлат қоранок суви тушиб, унга яшил тус беради. Агар туғруқ пайтида қоранок суви яшил тус ва «лойқаланган» бўлса, демак ҳомилада гипоксия аломатлари бор бўлади ва тезда зарур ёрдам кўрсатиш лозим. Ҳомиланинг она қорнидаги гипоксияси туғруқкача ёки туғруқ пайтида нобуд бўлишига ёки гипоксия аломатлари билан туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Бирламчи асфиксия кўпинча ҳомилада асфиксиянинг давоми бўлиб, баъзан ҳомила туғилаётган пайтда кузатилиши мумкин. Бунда, бир томондан, чала туғилган чақалоқларда нафас олишни бошқарувчи марказ тараккий этмаганлиги бўлса, иккинчи томондан эса, чақалок нафас йўллариға қоранок суви ва қин йўлидаги шиллик моддалар тушиши натижа-

сида нафас йўллари беркилиб қолишидир. Асфиксиянинг клиник белгиларига қараб энгил, ўртача оғирликдаги ва оғир даражалари кузатилади.

Энгил даражадаги асфиксияда ҳомиланинг териси бироз кўкимтир бўлиб, нафас олиши қийинлашган, рефлекслар ҳамда мускулларининг тонуси бироз пасайган, лекин юрак уриши яхши, нафас олиши бироз сустрок бўлади.

Ўртача оғирликдаги асфиксияда ҳомила териси кўкимтир, рефлекслари ва мускуллар тонуси пасайган, юрак уриш сони камайган, нафас олиши паст бўлади.

Оғир даражадаги асфиксияда чақалок деярли нафас олмайди ёки сийрак нафас олади, юрак уриши анча пасайган, рефлекслари ва мускул тонуслари жуда паст ёки деярли бўлмайди, териси оқимтир тусда бўлади.

Иккиламчи асфиксия ҳомила туғилгандан сўнг чақалок ҳаётининг биринчи кунларида кузатилиб, унга кўпроқ ўпка зотилжами, ўпка маълум қисмларининг нафас олишда қатнашмаслиги (ателектаз), бош мия шикастланиши, ички аъзолар аномалияси, ҳаддан ташқари чала туғилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин. Иккиламчи асфиксиянинг бошланиши нафас олишнинг қийинлашиши ва тери ранггининг кўкимтир бўлиши билан бошланади. Чақалок қийналиб нафас олиши ёки бутунлай нафас ололмай қолиши мумкин, шунда териси жуда кўкариб ёки оқариб, мускуллар тонуси пасайиб кетади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, чақалок ўзига келади, лекин асфиксия кейинроқ яна қайтарилиши мумкин, шунинг учун асфиксия сабабини бартараф қилишга ҳаракат қилиш лозим. Бундай жараён кўпроқ жуда чала туғилган чақалокларда кузатилади. Иккиламчи асфиксияда болани сўғич билан эмизиб боқиш, тана ҳароратининг пасайиб кетиши, қорнининг дам бўлиши, бирон-бир укол қилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги ҳомила гипоксияси (ёки асфиксияси)га қуйидагича даво қилинади. Ҳомила сурункали гипоксиясининг олдини олишда оилавий поликлиника муҳим рол ўйнайди. Ҳар қандай ички касалликларни ҳомиладор бўлмасдан олдин даволаган маъқул. Ҳомиладорлик бошланганидан сўнг ҳомила гипоксияси бўлиши эҳтимоли бор аёллар шифокорга мурожаат қилишлари лозим. Гипоксияга сабаб бўлувчи ички касалликлар ва ҳомидорлик гипертензив ҳолатларини ўз вақтида даволаш гипоксиянинг олдини олиш гаровидир.

Туғруқ даврида уни тўғри бошқариш лозим. Асфиксия бошланиши билан керакли чора-тадбирлар кўрсатилса, уни ўз вақтида даволаш болалар ўлимининг олдини олишда муҳим рол ўйнайди.

Масалалар.

1. Қайта ҳомиладор аёл, 26 ёшда, 22-23 ҳафта ҳомиладорлик билан келди. Анамнезидан – олдинги ҳомиладорликлари 16 ва 18 ҳафтада ҳомила тушиш билан тугаган. Ҳайз цикли бузилмаган.

2. 38 ёшли биринчисига ҳомиладор ҳомиладорликнинг 33-34 ҳафтасида, УТТ бажариш керак? Ҳомиладорлик муолажаларини тайинлаш режаси? Текширувга жўнатилган. Қорин айланаси 90 см, бачадон туби туриш

баландлиги 34 см. Аёл вазни 70 кг. Тахминий диагноз? Текширув мақсади қандай?

Ўргатувчи тестлар

1. Ҳомиладорлик муддатига етмаслигининг 6 та сабабини айтинг:
инфекцион касалликлар (бруцеллёз, токсоплазмоз)
вирусли инфекция
инфантилизм (гормонал етишмовчилик, бачадон гипоплазияси)
аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касаллиги
жинсий аъзоларда ривожланиш нуқсони
истмик-цервикал етишмовчилик
2. Муддатига етмаган ҳомилага ҳос 5 та белгини айтинг:
тана оғирлигининг 2500 г дан камлиги
бўйининг 45 см дан камлиги, овози чийиллаган
ҳомила оқиш суртмасининг кўплиги
тери ёғ клетчаткасининг камлиги
қулоқ ва бурун тоғайларининг юмшоқлиги
тирноқларнинг калталиги
ўғил болаларда мояги уруғ халтага тушмаган, киз болаларда кичик
жинсий лаблар катта лабларини ёпмаган
3. Муддатидан олдин туғруқ ва ҳомилага таъриф беринг:
Муддатидан олдин туғруқ деб, ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан 37
ҳафтасигача бўлган туғруққа айтилади
Ҳомила вазни 500 г дан 2499 г гача
4. Муддатидан олдинги туғруққа ҳос асоратлар:
Ҳомилнинг нотўғри ҳолатда бўлиши ва ётиши
НЖЙБК
Тез ёки ўта тез туғруқ
Туғруқда она ва бола жароҳати
5. Муддатидан олдинги туғруқнинг 3 босқичини айтинг:
Олдин туғиш хавфи
Бошланаётган муддатидан олдинги туғруқ
Бошланган муддатидан олдинги туғруқ
6. Муддатидан олдинги туғруқнинг асосий сабаблари:
Ижтимоий- демографик
Сийдик йўллари яллиғланиш касалликлари
Ҳомила тушиши, ҳомилани олдириш
Ўткир ва сурункали, вирусли касалликлар
Истмик – цервикал етишмовчилик
7. Муддатидан олдин туғилиш хавфи клиникаси:
қорин пастида ва бел соҳасида доимий бўлмаган оғрик.
бачадон қўзғалувчанлиги ва тонуси ошган.
бачадон бўйни сакланган, бўғзи ёпиқ.
8. Бошланаётган муддатидан олдин туғиш клиникаси:
қорин пастида дардсимон оғрик ёки мунтазам дард.
бачадон бўйинининг текисланиши ва калталашуви.
қоғаноқ сувларининг барвақт кетиши.

9. Бошланган муддатидан олдинги туғишнинг клиникаси: мунтазам дард тутиши.

бачадон бўйнининг 2-4 см дан кўп очилиши.

10. Вақтидан олдинги туғрукнинг кечиш хусусиятлари:

Қоғаноқ сувларининг барвақт кетиши.

Туғрук фаолияти аномалиялари.

НЖИБК.

Туғрукнинг III ва ilk чилла даврида қон кетиши.

Туғруқда ва чилла даврида йирингли- септик асоратлар.

Ҳомила гипоксияси.

11. Вақтидан олдин туғилиш хавфини даволаш тамойиллари:

Ётоқ режими

Психотерапия ва седатив воситалар

Спазмолитик терапия

Бачадон активлигини пасайтириш: токолитиклар, b- адреномиметиклар

Физиотерапия ва дориларсиз усуллар қўллаш.

Простагландин ингибиторларини буюриш.

Чакалоқларда нафас респиратор- дистресс синдромини глюкокортикоидлар билан олдини олиш.

XVI БОБ

МУДДАТИДАН ЎТГАН ҲОМИЛАДОРЛИК

Мақсад. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик тўғрисида тушунча, сабаблари, патогенези, диагностикаси, асоратларини ва туғруқ жараёнини бошқариш усулларини ўрганиш.

Режа. 1. Муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг сабаблари ва патогенези.

2. Ҳомиладорликни олиб бориш.

3. Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлаш.

4. Асоратлари.

5. Туғруқ жараёнини бошқариш усуллари.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик, кўпчилик олимларнинг фикрича, умуман 1,4-14% ҳолларда учраб, ўртача 8% ни ташкил қилади. Бизнинг шароитимизда тез-тез туғадиган аёллар кўп бўлганлиги учун 5-10%, биринчи туғувчи аёлларда эса 4-5% ҳолларда учрайди.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик нима? Физиологик ҳомиладорлик 39-41 ҳафта давом этади, агар 42 ҳафтадан ўтиб кетса, патологик – муддатидан ўтган ҳомиладорлик ёки кечиккан туғруқ ҳисобланади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни узок давом этган ҳомиладорликдан фарқ қила билиш керак.

Узок давом этган ҳомиладорликда ҳомила она организмда туғилиш даражасида ривожланмаганлиги сабабли ҳомиладорлик бир-икки ҳафта кўп давом этади. Кўпчилик олимлар бунини биологик ҳолат ёки ҳомиладорликнинг муддатидан вақтинча узайиши деб ҳисоблайдилар.

Агар ҳомиладорлик муддатидан икки ҳафта ёки бундан кўпроқ ўтса ва ҳомилада вақтидан ўтиб туғилиш белгилари мавжуд бўлса, бу патологик

ёки ҳақиқий вақтидан ўтиб туриш дейилади. Кейинги вақтларда ўтказилган кўпгина илмий тадқиқотлар ва кундалик тажриба ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли эканини кўрсатди.

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликнинг келиб чиқиш сабаблари кўп йиллардан бери олимларнинг диққат-эътиборини ўзига жалб этиб келган.

Гиппократ давридан шу вақтгача жуда кўп илмий тадқиқотлар қилинди ва кўпчилик олимлар аёл организмида нейрорендокрин системаси, жинсий безлар фаолиятининг бузилишини муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг асосий сабабларидан бири деб ҳисоблайдилар, шулардан айримлари тўғрисида тўхталиб ўтмоқчимиз.

Ҳайз кўриш циклининг ҳар хил ўзгаришлари ҳомиладорликнинг муддатига таъсир қилиши аниқланган. Бунда: болалик даврида бўлиб ўтган бирон-бир инфекциясиз касалликлар (қизилча, тепки, қизамиқнинг оғир формаси ва бошқалар) ҳайз кўришни бошқарувчи бош миёдаги марказлар фаолиятини ўзгартириб, ҳайз муддатининг бузилиши, натижада ҳайз цикли қисқа (21 кундан кам) ва узок (25 кундан кўп) бўлиб қолиши мумкин. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳайз циклининг ҳар замонда (2-3 ойда бир марта) келиши маълум рол ўйнаши мумкин.

Бу жараёнда ички аъзоларнинг баъзи касалликлари ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Булардан ички секреция безлари (гипофиз, буйрак усти, меъда ва бошқалар) фаолиятининг бузилиши, моддалар алмашишининг (ёғ, оксил, углевод ва бошқалар) ўзгариши, ҳомиладорликда гипертензив ҳолатлар, бирон-бир нерв-психик касалликлар ҳам маълум таъсир кўрсатиши мумкин. Бу асоратда ҳомиланинг ҳам ҳиссаси катта, чунки вақтидан ўтиб турилган ҳомила ва чакалоқлар ўртасида турли нуқсонлар: гидроцефалия-мия коринчасига сув йиғилиши, анэнцефалия-ҳомиланинг бош миясиз туғилиши, микроцефалия-бош миyaning одатдан ташқари кичик бўлиши. Даун касаллиги, туғма насл касаллиги, буйрак поликистози - буйракнинг майда пуфакчаларига айланиши каби касалликлар 9,24% ни ташкил этади.

Одатда ҳомиланинг нормал ривожланишида она-йўлдош-ҳои́ла тизими бир бутун бўлиб, уларнинг фаолиятлари бир-бирига чамбарчас боғлиқдир.

Ҳомиланинг буйрак усти беzi дегидроандростерон гормони ишлаб чиқаради, у ҳомила ва она жигарида 16-гидроэпиандростеронга айланади, бу эса йўлдошда эстрадиолга айланади. Агар бу тизим бузилса, она қонига эстриол миқдори камаяди, бу ҳомила ҳаёти хавф остида эканлигини кўрсатади. Агар эстроген гормони етарли ишланиб чиқмаса, аёл организмининг туғиш вақтида ўлик бола туғилишига олиб келади.

Баъзи олимларнинг фикрича, қондаги прогестерон гормони кўпайиб кетса ҳам ҳомиладорликнинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқ жараёнининг ўз-ўзидан бошланишида биологик актив аминлар (серотонин, кинин, брадикинин, простагландин ва бошқалар) катта аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг қондаги миқдори камайиб ёки оксидаминаза

хамда холинэстераза ферментларининг кўпайиб кетиши ҳам ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Туғруқ вақтида бачадон мушаклари яхши қисқариши учун микроэлементлар (марганец, рух ва бошқалар), витаминлар (В гуруҳи В₁, В₁₂, витамин РР, С, Е ва бошқалар), гликоген ва бошқалар муҳим рол ўйнайди. Агар ана шу моддалар аёл қонига камайиб кетса, бачадон мушакларида моддалар алмашилишининг бузилишига олиб келиши ва ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, бачадон мушаклари илгари яллиғланган ёки аёл кўп мартда аборт қилдирган бўлса, бачадон мушакларининг қондаги гормонларга сезувчанлигининг сусайиши ҳам муддатидан ўтган ҳомиладорликка сабаб бўлиши мумкин.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашда оилавий поликлиниканинг роли катта. У ерда аёлларни ҳар тарафлама текшириш катта аҳамиятга эга.

Ҳомиладор аёллар оилавий поликлиникага келганда ҳайзнинг қачон ва неча ёшдан бошлангани, неча кун давом этиши, неча кунда такрорланиши (21, 28 ёки 30-35), ҳайз кўрганда оғриқ бўлиш-бўлмаслиги, охириги мартда қачон ҳайз кўргани каби маълумотларни билиши жуда катта аҳамиятга эга, чунки муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик кўпинча кеч, 16-17 ёшда ҳайз кўрган ва ҳайз кўриш функцияси бузилган аёлларда кўпроқ учрайди.

Ҳомиладорликда аёлнинг ёши катта аҳамиятга эга бўлиб, муддатидан ўтган ҳомиладорлик кўпинча 28 ёшдан кейин биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда кўп учрайди.

Поликлиникада аёлдан олдинги ҳомиладорлиги қандай ўтганлиги, фарзанди чала туғилганми ёки муддатидан ўтганми, ҳомиладорлик асоратлари тўғрисидаги маълумотларни ҳомиладорлик варакасига аниқлаб ёзиб қўйиш керак. Аёл ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (5 ойгача) бир ойда бир-икки, иккинчи ярмида уч-тўрт марта текшириб турилади. Агар ҳомиладорлик даврида нормадан ташқари белгилар топилса ёки ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиш хавфи бўлса, бунда аёлни туғруқхонага ҳомиладорликнинг 37-38 ҳафтасида ётқизиш зарур.

Ҳомиладор аёлнинг тахминий туғиш вақти қуйидагича аниқланади. Ҳомиладорлик охириги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланганда ўрта ҳисобда 280 кун ёки акушерлар ойи билан 10 ой (40 ҳафта), баъзан ҳомиланинг ривожланиш хусусиятига қараб 280 кундан (10-12 кунгача) кам ёки кўп давом этиши мумкин.

Бундан ташқари, охириги ҳайзнинг биринчи кунидан бошлаб 3 ой орқага санаб, унга 7 кун қўшилади. Масалан, агар охириги ҳайзнинг биринчи куни 20 август бўлса, 3 ой орқага саналиб унга 7 кун қўшилса, туғруқ келаси йилнинг 27 майида бўлади. Ҳомиланинг тахминий туғилиш кунини унинг биринчи мартда қимирлаган санасини аёлдан сўраб ҳам аниқлаш мумкин. Маълумки, биринчи туғувчи аёллар ҳомиланинг биринчи марта қимирлашини 20 ҳафталигида, қайта туғувчилар эса 18 ҳафтада сезишадди. Шунга асосан, биринчи туғувчиларнинг ҳомила қимирлаганлигини сезган санасига 144 ёки 20 ҳафта, қайта туғувчиларда 154 ёки 22 ҳафта,

туғрукнинг тахминий кунини аниқлаш мумкин.

Ҳозирги пайтда туғрук вақтини аниқлашдаги кўшимча усуллардан бири қондан суртмалар олиб, ундаги ҳужайралар сифатига, сонига, шаклига қараб цитологик аниқлаш усули кенг тарқалган. Қин девори шиллиқ қавати 4 хил ҳужайралардан ташкил топган: базал, парабазал, оралик ва юзаки қаватдан. Бунда базал қават ҳужайраларигача етилади, ҳужайра шакллариининг ўзгариши ва уларнинг борган сари кичикланиши, кўчиб туриши ҳужайраларининг сони, қондаги эстроген ва прогестерон гормонларининг миқдорига боғлиқ.

Одатда туғруққа яқин ҳомиладор организмда эстроген гормони кўпайиб боргани учун у қин шиллиқ қавати ҳужайраларига таъсир қилиб, қават ядроси нуктасимон бўлган ҳужайралар сони ҳам кўпая боради. Қиндан суртманинг тушиши 8-10 кун қолганда ҳар куни олиб текширилиб кўрилганда бунга ишонч ҳосил қилиш мумкин. Агар кўрсатилган ҳужайралар сони 20 дан кам бўлса, демак ҳомиладор организмда эстроген гормони камлигини кўрсатади, шу билан бирга туғруққа кўникаётганидан дарак беради. Агар қинда яллиғланиш бўлса, бу усул билан текшириш натижа бермайди. Шу билан бирга бачадон бўйнининг етилиш даражасига, бачадон мускулларининг окситоцинга сезгирлигига ҳам аҳамият бериш зарур. Бачадон бўйнининг узунлиги, чаноқ ўқига нисбатан жойлашиши, деворларининг қалин-юмшоқлиги, қаналининг кенглиги каби белгиларга қараб 4 та «етилганлик» даражаси тафовут қилинади. Бу ҳомиладорликнинг 38-ҳафтасидан бошлаб аниқланади.

Бу жадвални ҳар бир фельдшер-акушерлик пунктида, туғруқхона заллари, оилавий поликлиникаларда кўзга кўринадиган жойга осиб қўйиш керак. Буни ҳар бир акушерка билиши, ўз иш фаолиятида ишлата олиши зарур. Чунки бу жадвал ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишидан ташқари, акушерлик асоратларининг олдини олишга ҳам ёрдам беради. Туғрук кечикаётганида ҳомила аҳволини билиш учун аёлни 8-10 та зинапоя поёнасидан юқорига чиқариб, сўнгра ҳомила юрагини эшитиб кўриш усули ҳам бор. Бунда, агар ҳомилада гипоксия бўлмаса, унинг юрак уриши 5-10 мартага тезлашади, секинлашса - бу ҳомилада гипоксия борлигини билдиради. Бу туғрукни тезлатиш усулларини қўллаш зарурлигидан дарак беради. Ҳомила аҳволини билиш учун ҳозирги даврда унинг юрак фаолиятини ёзиб оладиган электрокардиограф ва фонокардиограф каби аппаратлардан ва УТТ дан фойдаланилмоқда.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашга ёрдам берадиган ультратовуш текширишидир. Бунда ҳомила бош суяги қаттиқлашганлиги, ҳомила олди суви миқдори биров камайганлиги аниқланади.

Ҳозирги даврда клиникаларда муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашда амниоскопия (оптик система ёрдамида бачадон бўйни орқали ҳомила пуфаги ҳолати ҳамда суви рангига аҳамият бериш), қондаги эстроген, прогестерон, гонадотропин ва бошқа гормонларни текшириш усуллари кенг қўлланилмоқда. Она қони ва ҳомила қон айланиш системалари алоҳида-алоҳида бўлганлиги учун қон ҳеч қаерда бир-бири билан аралашмайди. Йўлдошлар капилляр қон томирлар орқали она билан бола

ўртасидаги моддалар алмашувини таъминлаб туради. Шунинг учун ҳам йўлдош ҳомиланинг овқатланишини, нафас олишини, моддалар алмашув натижасида ҳосил бўлган чиқиндиларнинг ажралишини таъминлайдиган аъзо ҳисобланади. Агар йўлдошда турли морфологик ўзгаришлар бўлса, моддалар алмашинуvinинг барча турига таъсир этади.

Айрим ёш оналар юқорида айтиб ўтилган баъзи маълумотлардан ҳабардор бўлсалар ҳам, дард бошланмасдан олдин туғруқхонага бормайдилар, бу эса кўнгилсиз воқеаларга сабаб бўлади.

Ҳомиладор аёлни туғруқхонага ётқизиб текширилса, тўлиқ маълумотлар олишдан ташқари, даволаш чоралари ҳам кўрилади. Ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли деганимизнинг сабаби шундаки, йўлдош қон айланиш системаси фаолияти сусайиши билан бир қаторда она ва бола организмда моддалар алмашинуvinинг барча турлари ҳам бузилади.

Ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши кўпинча баҳор, киш ойларида, организмда витаминлар камайган даврда учрайди. Бизнинг шароитимизда витаминларга бой ҳўл ва қуруқ мевалар мўл бўлганлиги учун ҳомиладорликнинг муддатидан ўтишининг олдини олиш мумкин.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда кўпроқ илк ва ҳомиланинг сурункали гипоксияси ёки унинг нобуд бўлиши, туғруқ даврида эса дарднинг сустлиги, чанокнинг функционал торлиги каби асоратлар кузатилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда нималар қилиш ва туғруқни қандай бошқариш керак?

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, ҳомилани туғдиришга ҳаракат қилишдан олдин уни ҳар томонлама текшириб, аниқлаш лозим. Агар ҳомила етилиши учун туғруқ вақти узаяётган бўлса, биров (42-ҳафтагача) кутиш ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дорилар бериб туриш мумкин. Ҳомиладорликнинг вақтидан ўтаётгани хақиқий бўлса, унинг туғилиши вақтида ёрдам бериш лозим. Бунда аёлнинг ўзи туға оладими ёки дард бошланишини кутмай, операция йўли билан туғдириш зарурияти пайдо бўладими, деган масалани ўз вақтида ҳал қилиш керак. Агар аёлда ҳомиладорлигида ва аввалги ҳомиладорликларида қандайдир асорат, ички аъзолар касалликлари бор бўлса, туғруққа 3-4 кун қолганда ҳомилани кесар кесиш операцияси билан олингани маъқул. Ҳомиланинг туғилиши вақтидан ўтган бўлса (аҳволи ёмон бўлмаса), бачадон оғзини етарлича «етилтиришда» ҳамда бачадон мушакларини окситоцин моддасига сезувчанлигини ошириш учун ҳомиладор организмга простагландинлардан юборилади. Шунда ҳам энзапрост ва глюкоза аралашмасидан одатдагидек 6-8 томчидан қон томирга аста-секин юборавериш керак, бу эса бачадон оғзининг етарли «етилишига» ёрдам беради.

Дард тутиши мунтазам бир текис ва қоғаноқ парда бутун бўлса, шунингдек бачадон бўйни секин-аста очила бошласа, 7-8 см гача, агар ҳомила кўндаланг ёки ҳаддан ташқари катта бўлмаса, уни аста-секин игна ёрдамида йиртиш мумкин. Қоғаноқ парда бачадон бўйни очилмасдан туриб йиртилса, туғруқда ҳар хил асоратлар пайдо бўлиши мумкин.

Энзапрост юборилганда аёл ва ҳомила аҳволини диққат билан куза-

тиш керак. Зарурат бўлиб қолганида (бачадон мускулларининг тез-тез қисқариши, йўлдошнинг олдин кўчиш белгилари, ҳомила аҳволининг ёмонлашиши) энзапрост юборишни тўхтатиб асоратларнинг олдини олиш мумкин. Барча ҳомиладор аёлларда гемоглобин ва қўп туққан хотинларда, айниқса илгари ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида қон кетган аёлларда қон ивиш системасини олдиндан аниқлаш зарур. Ҳомиланинг она қорнидаги асфиксиясининг олдини олиш учун глюкоза эритмаси (20 мл) ва кокарбоксилазани (50 мл) қон томирига юбориш лозим.

Туғруқ жараёнини бошқариш усуллари

Туғруқ жараёнини кузатилиб, дард тутаётганида бачадон мушакларининг ҳаддан ташқари қисқаришига йўл қўймаслик ва оғриқсизлантириш учун вақти-вақти билан спазмолитик (атропин, папаверин, ношпа) дорилар бериб туриш лозим. Туғруқни оғриқсизлантириш учун ҳозир перидураланальгезия қўлланади. Агар туғруқ давомида бирон-бир асорат (дардининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги, ҳомила асфиксияси) содир бўлиб қолса (одатдагича тегишли бобларга қаралсин) зарур ёрдам кўрсатилади. Чаноқ функционал тор бўлса (бунга кўпроқ йирик ҳомила, ҳомила бош суягининг қаттиқлашиши сабаб бўлади), унинг даражасига қараб кесар кесиш операцияси қўлланилади.

Ўргатувчи тестлар

1. Муддатдан ўтган туғруқни олиб боришни қандай 2 та турини биласиз?

Туғруқ дардини туғруқ тайёрлов бўлимида чақириш.

Жарроҳлик йўли билан.

2. Муддатидан ўтган туғруқни 2 та натижасини айтинг:

кесар кесиш амалиёти;

туғруқ табиий йўллари орқали тугаши.

3. Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиши, агар унинг давомийлиги:

294 кун.

42 ҳафта.

43 ҳафта.

4. Ҳомиладорлик муддати ўтишини келтириб чиқарувчи 4 та назарияни айтинг:

нейрогуморал;

гормонал;

иммунологик;

прогестеронли блок.

5. Ҳомила муддати ўтишини қандай 3 та сабаби клиник тор чаноққа олиб келади?

Ўта етилган йирик ҳомила.

Туғруқ фаолиятининг сустлиги.

Миометрийнинг функционал етишмовчилиги.

6. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳомилада қайси асоратлар кўпроқ ривожланади?

Сурункали гипоксия.

Туғруқда жароҳат.

Ҳомиланинг туғруқда нобуд бўлиши.

7. Муддатидан ўтган ҳомиладорликни она томонидан сезиладиган 4 белгисини айтинг.

Муддатига етган ҳомиладорликда (38-40 ҳафта) бачадон бўйнидаги биологик тайёргарликнинг бўлмаслиги.

Ҳомиладорлик 40 ҳафтасидан кейин қорин айланасининг камайиши.

Ҳомила ўлчамларининг катталиги сабабли бачадон тубининг баланд туриши, пастки сегмент гипертонуси ва ҳомила олдида ётган қисмининг баландда жойлашганлиги.

Организмнинг эстроген билан тўйинганлиги пасайиши, қонда эстроидол, плацентар лактоген, кортикостероидлар, трофобласт глобулин микдорининг камайиши.

8. Ҳомиладорлик пайтида муддатидан ўтганликнинг ҳомила томонидан сезиладиган белгилар:

ҳомила ҳаракат фаоллигининг кучайиши ва сусайиши;

КТГда юрак уриш сони ритмининг ўзгариши;

ҳомила биофизик кўрсаткичларининг сусайиши.

9. Муддатидан ўтган ҳомиладорликка хос УТТ 4 белгисини айтинг:

йўлдош қалинлигининг камайиши, унда киста, петрификатлар аниқланиши

камсувлиқ;

қоғаноқ сувлари зичлигининг ортиши;

ҳомила, йўлдош ва бачадон қон айланишининг пасайиши.

10. Қайси 4 сабаб туфайли ҳомилада муддатидан ўтганда сурункали гипоксия ва чақалоқларда асфиксия ривожланади?

Фетоплацентар етишмовчилик.

Ҳомиланинг гипоксияга сезгирлигининг ортиши.

Нафас олиш бузилиш синдромлари.

Пневмопатиялар.

11. Кечиккан туғруқ учун қандай 6 асорат хос:

туғруқ кучлари сустлиги;

ҳомиланинг она қорнида димиқиши;

ҳомиланинг туғруқда нобуд бўлиши;

туғруқнинг III ва ilk чилла даврида қон кетишлар;

жарроҳлик йўли билан туғруқлар кўпайиши;

она ва бола жароҳати.

12. Ҳозирги пайтда муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғдиришнинг 2 усулини айтинг:

табiiй туғруқ йўллари оркали;

жарроҳлик йўллари билан туғдириш.

13. Қайси 2 сабаб муддатидан ўтган ҳомиладорликда клиник тор чанок ривожланишига олиб келади?

Иирик ҳомила.

Ҳомила боши конфигурация қобилятининг йўқолиши.

14. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик диагностикасида қўшимча усул-

лар:

УТТ

амниоскопия, амниоцентез

гормонал текширувлар

қоғанок сувларини биокимёвий текширув

хомила кардиотокографияси

15. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда кесар кесишга кўрсатмалар:

30 ёшдан ошган 1-туғувчилар;

катта ҳомила;

хомила гипоксияси ва гипотрофияси;

хомила чаноғи билан келиши;

акушерлик анамнезига мойиллик;

туғруққа биологик тайёргарликнинг йўқлиги.

16. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда йўлдошни кўрганда нималар аниқланади?

Ёғли ўзгаришлар.

Кальцификатлар.

Пардаларнинг сариқ-яшил тусга бўялиши.

17. Муддатидан ўтиб кетган ва чўзилиб кетган ҳомиладорликка таъриф беринг?

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик деб, 42 ҳафтадан ошса ва муддатидан ўтиб кетганлик белгилари билан бола туғилганда айтилади.

Чўзилиб кетган ҳомиладорлик- бу ҳомиладорлик муддати 42 ҳафтадан ўтиб, муддатидан ўтиб кетганлик белгиларисиз бола туғилганда айтилади.

18. Чақалоқларда муддатидан ўтиб кетганлик 5 белгисини айтинг:

бош суяклари қаттиқ;

чок ва лиқилдоқлар торайган;

хомила ёғсиз;

хомила вазнига нисбатан ўлчамларининг катта бўлиши;

оёқ -қўллар кафтлари «ҳаммом» дан кейинги ҳолатга ўхшаши.

19. Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетишига олиб келувчи 6 та асосий омилни айтинг:

МНС даги камчиликлар, вегетатив мувозанатнинг бузилиши (парасимпатик нерв системаси устун бўлиши);

гормонал омиллар;

бачадондаги эстроген рецепторлар сонининг камлиги;

симпатик- адренал система фаолиятининг бузилиши;

аутоиммун бузилишлар;

хомилада нуксонлар ривожланиши.

XVII БОБ

АКУШЕРЛИҚДА РЕЗУС-ОМИЛ

Мақсад. Резус иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши, даволаш чоралари, ҳомила ва чақалоқнинг гемолитик касаллиги, гемолитик касаллик диагностикаси, чақалоқлар гемолитик касаллигини даво-

лаш ва резус иммунизация ҳолатининг олдини олиш чораларини билиш.

Режа. 1. Резус иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши.

2. Даволаш чоралари.

3. Ҳомила ва чақалоқнинг гемолитик касаллиги.

4. Гемолитик касалликнинг диагностикаси.

5. Чақалоқлар гемолитик касаллигини даволаш.

6. Резус - иммунизация ҳолатининг олдини олиш чоралари.

17.1. ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА РЕЗУС ИММУНИЗАЦИЯСИ

Чала туғиш, ўлик туғиш ва перинатал даврдаги ўлимнинг сабабларидан бири она ва ҳомила қонининг резус-омил, АВО-тизими бўйича иммунологик номувофиклиги ҳисобланади.

1940 йил Ландштейнер ва Виннерлар биринчи марта инсонлар эритроцитида агглютиноген борлигини исботладилар ва уни «резус-омил» деб атадилар.

Резус-омил эритроцитларда 85% ҳолларда мавжуд бўлиб, бундай инсонлар резус-мусбат ($Rh \llcorner +$), 15% ҳолларда резус-омил бўлмайди ва улар резус-манфий ($Rh \llcorner -$) инсонлар гуруҳига кирадилар.

Резус-омилнинг бор ёки йўқлиги инсоннинг қайси қон гуруҳига ҳос эканига ёки унинг ёши қайси жинсга мансуб эканлигига боғлиқ эмас.

Резус-омилнинг хоссаларидан бири унинг наслдан-наслга ўтишидир.

Резус-омил протеин бўлиб, у асосан эритроцитларда, камроқ ҳолларда лейкоцит ва тромбоцитларда жойлашган. Резус-омилнинг сифат бўйича бир-биридан фарқ қилувчи асосий турлари мавжуд: Д антигени 85%, С антигени 70%, Е антигени 30% одамларда мавжуд. Гемолитик касаллик кўпинча она ва ҳомила қонининг Д омили бўйича мос келмаслиги туфайли ривожланади.

Антиген резус манфий одам қонига тушиб, уни иммунлайди ва антирезус –антитаналар ишлаб чиқаришига сабаб бўлади.

Қони резус - манфий аёлларнинг иммунланиши улар қони резус-мусбат ҳомила билан ҳомиладор бўлганларида, ёки аёл организмига резус –мусбат қон юборилганда рўёбга чиқади (гемотрансфузия, гемоклизма, изогемотерапия).

Резус-омилга бўлган иммунизация сунъий аборт, ҳомила ташлаш ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликдан сўнг ҳам вужудга келиши мумкин.

Шуни айтиш керакки, резус-омил бўйича иммунологик номувофиклик барча резус- манфий қонли аёлларда эмас, балки 5- 10% ҳолларда учрайди.

Биринчи бор ҳомиладорликда учрамаган резус-иммунизация 2-3-4 ҳомиладорликларда учрайди. Агар сунъий аборт қилинса, ҳомила ташлаш, гемотрансфузия ва бошқа ҳолларда ҳам оғирлик даражаси ортиб, антитаналар титри ортади. Шу туфайли ҳомила тушиш, чала туғиш, чақалоқлардаги гемолитик касалликлар каби асоратлар юзага келади.

Ҳомиладорликнинг кечиши

Резус-иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши соғлом

аёллардагидан бирмунча фарк қилади. Ҳомиладор аёл умумий ҳолсизликка, уйқучанликка, ҳаво етишмаслиги, баъзан қисқа муддатга ҳушдан кетиш, қорин остида доимий оғриқдан шикоят қилади. Резус-иммунизацияли аёлларда ҳомиладорликнинг I ярмидаги токсикозлар 50%, ҳомила тушиш ҳавфи 47%, қон босимининг пасайиши (гипотония) 23% ҳолларда кузатиладиган. Ҳомиладорликнинг II ярмидаги токсикозлар ҳам кўп учрайди: шишлар - 13%, нефропатия - 16%. Камқонлик ва унинг асоратлари ҳам кўп ҳолларда кузатилади.

Бундан ташқари, жигар фаолиятининг бузилиши ҳам кузатиладиган.

Ҳомила томонидан эса сурункали гипоксия, юрак уришининг ўзгариши ҳоллари кузатилади.

Ҳомиладорликда резус-иммунизация ҳолатини аниқлаш учун илк бор аёллар маслаҳатхонасига келган барча ҳомиладорларнинг қандай резусга мансуб эканлиги аниқланади. Агар сенсibiliзация бўлмаса 2 ойда 1 марта, сенсibiliзацияли аёлларда 32 ҳафтагача ҳар ойда 1 марта, 32-35 ҳафтагача ойига 2 марта ва кейин ҳар ҳафтада қон текшириб турилади. Агар резус-манфий бўлса, турмуш ўртоғининг қон гуруҳи ва резуси аниқланади, чунки резус – мусбат қон гуруҳи аниқланса, резус – иммунизация ҳолати келиб чиқиши мумкин бўлади. Резус-иммунизация диагнози лаборатор текшириш усулларида қонда антирезус-антитаналар титри аниқлангач қўйилади. Лекин резус-иммунизацияга ҳос бўлган асоратлар титр ошмасдан ҳам юзага келиши мумкин. Бундай асоратлар: ҳомила тушиш ҳавфи, эрта токсикозлар ва ҳомиладорликда гипертензия ҳолатлари, ҳомилада гемолитик касаллик, ўлик туғилиши, туғилган чақалоқлардаги билирубинли энцефалопатия ва бошқалар.

Даволаш

Барча резус – манфий ҳомиладорларга (иммунизация кузатилмаса ҳам) ва резус – антитана титри 1:2 бўлган ҳолларда ҳам амбулатор ёки стационар шароитида 3 марта носпецифик, десенсибилизация қиладиган даволаш чоралари 10-12 кун давомида ҳомиладорликнинг 10-12, 22-24, 32-34 ҳафталарида ўтказилади:

- овқатланиш рационал белгиланиб оқсилга бой, витаминларга бой овқатлар буюрилади.

- глюкозанинг 40% - 20-40 мл эритмаси 3,0-5,0 аскорбин кислота эритмаси билан 10-15 кун юборилади.

- витаминлардан: прегнавит 1 таблеткадан кунига, В₁ - 6% - 1,0 кунора тери остига, В₆ 5% - 1,0 кун ора тери остига 10 кун юборилади. Е витамини 10% - 1,0 кунора мушак орасига 10 кун юборилади.

- кокарнит 1 ампуладан м/о 6 кун, кокарбоксилаза 50 мг ҳар кун 10 кун давомида юборилади.

- антигистамин воситалардан: димедрол, пиполфен, супрастин 1 таблеткадан кечасига буюрилади.

- темир препаратлари: глобекс, мальтофер, тардиферон, феррумлек ва бошқалар 1 табл. 2 маҳал овқатдан кейин ичилади. Агар камқонлик кузатилса, феркайл ёки космофер мушак орасига ёки венофер венадан юборилади.

- метионин 0,5 дан, рутин 0,02 г дан, фолат кислотаси 0,02 г дан, кунига 3 марта.

- кислород ингаляцияси 3-4 марта буюрилади.

- дексаметазон 12 мг ҳар 12 соатда 2 марта буюрилади.

- акушерлик анамнезида нуқсонлари бўлган, ҳомиладорлиги асоратли кечувчи аёллар, антитаналар титри юқори бўлган аёллар албатта шифохонага интенсив даволаш учун ётқизилади.

- аллопластика, плазмоферез, гемосорбция тadbирлари ўтказилади

- қонда антитаналар титрини аниқлаш ҳам муҳим: 32 ҳафтагача I ойда I марта, 32-35 ҳафтадан кейин ҳар ҳафтада аниқланади.

- динамикада ультратовуш ёрдамида 20-24 ҳафтада текшириб туриш жуда муҳим аҳамиятга эга. Бунда йўлдошдаги ўзгариш ҳолатлари, ҳомиланинг қимирлаши, нафас олиши, гепатомегалия, қоринда сув йиғилиши ҳолатларини кузатиш мумкин.

Вақтидан илгари 35-37 ҳафталикда туғдириб олиш учун куйидаги ҳолатларни аниқлаш керак.

1. Резус – антитаналар титри ўсиб бориши;

2. Оғир акушерлик анамнези: ўлик бола туғилган бўлса, чақалоқнинг гемолитик касаллиги аниқланган бўлса, қон қуйиш ҳоллари кузатилган бўлса.

3. Ҳомила аҳволи ўзгариш ҳоллари кузатилса: ўта ёки секин қимирлаш, юрак уриш нуқсонлари кузатилса, ФКГ да ўзгаришлар бўлса.

Ҳомилани вақтидан олдин туғдирилганда ҳомила вазни 2500 г дан кам бўлмаслиги керак.

Резус-иммунизацияли ҳомиладорликда кўп учрайдиган асоратлардан бири чақалоқларнинг гемолитик касаллигидир.

17.2. ҲОМИЛА ВА ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИГИ

Ҳомила ва чақалоқнинг гемолитик касаллиги она ва ҳомила қонининг резус-омил, АВО-тизими ва жуда кам ҳолларда қоннинг бошқа омиллари бўйича иммунологик номувофиқлиги натижасида юзага келади.

Она қонида пайдо бўлган иммун антитаналар (антирезус ва гуруҳий) ҳомила қонига ўтиб унинг эритроцитлари билан реакцияга киришади (антиген- антитана реакцияси). Бунда ҳомила эритроцитлари гемолизга учрайди ва токсик боғланмаган билирубин ҳосил бўлади. Ҳомилада гемолитик касаллик ривожланади. Эритроцитларнинг парчаланиши ҳомилада анемиянинг, боғланмаган билирубиннинг йиғилиши сарикликка олиб келувчи сабаблардан биридир. Камқонлик ва сариклик ГК нинг асосий симптоmidир.

Оғир ҳолларда, боғланмаган билирубин критик ҳажмига етганда, ўзининг токсик таъсирини бир қатор хужайра функцияларига хусусан ок-

сидланиш – фосфорланишга кўрсатади. Боғланмаган билирубин ёғларда яхши эригани учун биринчи навбатда мия ҳужайраларидаги ядроларни жароҳатлайди. Бунда болада билирубин энцефалопатияси симптомлари пайдо бўлади ва касалликнинг ядровий сариклик деб номланган тури ривожланади. Ўсиб боровчи камқонлик ва интоксикация юрак етишмовчилиги, жигар функциясининг бузилиши, гипопро테인емиянинг ривожланиши ҳамда томирлар ўтказувчанлигининг ошишига олиб келади. Анасарка ривожланади.

Диагностика

1) Аёл анамнезини ўрганиш. 2) Резус ва гуруҳий антитаналар титрини аниқлаш. 3) Ҳомила юрак фаолиятини ўрганиш. 4) Ҳомила олди сувларини текшириш (амниоскопия, амниоцентез).

5) Ультратовуш сканерлаш маълумотларига асосланади.

Чақалоқлар гемолитик касаллигининг учта асосий тури фарқланади:

1. Шиш тури.
2. Сариклик тури.
3. Камқонлик тури.

Гемолитик касаллик қуйидаги асосий даражаларга ажратилади: энгил, оғир, ўта оғир, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши. Гемолитик касалликнинг асосий симптомлари (шиш, сариклик, камқонлик) нинг намоён бўлиш даражалари йиғиндисига қараб аниқланади.

Гемолитик касалликнинг шиш тури, энг оғир кўриниши бўлиб, бу турида ҳомила кўпинча ўлик туғилади ёки туғилганда ҳаётининг дастлабки соатларида ўлади. Бола тери ва тери остида шиш, асцит, тери рангги оч рангда туғилади. Баъзан энгил сариклик бўлиши мумкин. Боланинг аҳволи оғир, жигар ва талоқнинг катталашиши ва асцит сабабли қорни катталашади. Жигарнинг пастки чегараси киндиккача, баъзан ёнбош суяклар соҳасигача бўлади. Суюқлик нафақат қорин бўшлиғида, балки плевра ва перикардда ҳам йиғилади.

Қонни текшириб кўрилганда камқонлик кузатилади: Hb - 120-130 г/л да, эритроцитларда 1-1,5 млн. гача бўлади.

Гемолитик касалликнинг сариклик турида чақалоқ сариклик билан туғилади ёки ҳаётининг дастлабки соатларида сариклик пайдо бўлади. Сариклик қанча эрта бошланса, касаллик шунча оғир кечади. Сариклик касаллигининг оғир турида яшил тусга киради, сариклик формаси эритроцитлар гемолизи натижасида ҳосил бўладиган боғланмаган билирубин ҳосил бўлиши сабабли пайдо бўлади. Бола нимжон, уйқучан, кўкракни яхши эммайди, қусади, баъзан умуман кўкракни эммай қўяди.

Гемолитик касалликнинг анемик тури эритроцитлар кўп парчаланиши сабабли келиб чиқади. Касалликнинг асосий белгиси – бу камқонлик ҳисобланади. Чақалоқлар асосан соғлом туғилади. Hb микдори 100 г/л дан камайган бўлади.

Гемолитик касалликнинг 3 та босқичи (оғирлик даражаси бўйича) фарқланади (17.1.-жадвал).

Гемолитик касалликнинг оғирлик даражалари

Асосий клиник белгилари	Оғирлик даражалари		
	I	II	III
Камқонлик (киндикдаги Hb миқдори, г/л)	150	150-100	100
Сариклик (киндик қонида билирубин миқдори, ммоль/л)	85,5	85,5-136,8	136,9
Шин синдроми	Тери ости шини	Шин ва асинг	Универсал шин (анасарка)

Даволаш

Анемик формадаги ЧГК даволаш учун гемоглобин мидори 100 г/л дан кам бўлганда, чакалок қон гуруҳига мос келувчи резус – мусбат эритро-массани куйиш керак.

Сарик-анемик турдаги ЧГК ни даволашда куйидаги асосий даво усулларида фойдаланиш лозим: қонни алмаштириб куйиш, фитотерапия, ферментларнинг индукторлари ёрдамида даволаш, инфузион терапия.

1. Қонни алмаштириб куйиш. Муддатига етиб туғилган чакалок ҳаётининг 1-2 кунда қонни алмаштириб куйишга кўрсатмалар:

- сарикликнинг дарҳол турруқдан кейин ёки биринчи соатларида пайдо бўлиши.

- боғланмаган билирубин миқдори киндик қонида 68,14 ммоль/л ва юқори бўлса.

- билирубиннинг ўсиши чакалок ҳаётининг биринчи соатида 6,8 ммоль/л га тенг ва бундан кўп.

- туруқдан кейин гемоглобин (150 г/л ва бундан паст) ва гематокритнинг (40% ва бундан паст) қуйи миқдорларида.

Резус-конфликт (ихтилоф) чақирган ГК да ҳар доим резус-манфий қон 150 мг/кг миқдорида 7 ёки 76 рецептлари асосида тайёрланган, сақлаш муддати 3 кундан ошмаган қон ишлатилади.

2. Фототерапия ёки ёруғлик билан даволашнинг таъсири чакалок терисининг юқори қатламларида йиғилган боғланмаган билирубинни кундузги ёруғлик ёки кўк лампалар нурлари билан парчалашга қаратилган. Фототерапия узлуксиз ёки импульсли режимда, мавжуд лампа турига ёзилган йўриқномадаги схема бўйича бошлаб то сариклик йўқолгунча амалга оширилади.

3. Жигар микросомал ферментларининг индукторлари - фенобарбитал, зиксорин ва бензонал - жигардаги глюкуронилтрансфераза тизимини жадаллаштириш ва билирубин интоксикациясини камайтириш мақсадида қўлланилади. Фенобарбитал ва зиксорин чакалок ҳаётининг биринчи

кунидан бошлаб 3-5 кун давомида 10 мг дан 3 маҳал, бензонал 10 мг миқдоридоги суткалик дозасини 3 га бўлиб 5 кун давомида бериш керак.

4. Инфузион терапия. ГК пайдо бўлган биринчи кундан то боғланмаган билирубиннинг миқдори турғун пасайгунча олиб борилади. У ўз ичига: гемодез 6-10 мл/кг, глюкоза 5-10% 8-10 мл/кг, альбумин 10-20 5-8 мл/кг, плазма 5-10 мл/кг ни томчилаб вена ичига қуйишни олади. Коллоид ва кристаллик эритмаларнинг нисбати 1:1 бўлиши керак.

Гемолитик касаллиги бўлган чақалоқларни 3-5 кун лактоген билан озиқлантириш керак, чунки жисмоний толиқиш эритроцитлар гемолизи-ни ошириши мумкин. Она сутиди антитаналарнинг мавжудлиги озиқлантиришга қарши кўрсатма бўла олмайди, ваҳоланки антитаналар боланинг ошқозон-ичак йўлида парчаланadi. Бирок, билирубин миқдори пасайиб, сариқлик камайгандан кейингина кўкрак бериш мақсадга мувофиқ.

ГК нинг олдини олиш ва даволашга қаратилган чора-тадбирларни тўғри ташкил этиш, она ва ҳомила қонининг резус ва гуруҳий номувофиқлигида болалар перинатал касаллиги ва ўлимининг камайишига олиб келади.

Резус-иммунизация ҳолатининг олдини олиш чоралари

1. Қон қуйилганда резус ва гуруҳи бўйича мос келувчи қондан фойдаланиш муҳимдир.

2. Резус-манфий аёлларда 1-ҳомиладорликни иложи борица сақлаб қолиш абортларнинг олдини олиши керак.

3. Резус-иммунизацияли ва резус-манфий (иммунизация бўлмаса ҳам) ҳомиладорларни вақтида ҳисобга олиш, даволаш чора-тадбирларини вақтида бошлаш.

4. Резус-манфий аёлларга антирезус-гаммаглобулинни туғруқдан кейин 48 соат ичида юбориш, абортдан кейин, бачадондан ташқари ҳомиладорликда, йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиш ҳолларида ҳам албатта антирезус-гаммаглобулинни юбориш муҳимдир. Иммуноглобулин- антирезусни (200 мкг дан) м/о га 1 марта қилинади. Кесар кесиш ва бачадон бўшлиғини қўл билан тозалангандан кейин бу доза икки барбар оширилган дозада қилинади.

5. Абортларнинг олдини олиш учун оилавий поликлиникада, уйда тўғри тушунтириш ишларини олиб бориш, бачадон ички воситаларидан фойдаланиш аёлларда учрайдиган барча асоратларнинг олдини олишнинг муҳим омилдир.

Масалалар

1. 24 ёшли биринчи бор ҳомиладор бўлган аёл, оилавий поликлиникага 12 ҳафталик муддатдаги ҳомиладорлик билан мурожаат қилди. Қон гуруҳи А (II), Rh (-) (паспортидан).

1. Қандай текшириш ўтказиш керак?

А. Қондаги антитаналарни аниқлаш. *

Б. СПИД.

В. УТТ.

Г. Допплерометрия.

Д. Биокимёвий қон таҳлилари.

2. Резус- манфий аёлда ҳомиладорлик даврида қандай асоратлар кузатилади?

А. Ҳомиланинг вақтидан олдин тушиши.*

Б. Муддатидан ўтиб кетиш.

В. Гемолитик касаллик.*

Г. Кольпит.

Д. Сурункали гипертензия.

3. 32 ёшли қайта ҳомиладор аёл ҳомиладорлар патологияси бўлимига йўлланма билан юборилди. Йўлланмадаги диагнози: ҳомиладорлик 35-36 ҳафта. Резус- конфликтли ҳомиладорлик (титр АТ 1:32)

I. Стационар шифокорининг тактикаси?

А. Муддатидан олдин туғруқ билан яқунлаш.*

Б. Қондаги антитаналарни аниқлаш.*

В. УТТ.

Г. Доплерометрия.

Д. Биокимёвий қон таҳлили.

II. Янги туғилган чақалоқдаги гемолитик касалликнинг кўринишлари.

А. Анемик.*

Б. Сарик тусли.

В. Шиш.*

Г. Вирусли.

Д. Кўп камерали.

Ўргатувчи тестлар.

1. Резус-манфий номутаносибликдаги ҳомиладорликда ҳомиланинг аҳволини баҳолаш учун қонда нима текширилади?

Қон гуруҳи.

Резус-омил.

Кумбс синамаси.

2. Чақалоқлар гемолитик касаллиги симптомларини айтинг.

Гипербилирубинемия.

Камқонлик.

Терининг сарик рангги.

Танадаги шишлар.

3. Резус-манфий ҳомиладор аёлда неча марта антитанага текширув ўтказилади?

32 ҳафтагача ойда бир марта.

35 ҳафтадан ҳар ҳафтада.

32-35 ҳафталардан бошлаб ойига икки марта.

4. Резус-манфийлик бўйича изоиммунизация диагностикаси.

Анамнези.

Резус - антитаналарга тест, онасининг резус алоқадорлигини аниқлаш.

Эрининг резус алоқадорлигини аниқлаш.

Анти-резус-антитаналарни аниқлаш.

5. Ҳомиладор аёлларда резус-сенсбилизациянинг сабаблари.

Қон гуруҳи тўғри келганда, бола Rh(+), она Rh(-) бўлганда.

Резуси тўғри келмайдиган қон қуйилса, аутогемотерапия олиш.

32 кунлигида ўз-ўзидан ёки сунъий аборт қилинса.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликда.

Ҳомила ичида сенсбилизация.

ABO бўйича тўғри келмаган Rh(+) боланинг Rh(-) онадан туғилиши.

6. Ҳомиланинг 37-38 ҳафтасида муддатидан илгари туғдиришга кўрсатмалар.

Антитаналар титри баланд 1:8.

Ҳомиланинг УТТда аҳволининг ёмонлашувида.

Амниотик суюқликда билирубин оптик зичлигининг ошиши.

7. Резус-конфликтли ҳомиладорларда ҳомила гемолитик касаллигининг оғирлигини аниқлаш усуллари.

Амниоскопия, амниоцентез.

УТТ.

Ҳомилани биофизикавий профилини аниқлаш.

Ҳомила аъзоларини ўлчаш.

8. Ҳомиладорлик кечишида антирезус антитаналарнинг аҳамияти?

Антирезус антитана титрининг борган сари ошиб бориши ёки «сакровчи» ҳолатда ошиши ёмон прогностик белги ҳисобланади.

Антирезус антитананинг титри ва чақалоқ гемолитик касаллиги (ЧГК) нинг оғирлиги орасида тўғридан-тўғри боғланиш йўқ.

Антирезус антитананинг титри паст бўлганда ҳам оғир, ҳам енгил шакли ЧГК рўй бериши баробар.

Антирезус антитананинг юқори титрида ЧГК оғир шакли учрамайди.

9. Резус-конфликтли ҳомиладорликда учрайдиган энг кўп асоратлар?

Ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги.

Камқонлик ривожланиши.

Ҳомила гипоксияси, ҳомиланинг антенатал ўлими.

Ҳомила ва чақалоқ гемолитик касаллиги.

Ҳомиладорлар эрта токсикози ва гипертензия ҳолатлари.

Ҳомила гипоксияси.

10. Ҳомила ва чақалоқ ГК шакллари?

Анемик.

Сариклик.

Шишли.

11. Чақалоқлар ва ҳомила ГК таснифи?

Енгил даража.

Ўрта даража.

Оғир даража.

12. Енгил даражали ГК учун хос?

Касал болаларнинг 50% да бўлади.

Анте- ва пренатал даврда даволанишга мухтож эмас.

Туғилишда Нб даражаси 120-150 г/л.

Туғилганда билирубин 3,5 мг% дан кам эмас.

Неонатал даврда боғланмаган билирубин кўпи билан 20 мг%, гемоглобин камида 80 г/л.

13. Ўртача оғирликдаги ГК учун хос?

Касал болаларнинг 25-39% да бўлади.

Неонатал даврда ҳомила ичи гемотрансфузияси буюрилади.

Ўрта даражадаги камқонликда гемоглобин 70-120 г/л.

Неонатал даврда қон алмаштириш керак.

Киндик қонида билирубин – камида 3,5 мг%.

14. Резус-конфликтли ҳомиладорликдан туғилган чақалоқларда қандай текширувлар ўтказилади?

Резус ва АВО бўйича ҳомила қон гуруҳи текшируви.

Киндик қонида билирубин концентрацияси.

Гемоглобин.

Эритроцитлар сони.

Кумбс билвосита синамаси.

ГК билан туғилган чақалоқда гемоглобин камайиши ва билирубин кўпайишининг сабаби?

Йўлдошдан ўтган резус антитаналар ҳомила эритроцитларини агглютинацияга олиб келади.

Эритроцитлар емирилишидан гипербилирубинемия ва камқонлик ривожланади.

15. ЧГК ни даволаш асослари?

Қон алмаштириш.

Қон алмаштириш мос резус- манфий қон билан бажарилади.

Дезинтоксикацион терапия.

Гепатостимуляторлар.

Антианемик даво.

16. Эрида Rh (+) қон бўлса, Rh (-) бўлган ҳомиладорни даволаш?

Носпецифик десенсибиловчи терапия.

Глюкоза, аскорбин кислота, E, B₁, B₆ витаминлари, кокарбоксилаза.

Антигистамин дорилар (димедрол, пиполфен, супрастин).

Кислород ингаляцияси, умумий кварц нурлаш.

17. ЧГК ни замонавий даволаш (ўта ва оғир даражаси) усуллари:

Плазмоферез.

Қорин ичи гемотрансфузияси.

Томир ичи гемотрансфузиялари.

18. Rh (-) ҳомиладорларга қандай муддатларда носпецифик десенсибиловчи терапия ўтказилади?

10-12 ҳафта.

22-24 ҳафта.

32-34 ҳафта.

19. Иммуно-конфликтли ҳомиладорликка нималар хос?
Ҳомила антиген таркиби биринчи ҳафталарида ривожланади.
Ҳомила ва она Rh конфликт.
Она организмнинг химоя функцияси ҳисобига бўлади.
Эритроцитлар емирилади.
Она антигенлари ирсий йўл билан ўтади.

XVIII БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРГА АЛОҚАСИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИККА ВА ТУҒРУҚҚА ТАЪСИРИ

18.1. ҲОМИЛАДОРЛИК ВА КАМҚОНЛИК

Мақсад.

Анемия ҳақида тушунча, касаллик этиологияси, патогенези, диагностикаси, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр кечишини ўрганиш.

Режа.

1. Анемия ҳақида тушунча.
2. Анемия таснифи, тарқалиши, этиологияси, патогенези, клиникаси
3. Анемияда диагностика методлари.
4. Ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги давр асоратлари.
5. Даволашнинг асосий тамойиллари.

Анемия – фақат бизнинг Республикамиздаги муаммо бўлиб қолмай, балки бутун дунёда унинг кўп тарқалганлиги, иқтисодий ва инсонлар соғлигига ўтказаетган таъсири каттадир.

ЖССТ маълумотларига кўра темир танқислиги камқонлиги (ТТК) билан дунё бўйича 800 млн одам касалланган, 100 та бемордан 95 тасини аёллар ташкил қилади. Ҳомиладорларда энг кўп учрайдиган ички касаллик камқонлик ҳисобланади. Бу асосан темир микроэлементининг етишмаслигидан келиб чиқади. Камқонлик касаллиги ҳомиладорликда, туғруқда ва чилла даврида кўп асоратлар содир бўлишига сабаб бўлади. Бунда ҳомиланинг ҳаёти ҳам хавф остида қолади.

М.А.Набиева (1984), Ю.Қ.Жабборовва (1990) ва Х.К.Фармонкулов (1994) ларнинг текширишларига кўра ҳомиладорлар экстрагенитал касалликлари ичида ТТК биринчи ўринда туради. Барча анемиялар ичида эса ТТК 75-95% ни ташкил қилади.

ТТК нинг муаммолиги унинг кенг тарқалганлигидир. Ўзбекистонда фертил ёшидаги аёлларда 70%, ҳомиладор аёлларда 91,2% учрайди (Б.Х.Ҳамзалиев 1990, Д.А.Азимова, 1994, Ш.И.Каримов, 1994, С.М.Баҳрамов, Х.К.Фармонкулов, 1996, И.З.Зокиров, 1997.)

Орол атрофидаги экологик ҳолатнинг жиддийлиги аёлларнинг соғлигига таъсири катта. Ўсиб келаётган касалликлар орасида биринчи ўринда аёллар камқонлиги касаллиги туради. Бу касаллик сўнгги 10 йил ичида 5 баравар ошган. (О.А.Атаниёзова, 1997). ЖССТ (1996) маълумотлари бўйича камқонлик билан оғриган аёлларда туғруқ пайтидаги ўлим, соғ-

лом аёлларга нисбатан 5-10 баробар кўп учрайди.

Гемоглобин 80 г/л дан паст бўлса, ҳомиладор аёлнинг қон йўқотишга толерантлигини пасайтириб юборади. Гемоглобин 60 г/л дан пасайиб кетса, циркулятор декомпенсация тинч ҳолатда хансираш, юрак минутлик хажмининг ошиши билан яққол намоён бўлади.

Туғруқ, аборт, қон йўқотиш ва бошқа асоратлар туғувчи аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин (ПМАСО, 1989).

Гемоглобиннинг 40 г/л дан пасайиб кетиши аёлнинг анемик юрак етишмовчилиги ва ўткир гипоксиядан ўлим кўрсаткичини оширади.

Гемоглобин 40 г/л дан паст бўлган аёл учун 100 г қон йўқотиш ҳам туғруқ пайтида циркулятор шок ва ўлимга олиб келиши мумкин. (ПЧА-СО, 1989).

УЗ Р ССВ тавсиясига кўра анемия туғруққа ва ҳомиладорликка қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. (1999). Аммо амалиётда акушерлик комплексларига гемоглобини 70-30 г/л ни ташкил этадиган аёллар мурожаат этмоқдалар. Кўпинча бундай аёллар биринчи туғувчилар бўлиб, уларда презклампсия, акушерлик патологияларини учратиш мумкин. Бу эса акушер-гинекологларни экстремал ҳолатга туширади. Улар аниқ ва юқори даражадаги акушерлик, гематологик, анестезиологик, реанимацион ёрдамини талаб қилади.

Таснифи:

Темир танқислиги камқонлиги (ТТК) ҳомиладорлар организмида шундай ҳолатки, бунда диагностик кўрсаткичлар бўлиб:

- Гемоглобин миқдорининг 100 г/л ёки бундан ҳам пасайиши
- Эритроцитлар $3,5 \times 10^9 \times 1/\text{л}$ ёки бундан ҳам пасайиши
- Ранг кўрсаткичи 0,85 гача
- Гематокрит сонининг пасайиши 33% ёки бундан ҳам пастроқ
- Зардобдаги темир миқдори 10,746 мкмоль/л дан камайиши ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ҳомиладорлар камқонлигининг бир неча хил таснифлари мавжуд. Клиницистлар орасида кўп тарқалгани И.А.Кассирский ва Г.А.Алексеева (1962, 1970) ларнинг таснифи ҳисобланади. Бу усулга асосан камқонликнинг келиб чиқиш сабабларига кўра хиллари қуйидагича:

1. Қон йўқотиш натижасида вужудга келадиган (постгеморрагик) камқонлик.

2. Қон таркибидаги моддалар алмашинувининг бузилиши натижасида юзага келадиган камқонлик:

- темир етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик;
- 12 В (фолат кислотаси) етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик;
- эритропоэзнинг бузилиши натижасида юзага келувчи (дизэритропоэтик) камқонлик;
- суяк илигида қон ҳосил бўлишининг пасайиши натижасидаги (гипопластик) камқонлик;

3. Қизил қон таначаларининг ёрилиши натижасида юзага келадиган

(гемолитик) камқонлик. Бунинг сабаблари: аллергия шок, сепсис, но-муқобил гуруҳдаги қон қуйиш, захарланиш ва бошқалар.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра проф. Ю.Қ.Джаббаров (1982) қуйидагича ажратишни таклиф қилди.

Камқонлик бирламчи ёки сурункали, яъни ҳомиладорликдан олдинги ёки иккиламчи, яъни ҳомиладорлик давридаги камқонликка бўлинади. Яна шунини айтиш мумкинки, темир етишмаслигининг 3 босқичи мавжуд:

1- темир моддасининг захира еридан йўқолиши (камайтилиши); 2- унинг қон зардобидан йўқолиши; 3- унинг қизил қон таначаларидан йўқолиши.

Ҳомиладорларда анемиянинг ҳамма турлари учрайди, лекин кўпинча темир танқислиги анемияси кузатилади. ТТА қон зардобидан, суяк қўмиги-да темир моддасининг камайтилиши билан характерланади. Бунинг натижа-сида гемоглобин ҳосил бўлиши бузилади, гипохром анемия, тўқималарда трофик ўзгаришлар вужудга келади (Л.И.Идельсон, 1977, 1979).

Ҳомиладорлар ТТА си ва ҳомиладорликдан олдин ҳам бўлган сурун-кали ТТА си учрайди. ТТА си эритроцитлар сонининг камайтилиши (эритро-пения) ва гемоглобин сонининг камайтилиши (гипохромия) билан характер-ланади.

Камқонликнинг этиологияси ва патогенези

Темир моддаси организмда жуда муҳим рол ўйнайди. У фақат мио-глобин ва гемоглобин ҳосил бўлишидагина эмас, балки жуда кўп фер-ментлар таркибига кириб, организмдаги муҳим вазифаларни бажаради. Бу ферментлар цитохром, пероксидаза, каталазадир. Темир моддасининг етишмаслиги организмдаги моддалар алмашинувининг бузилишига, кис-лород ташилишининг бузилишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида тана-да НВ ва эритроцитлар ҳосил бўлишини кескин ўзгартиради. Камқонлик-ка олиб келувчи сабаблардан бири қон йўқотиш. Ўткир ва сурункали қон кетишлар (яра касаллиги, бавосилда) ва бошқа касалликларда (танадаги захира темир моддасининг қўллаб сарфланиши кузатилади).

Бундан ташқари, темирнинг кўп сарфланишига тез-тез ҳомиладор бў-лиш (туғишлар ораси 3 йилдан кам), болани узоқ эмизиш, сифатсиз овқат-ланиш, турли соматик ва инфекцион касалликлар: ревматизм, безгак, бруцеллез; ошқозон- ичак, буйрак касалликлари сабаб бўлади.

Темир етишмаслиги ҳолати гипосидероз дейилади. Гипосидероз инсон ҳаётининг 3 даврида учрайди: эмиб юрган даврида, баловат ёшга етганда ва вояга етган ёшидаги аёлларда.

Тўқималарда темир етишмаслиги мазкур ферментлар ишини сусай-тиради, тўқималарнинг нафас олишини жиддий ишдан чиқаради. Тўқи-маларда темир етишмовчилиги камқонлик ҳали юзага чиқмай туриб юз берган бўлиши ҳам мумкин, чунки одатда организм мавжуд темир захи-расидан биринчи навбатда гемоглобин синтези учун фойдаланади. Ка-мқонлик аксарият ҳолларда организмда темир етишмай қилишининг то-бора оғирлашиб боришидан юзага чиқади. Темир етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик организмда оксил алмашинувига ёмон таъсир кўр-сатади, натижада жигарда трансферрин ишланиб чиқиши ёмонлашади, оқибатда темирнинг ичак йўлларида ҳазм бўлиши сусаяди. Организмда

оксил етишмаслиги қон яратилишига таъсир этади, чунки гемоглобиннинг асосий массаси глобинли оксил комплексидан ташкил топади. Ҳомиладор аёлларда камқонлик кузатилса, қон зардобиди умумий оксил камайган бўлади.

Ҳомиладор аёлларда камқонликнинг кўп учрашига уларда сарфланаётган темир, овқат билан тушаётган темир моддасининг етарли қопланмаслиги сабаб бўлади. Одам организмида темир миқдори одатда 3,5-5,0 г га тенг бўлади. Шундан тахминан 3,0-4,0 г темир Нб улушига тўғри келади. 300-500 мг темир оксидловчи ферментлар системасига сарф бўлади, 300-400 мг темир мускул тўқималарининг миоглобин таркибида бўлади, 500-1000мг темир депо саналган аъзолар: жигар, талоқ, ичакларнинг шилиқ пардасида тўпланган бўлади. Шундан кўриниб турибдики, одам организмида темир эркакларникига қараганда аёлларда 2-3 баробар кўпроқ сарфланади. Аёл ҳар ҳайз кўрганда 13000 мг темир йўқотади, бундан ташқари, ҳомиладорлик ва туғишларда кўп қон йўқотишга тўғри келади.

ТТА ҳомиладорликда темир депосининг камайиши ва унинг баъзи сабаблар билан тўлдирилмаслиги оқибатида юзага келади. ТТА нинг ҳомиладорларда юзага чиқишига сурункали гастрит, энтероколит, холецистит, панкреатит, гижжа инвазияси, гипотиреоз, латент инфекция ўчоқлари (тонзиллит, пиелонефрит) сабаб бўлади ва бу касалликларда темир моддасининг сўрилиши бузилади. Овқат таркибидаги витаминлар, оксил, микроэлементлар ва темир моддасининг етишмовчилиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликнинг келиб чиқишига тез туғиш, вирусли касалликлар билан оғриш, қон йўқотиш катта таъсир кўрсатади ва ҳомиладорлик анемиясининг келиб чиқишига муҳит яратади. Нейрогормонал қайта қурилиш таъсири остида суяк кўмигининг гиперплазияси ривожланади. Бунда физиологик гипervолемиянинг ҳолати, тизимнинг қон шаклли элементлари таркиби ўзгаради. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси ҳомиладорликнинг физиологик кечишини таъминлашга қаратилган ва ҳомилага яхши шароит яратиб беради.

Гипervолемия ҳолати ўзида :

- Айланувчи қон ҳажмини
- Айланувчи эритроцитлар ҳажмини
- Айланувчи плазма ҳажми ошишини мужассамлаштиради.

Ҳомиладорларда ТТА нинг вужудга келишида ҳомиладаги қон ҳосил бўлиш жараёни ҳам иккинчи даражали таъсир кўрсатади.

Қон ҳосил бўлиш жараёни ҳомиладорликнинг 19-кунидан бошланади ва 3 та босқичдан иборат: сариқлик халтасида, ҳомила жигарида, суяк кўмигида. Бунда ҳомила гемоглобинни ҳосил қилиш учун она организмнинг захираларидан фойдаланади: темир, оксил, витамин, туз, микроэлементлар.

Ҳомила фақатгина она организмидаги темирдангина фойдаланиб қолмай, балки охириги 3 ой ичида ўзининг жигарида 200-400 мг темир моддасини йиғади.

Ҳомиладорларда ТТА нинг ривожланишига учламчи сабаб бўлиб

она организмнинг темир моддасига бўлган эҳтиёжнинг ҳар доимгига нисбатан ошиши ҳисобланади. Бунда овқат таркибидаги темир моддаси нормада бўлади.

Тўртламчи сабаб тез-тез ҳомиладор бўлиш ва туғиш натижасида темир депосининг тўлдирилмаслиги ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида аёл 700-800 мг темир йўқотади. Бу йўқотишни 2-3 йил давомида аёл организми тўлдиради.

Мавжуд таснифларнинг ҳеч бири ҳомиладорлик вақтида юзага келувчи анемияларнинг нима сабабдан вужудга келганлигини тушунтириб бера олмайди.

Ю.Қ.Жабборова ўзининг гестацион даврдаги ТТА таснифини тақдим этган. Бу тасниф акушерларга аёлнинг бутун ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан сўнгги даврдаги патогенетик асосланган терапияни белгилашга ёрдам беради.

Репродуктив ёшдаги аёлларда ТТА таснифи

Ўтказилган текширишлар натижасида сурункали ТТА 83% ҳомиладорларда учраши маълум бўлди. Биринчи марта туғувчиларда анемия темир моддасини етарли миқдорда қабул қилмаслик натижасида ёки аёлнинг онаси анемия билан оғриган бўлса ёки бемор муддатига етмай туғилган бўлса келиб чиқади. Орттирилган анемия билан оғрийдиган ҳомиладорларнинг 71% ини кўп марта туғувчи аёллар ташкил қилади. Шу тоифадаги аёлларнинг 21% да ҳар хил турдаги қон кетишлар кузатилган (бола ташлаш, патологик қон кетиш ва бошқалар). Ҳомиланинг ривожланиши билан анемиянинг оғирлик даражаси ортади ва клиникаси яққол намоён бўлади.

18.1-жадвал

Ҳомиладорликкачи	Ҳомиладорлик даврида	Ҳомиладорликдан кейин
Сурункали ТТА (туғилган вақтдаги дефицит қон йўқотиши)	Анемия олди даври	Ўткир постгеморрагик анемия
Гипохром анемия билан кечувчи сурункали инфекция ёки анемия билан экстрагенитал касалликлар	Алиментар анемия	Ҳомиладорликда бўлган анемиянинг аўриғиши
	Постгеморрагик анемия	
	Ҳомиладорлик анемияси	
Аралаш хил	Анемиянинг иммун шакли	

Организмда камқонликнинг вужудга келганлигини қуйидаги белгиларда кўриш мумкин:

Шикоятлари: умумий ҳолсизлик, енг жисмоний кучланишдан сўнг тез чарчаш, ҳансираш, юрак уриб кетиши, дармоннинг қуриши, иштаҳасизлик, уйқучанлик, бош айланиши ва бошқалар.

Клиник белгилари: тери рангининг оқариши, соч тўкилиши, тирноқларнинг ўзгариши, юракнинг тез уриши, қон босимининг пасайиши.

Юрак аускультациясида функционал систолик шовқинни аниқлаш мумкин. Касалликнинг қачондан бошлаб ривожланганлиги тўғрисида ҳар хил трофик ўзгаришлар маълумот беради: тирноқнинг қошиқсимон тусга кириши, синувчанлиги, соч жилвасининг йўқолиши, терининг қуруклашуви.

Лаборатория белгилари: Нb миқдори 110г/л ва бундан паст; қизил қон таначалари миқдори $3,5 \times 10^{12}$ г/л ва паст; гематокрит 34% дан паст; қон туси 0,8 дан паст, зардобда темир миқдорининг пасайиши, гиповолемия, гипопротейнемия, гипоксигенемия.

Экстрагенитал касаллик (ревматизм, юрак нуқсони, буйраклар, жигар, ОИТ нинг шикастланиши) симптоми сифатида анемия 47-60% ҳомиладорларда аниқланади. Бу пайтда қон зардобдаги темир миқдори норма чегарасида бўлади.

Анемия олди даври. Яққол клиник кўринишларсиз кечади. Биздаги кўрсаткичлар бўйича 61% ҳомиладорларда учрайди. Булар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар. Яширин темир танқислигини аниқлашда қондаги трансферрин миқдори ва трансферриннинг темир билан тўйиниш коэффицентини аниқлаш орқали аниқланади. Яширин темир танқислиги билан оғриган аёллар юқори хавф гуруҳига киритилган.

Анемия олди даври кўпинча кўп аборт қилинганларда, қон йўқотганларда, экстрагенитал патологияси борларда, тез-тез ва кўп туғувчиларда, лактацион даврда ҳомиладор бўлган аёлларда кўп учрайди. Бундай ҳомиладорлар тезда чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, таъм билиш бузилишидан шикоят қиладилар. Баъзан камқонликни эрта токсикоз билан адаштиришади. Даволанмаган анемия презклампсияга олиб келиши мумкин. Бу беморларга профилактика чораларини қўллаш тавсия қилинган. Ўз вақтида берилган темир препаратлари, кобальт, витаминлар, глюкоза анемия олди даврининг олдини олади ва анемияга ўтиб кетмаслигини таъминлайди.

Алиментар анемия - 13% аёлларда диспептик ўзгаришлар натижасида (жигадон қайнаши, кекириш, кўнгил айнаши), гўшт маҳсулотларини ейишдан бош тортиш, таъм билиш бузилиши, қусиш, яъни эрта токсикоз белгиларининг намоён бўлиши, гастрознтероколитнинг зўрайиши натижасида келиб чиқади. Даволаш ва профилактика чоралари темир препаратлари, витаминлар, микроэлементлар, глюкоза, оксил моддалари, дезинтоксикацион ва десенсибилизацион моддаларни парентерал юбориш.

Постгеморрагик анемия - қон йўқотиш, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, абортнинг бошланиши, елбўғоз, йўлдошнинг барвақт кўчиши, бачадоннинг ёрилиши натижасида келиб чиқади. Анемиянинг ўткир ёки секин кечиши организмдаги темир моддасининг заҳирасига, қон кетиш даражаси, муддати, такрорланишига боғлиқ. Текширилган ҳомиладорларнинг орасида анемиянинг бу тури 3% ни ташкил қилади.

Одатда бемор қонни кам-кам порциялаб йўқотганида ҳеч нарсадан шикоят қилмайди, лекин гематологик кўрсаткичлари пасайиб кетади. Анемияда ўткир қон йўқотиш тана массасининг 0,3-0,5% ни ташкил қилса, геморрагик шокка олиб келади ва зудлик билан инфузион ва интенсив

гемостаз терапия ўтказишни талаб қилади.

Ҳомиладорлар анемияси. Ҳомиладорлар анемияси деб, ҳомиладорлик-кача ёки биринчи триместрда гемоглобин миқдорининг 120 г/л ёки бундан баланд бўлишига айтилади. Кўпинча анемия 20-ҳафтадан бошланади. Бу ҳолат ҳомилада қон яратилиши ва фетоплацентар комплекснинг функционал ҳолати билан боғлиқ.

Анемиянинг характерли хусусиятлари – камқонлик, ҳомиладор аёлининг нормал овқатланиши ва ҳеч қандай қон йўқотмаслиги натижасида келиб чиқиши мумкин. Бу касаллик аста-секин ривожланиб боради. Текширувлар натижасида экстрагенитал касалликлар аниқланмайди (қон, буйрак, жигар, ўпка, ОИТ, ЮКТС патологиялари). Касалликнинг энг юқори чўққиси ҳомиладорликнинг 28-34 - ҳафталарида намоён бўлади.

Анемиянинг ривожланишига биринчи галда темир миқдори баъзи витаминлар (А, В, С, D, Е), микроэлементлар (кобальт, марганец, рух, селен, никель) камайиши, моддалар алмашинувининг бузилиши, плазма оксилларининг камайиши муҳим рол ўйнайди.

Бизнингча, ҳомиладорликдаги эритропознинг пасайишига асаб системаси бошқарилишининг бузилиши, стероид гормонларнинг ошиши, асосан эстрадиол ва эстронларнинг, ошқозон секрециясининг пасайиши таъсир қилади. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, гемопоэзнинг бузилишига ҳомиладорлик давридаги иммунологик силжишлар ҳам ўз таъсирини ўтказади.

Касаллик анамнезини ўрганиш натижасида анемиягача бўлган иммунологик силжишлар билан кузатилган ҳолатларни-ўткир вирусли инфекцияни касалликлар (грипп, ангина), ҳомиланинг тушиб қолиш хавфи, эгизак ҳомила, резус иммунизация, дерматоз, сурункали инфекция ўчоқларини аниқлаш мумкин. Бу анемиянинг даволаш комплексига десенсибилизацияловчи, дезинтоксикацион ва иммуностимулятор моддалари киритилган.

Темир танқислиги анемиясининг асосий сабаблари: темир моддасини туғилгандан кейин етарли даражада қабул қилмаслик, мувозанатлаштирилмаган овқатланиш (оксилнинг кунлик миқдори 120-150 г дан кам), ўтказилган ўткир гастрит, энтерит, ичак дисбактериози натижасида ОИТ сўриш функциясининг бузилиши, экологиянинг бузилиши, сувнинг юқори минералланиши, овқат маҳсулотларининг пестицид, гербицид, нитратлардан заҳарланиши ва бошқалар ҳисобланади. Иккинчи марта туғувчиларда куйида санаб ўтилган омиллардан ташқари, аборт натижасида қон кетиш, туғруқ операциялари ТТА нинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Ҳомиладорларда гематологик кўрсаткичларнинг пасайиш даражасини аниқлаш кераклиги клиник жиҳатдан исботланган, чунки жараённинг ривожланиш даражаси ҳомила ва онанинг ҳаётига хавф туғдиради.

Анемиянинг оғирлик даражаси бўйича таснифи

Оғирлик даражаси	Гемоглобин , г/л	Эритроцитт. $\times 10^{12}/л$
Енгил	110-91	3,6-3,2
Уртача	90-71	3,3-2,6
Оғир	70-51	2,8-1,8
Ута оғир	50 дан паст	2,2-1,5

Камқонлик диагностикаси

Камқонлик диагностикаси учун ҳар томонлама йиғилган маълумотлар катта аҳамиятга эга.

1. Ирсий касалликлар, оилада нечанчи фарзанд бўлиб туғилган, ота-онасининг ёши, қанча вақтгача кўрак сути билан эмизилган, ёшликдаги фаолияти.

2. Илгари қандай касалликлар ва юкумли касалликлар билан оғриганлиги.

3. Жинсий аъзоларнинг ўткир ва сурункали касалликлари .

4. Ҳайз фаолияти.

5. Ҳомиладорликнинг кечиши, асоратлари.

6. Овқатланиш сифати.

7. Иш ва уй шароитлари.

Лаборатор текширувлар:

- Клиник қон таҳлили

- Гематокрит, ретикулоцит, тромбоцит

- Темир миқдори

- Қон таркибидаги ферритин, трансферрин миқдорларини, трансферриннинг темир билан тўйиниш фоизини аниқлаш

ТТА нинг таққослама ташҳиси учун қўшимча диагностик усуллар

- Суяк кўмиги морфологияси (гемоглобин 60 г/л дан паст бўлганда)

- Эритроцитларнинг осмотик резистентлиги

- Қон ферритини

- Умумий оксил ва қондаги оксил фракцияси

- Билирубин ва қон ферментлари (АЛТ, АСТ, холинэстераза)

- Ревмопроба

- ЭКГ

- Холестерин, -липопротеид, қондаги қанд миқдори

- Қон электролитлари (калий, кальций, натрий)

- Мочевина қон креатинини

- Қон ивиш тизими (протромбин индекси, рекальцификация вақти, гепаринга толерантлиги, фибриноген миқдори)

- Қоннинг газ таркиби ва кислота - ишқор мувозанати

- Сийдик умумий таҳлили (Нечипоренко, Зимницкий, Роберт синамалари)
- Аҳлат анализи (ғижжа тухумлари ва яширин қонга)

Ҳомиладорлар организмнинг ҳолатини текширишда ишлатиладиган қўшимча усуллар.

- Иккала қўлда қон босимини ўлчаш
- Тана вазнини назорат учун ўлчаш ва назоратга олиш
- Қин ажралмаларидан тозалikka анализ олиш
- Бурун ва цервикал канал ажралмаларини патоген микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигини бактериал аниқлаш.
- Бачадон бўйнининг етилганлиги ва организмнинг туғруққа тайёрлигини аниқлаш (38-ҳафтадан)
- Токсоплазмоз, хламидиоз, қизилча, уроплазмоз ва грипп вирусига қон текшириш

Фетоплацентар комплекс ҳолатини баҳолашда қўшимча усуллар

- Ҳомила ва йўлдош УТГ си
- Ҳомила КТГ си

Анемияли ҳомиладор аёлни текшириш вақтида захм, туберкулёз, бруцеллёзга ҳам текшириш керак. Бемор терапевт, ЛОР, стоматолог, гематолог, окулист ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтиши шарт.

Ҳомиладор аёлни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ҳар 10 кунда текшириш керак.

ТТА да ҳомиладорликни олиб бориш

Енгил кечувчи анемияни даволаш аёллар маслаҳатхонаси шароитида олиб борилади.

Экстрагенитал патология билан кечувчи анемиянинг XX-XXV даражаси, даволашдан кейинги натижанинг йўқлиги, акушерлик анамнезининг оғирлиги ва бошқа акушерлик патологияларининг бўлиши ҳомиладор аёлни госпитализация қилишга кўрсатма бўлади. Бу ҳомиладорларни касалхонадан чиқарилаётган вақтда юқори хавф диспансер гуруҳига ўтказилади.

Сурункали анемия вақтида шифокор тактикаси: I-триместрда биринчи аёллар консултациясида анемия касаллиги аниқланган ҳомиладорлар ўта жиддий эътиборни талаб қилади. Шифокор анемия этиологиясини, касаллик муддатини ва оғирлик даражасини аниқлаши, олдин ўтказилган антианемик терапиянинг эффектини аниқлаши зарур.

Ҳомиладорларда III-IV даражали анемия аниқланганида Верльгоф касаллигини, суяк қўмиги гипоплазиясини, гемолитик анемия каби касалликларни ҳам аниқлаш даркор. Кўпинча анемия сурункали жигар касалликлари (шиш, гепатолиенал синдром) ёки буйрак касалликлари (гломерулонефрит, пиелонефрит, ўсма) симптоми бўлиши мумкин, шунинг учун ҳомиладорларнинг бу гуруҳи ўта чуқур клиник текширувдан ўтишлари лозим.

Сурункали анемия билан оғрувчи аёлларда ҳомиладорлик одатда уларнинг ҳолатини қийинлаштиради, оғирлик даражаси ортади. Аёлларни анемиянинг II-III даражасида бош айланиши, кўзнинг тиниши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, ҳансираш ва юракнинг тез уриб кетиши безовта қилади. Бундай касалларда тери қопламасининг оқариши, артериал қон босими тушиб, систолик шовқин юзага келади. Касалликнинг муддати тўғрисида ҳар хил турдаги трофик ўзгаришларга, қошиқсимон тирноқ, уларнинг синувчанлиги, жилвасининг йўқолиши, соч тўкилиши, терининг қуруқлигига қараб баҳо бериш мумкин.

Гемолитик анемия, суяк қўмигининг гипоплазияси ва аплазияси, лейкоз, Верльгоф касаллиги, ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма саналади. ТТА нинг оғир даражасида ҳомиладорликни 12 ҳафтагача бўлган муддатда уни тўхтатиш тавсия қилинади.

Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан сўнг, анемиянинг III-IV даражасида ҳомиладорликни тўхтатиш тўғрисидаги масала ўта эҳтиёткорлик билан ҳал қилиниши лозим, чунки бу вақтда етарли даражада қон йўқотилиши мумкин. Шу билан бирга ҳомиладорликни тўхтатиш учун оғир сабаблар: 40 ёшдан катталиги, олдинги туғруқдаги қон кетиш, ревматизмнинг актив фазаси, эндокардит, аортал ва митрал клапанлар стенози, оғир юрак етишмовчилиги, сурункали гепатитнинг актив фазаси, жигар циррози, ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги, III даражали тиреотоксикоз. Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин стационарда асосий касалликни бир курс даволаш, қон кетиш профилактикасини ўтказиш лозим.

II даражали анемияли ҳомиладорларнинг юқори хавф гуруҳдагилари учун текширув ва даволаш-профилактика чора-тадбирлари ташкил қилинади, улар ўзида 4 ҳафталик интервалда 20-30 кундан иборат бўлган 2-4 курс стационар даволашни мужассам этади. Стационардан чиқарилганидан сўнг амбулатор даволаш давом эттирилади.

ТТА нинг енгил даражасидаги ҳомиладорлар амбулатор даволашни стационар ва кундузги стационар шароитда қабул қиладилар. Ўртача оғир даражадаги анемияда амбулатор даво фойда бермаганда, қўшимча экстрагенитал ва акушерлик патологияси бўлганида ҳомиладорликнинг 28-32 ҳафтасида режали ва профилактик госпитализация қилинади, 38-ҳафтадан эса, туғруққа тайёрлашга ётқизилади.

Ҳомиладорликнинг 28-32 ҳафтасидаги госпитализация ТТА нинг профилактикаси ва даволашни ҳамда бачадон-плацента қон айланишининг яхшиланиши, презклампсия юзага келишининг профилактик чораларини кўзда тутади.

ТТА ни даволаш ҳам поликлиника, ҳам стационар шароитида комплекс бўлиши шарт, бу терапия ўзида диетотерапияни, медикаментоз терапияни, қўшимча патологиянинг зарарли омилларини йўқотишни мужассам этади.

ТТА билан оғрувчи ҳомиладорларнинг истеъмол қиладиган овқати юқори калорияли бўлиши (3000-3500 ккал) ва таркибида касалликни даволаш учун керакли қўшимчалари бўлиши керак.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, темир моддаси мол гўштида, жигар, тухум сариғида, укропда, петрушкада кўп бўлади. Бу маҳсулотлар организмнинг темир моддасига бўлган талабини тўла қондира олмайди. Шунинг учун темир препаратларини истеъмол қилиб туриш керак.

Ферропрепаратлар суяк қўмигига активлаштирувчи таъсир ўтказadi.

Эритроцитлар сонининг ошишини таъминлайди, ранг кўрсаткичи ошади. Перорал препаратлар билан даволаш узоқ муддат олиб борилиши керак (4-6 ой).

ГТА нинг I-даражаси билан хасталанган ҳомиладор аёллар консултацияси шароитида даволанишади.

Темир танқислигини тўлдириш учун темир тутувчи препаратлар буюрилади.

Глобекс таркибида темир (II) - фумарат, фолат кислота, V_{12} , элементар рух тутади. 1 капсула (100 мг) дан 2 маҳал кунига буюрилади.

Актиферрин темир (II) - сульфат ва μ -аминокислота –серин тутади. Аминокислота препаратнинг конга сўрилишини таъминлайди (78%). Терапевтик дозаси 1 капсуладан 3 маҳал овқатгача, профилактик доза кунига 1 капсула.

Гинотардиферрон-таркибида темир (II)-сульфат, мукопротеаза, фолат кислота, аскорбин кислота тутади. Муҳим хусусияти темир препаратдан узоқ ва секин ажралади, абсорбцияси секин кечади, терапевтик эффекти кунига 1 таблетка.

Тотема-таркибида темир глюконат, марганец, мис тутади. Бундай маҳсус таркиби темир, марганец ва миснинг биргаликда таъсирига асосланган. 1 ампула (50 мг) 100 мл сувга қўшиб ичилади, кунига 2-3 ампуладан.

Феррумлек 1 таблетка (100 мг темир III) дан 1- 2 маҳал чайнаш.

Камқонлиқнинг ўрта оғир ва оғир даражаларида темир моддаларни парентерал қўллаш мумкин.

Феркайл 1 ампула (2 мл 100 мг темир III)дан м/о 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Космофер 1 ампулани (2 мл 100мг темир III) 10 мл 5% глюкоза эритмаси билан в/и 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Вснофер 1 ампулани (5 мл 100 мг темир III) 200 мл 0,9% натрий хлор эритмасида в/и кунора 3-5 марта юбориш.

Мальтофер 1 ампула (2 мл 100 мг темир III) дан м/о 1 марта кунига 5-10 кун юбориш.

Марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштириш учун: пустирник ёки валериана эритмаси (1 қошиқдан 2 маҳал), триоксазин ёки седуксен (1 таблетка кечкурун), биопассит, новопассит 1 таблеткаси кечасига буюрилади.

Организмни десенсибилизация қилиш учун: кальций глюконат (0,5 г дан 1-2 марта), димедрол ёки пипольфен (0,025 г кечкурун).

Оксил этишмовчилигини даволаш учун: диетотерапия, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар қабул қилиш – метионин (0,25 г дан 4 маҳал), глутамин кислотаси (0,5 г дан 3 маҳал).

Организмни микроэлементлар ва витаминлар билан тўйинтириш учун

прегнавит (1 драже 2-3 маҳал), витрумпренатал, матерна.

Ацидоз ва гипоксиянинг профилактикаси: глюкоза 10 % ли 20 мл вена ичига 10-12 инъекция.

Ҳомила гипотрофияси ва гипоксиясининг олдини олиш учун: глюкоза, кокарбоксилаза (50-100 мг вена ичига), витаминлар, алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар, оксигенотерапия ўтказилади.

Диетотерапия ҳомиладорлар анемиясини даволашда муҳим аҳамиятга эга, ҳомиладорлар рационни оксил, витаминлар, микроэлементлар, темир моддаларининг кўпайиши ҳисобидан кенгайтириш лозим. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида оксилнинг бир кунлик миқдори 110 г, ёғ - 80 г, углевод - 350 г, таомнинг умумий калорияси 2800-3000 ккал. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оксил миқдорини 120г, ёғ - 90 г, углеводни 400 г гача ошириш керак (овқатнинг умумий калорияси 3100-3200 ккал).

Оксилнинг асосий манбаи гўшт, жигар, тил, буйрак, тухум, сут маҳсулотлари. Темир моддаси ҳайвон маҳсулотлари истеъмол қилинганда, ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилингандигига нисбатан 8,5 марта кўпроқ сўрилади. Одам организми ёғ, гўшт, пишлок, творог, сузма, қаймоқ, тухум каби маҳсулотлардан олади. Беморларнинг овқатланиш рационига ўсимлик ва сарик ёғни ишлатиш мақсадга мувофиқ (пахта, писта, соя, кўпинча 25 г).

Углеводларни буюришда клетчаткага бой ўсимлик маҳсулотларига аҳамият берилади : жавдар нони, сабзавотлар (томат, сабзи, қовоқ, картошка, лавлаг, карам, редиска), тарвуз, қовун, мевалар (анор, олма, ўрик, гилос, беҳи, олхўри, олча, анжир, лимон, мандарин, апельсин ва бошқалар), қурук мевалар (туршак, кишмиш, қоқи), ёнғоқли мевалар (писта, бодом), резавор мевалар (наъматак, маймунжон, малина, қулупнай), дуккаклилар (ловия, маккажўхори, нўхат, бетага, гречиха, шоли). Қўзқорин ва ачиткилар микроэлементларга бой. Ҳомиладорларнинг ҳар кунлик рационига албатта кўкатлар ва исмалок, кўк пиёз, шовил, укроп, петрушка ва бошқалар бўлиши керак. Агар рационда мевалар етишмаса шарбатлар (олма, ўрик, помидор, сабзи) ва компот, киселларни киритиш мумкин. Мевалар, кўкатлар, сабзавотлар ҳомиладорлар рационига муҳим ўрин тутади. Уларнинг баъзилари крахмал манбаи бўлса, бошқалари оксил, канд манбаидир. Ўсимлик маҳсулотлари минерал тузлар, микроэлементлар ва витаминларга бой. Ўсимликлар таркибидаги клетчатка ҳазм қилиш жараёнида ичаклардан сўрилмайди, шунинг учун ҳам у ҳомиладорликда ичаклар перистальтикасига ижобий таъсир кўрсатади.

Гестацион давр

Бу даврда қуйидаги асоратлар кузатилади:

1. Презклампсия
2. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
3. Туғруқдан олдин сув кетиши
4. Ҳомила ривожланишининг тўхташ синдроми, ҳомила ичи гипоксиясига олиб келувчи фетоплацентар етишмовчилик.
5. Муддатидан олдинги туғруқ
6. Туғруқ дардларининг кучсиз бўлиши.

7. Учинчи ва эрта туғруқдан сўнгги даврда гипотоник қон кетиш.

8. Коагулопатик қон кетиши.

9. Лохиометр ва бачадон субинволюцияси.

10. Гипоалактая.

11. Туғруқдан кейинги йирингли-септик касаллик.

12. Оналар ўлими ва касалланиш даражасининг ошиши.

13. Ҳомилалар ўлими ва касалланиш даражасининг ошиши. Перина-
тал патология: асфиксия, туғруқ жароҳати, тана вазнининг камайиши,
анемия, иммун етишмовчилиги билан боғлиқ инфекцияланиш хавфи ва
меленанинг ривожланиши.

14. Темир танқислиги натижасида болаларда темир етишмовчилиги
камқонлиги:

- психомотор ривожланишнинг орқада қолиши;

- сўзлашиш нуқсони ва ўқишнинг сустлиги;

- жисмоний активлигининг пасайиши;

- ақлий ривожланишдан орқада қолиш (енгил даражасидан ўртача
оғир даражагача)

- Боланинг бош миёси темир танқислигига ўта сезгир бўлади

Маълумки, ТТАда касалга эритроцитар массаси қуйиш мақсадга му-
вофиқ бўлмайди. Замонавий иммунологияда биз қон қуйишни тўқима
трансплантацияси сифатида қараймиз. Бу онанинг ҳолатига жиддий таъ-
сир кўрсатиши мумкин, чунки ВИЧ, зардоб гепатити юқиш хавфи бор.
Шунинг учун қон компонентлари қуйишдан олдин реципиент ва донор-
нинг қон гуруҳини резус-омилга текшириш лозим. Касалхонада трансфу-
зион терапияни терапевт ва акушер-гинеколог кўрсатмасига кўра масъул
шифокор-трансфузиолог амалга ошириши керак. Бундан ташқари, аку-
шерлик комплексида қон хизмати жуда яхши йўлга қўйилган бўлиши ке-
рак. Навбатчи донор ва тиббиёт ходимларининг манзил ва телефонлари
бўлиши лозим. Бу чоралар гепатит, ВИЧ ва моноклеоз инфекциялар
юқишининг олдини олади. Туғруқ залларида ҳар доим эритроцитар масса
ва қон зардобининг захиралари бўлиши лозим. Захираларнинг тўлдири-
лиши ва ишлатилиши қаттиқ назоратга олиниши керак. Кузатувлар шуни
кўрсатадики гемотрансфузия режа асосида иш кунининг биринчи ярмида
соат 13^г гача олиб борилса, гемотрансфузион асоратлар камаяди.

Қон ва унинг компонентларини қуйиш қуйидаги мақсадларда амалга
оширилади:

- глобулинлар ва плазма ҳажмини тўлдириш учун;

- ўткир циркулятор гемик ва тўқима гипоксиясининг олдини олиш
учун;

- бачадон ва йўлдошда қон айланишини яхшилаш учун, кислород
транспортининг ошиши, қон компонентлари билан таъминлаш, туғруқда
оғир анемия, ўткир асфиксия ва гипоксиянинг профилактикаси ва даво-
лаш мақсадида;

- туғруқда ва туғруқдан сўнг бачадон қисқаришини яхшилаш;

- туғруқ дардлари сусайиши, гипотоник ва атоник қон кетиши, бача-
дон субинволюциясининг туғруқдан сўнгги профилактикаси;

- эритроцитлар, тромбоцитлар, кон ивиш омиллари ўрнини тўлдириш билан гемостаз системасини коррекциялаш. Бу ҳолат, биринчидан, йўлдош ажралгандан кейинги қон кетишини камайтиради, иккинчидан, коагулопатия ва тромбоцитопениянинг олдини олади;

- туғруқдан сўнгги йирингли касалликлар профилактикаси учун организмнинг иммун ҳимоясини оширади;

- гипогалактиянинг профилактикаси, лактацион даврда кўкрак сутининг миқдори ва сифатини яхшилаш.

Эритроцитар массаси қуйиш ҳар бир ҳолатда индивидуал тартибда олиб борилиши керак.

Оғир даражали ТТАга презклампсия, протеинемия қўшилиб келган бўлса, 100-200 миқдорда янги тайёрланган қон плазмаси, 3 кундан ортик сақланмаган эритроцитар масса юборилади. Туғруқча бўлган даврда қон препаратлари ишлатилади. Агар гемоглобин 60 дан паст бўлса, операция вақтида III-IV даражали бемор 500 мл дан кўп қон йўқотса, коагулопатик қон йўқотиш хавфи юқори бўлганда қон плазмасининг 6-8 дозаси, криопреципитат юборилади. Агар улар бўлмаса янги эритроцитар масса трансфузия қилинади.

Оғир даражали ТТАни қон препаратлари билан комплекс даволашда қуйидаги кўрсатмалар бўйича даволаш тавсия қилинади:

- туғруқча тайёргарлик (гемоглобин 70 г/л ва бундан паст бўлганда);

- анемия ва презклампсиянинг биргаликда келиши;

- гипоксиянинг ривожланишига қўшимча хавф бўлиши: катта ҳомила, инфантилизм белгилари, кўпсувлик, 2 та ва бундан кўп ҳомила ва бошқалар;

- кесар кесиш операцияси;

- биринчи ва учинчи туғруқ даври (гемоглобин 60 дан кам);

- қон кетиши (йўлдошнинг олдин келиши, туғруқ йўллари жароҳати, туғруқдан кейинги патология);

- янги эритроцитар масса барча қонун-қондалар билан туғруқча бўлган даврда трансфузия қилинса, массив қон кетиш, ТТИҚИ синдроми, геморрагик шок, бир литрдан кўп бўлган массив гемотрансфузия қўллашни ўз ичига олади.

Камқонликнинг олдини олиш ва даволаш йўллари.

Лаборатор усуллардан: қонни клиник текшириш; гематокрит, ретикулоцитлар, тромбоцитлар сонини аниқлаш; қон зардобидаги темир ва ферритин миқдорини аниқлаш ҳамда трансферрин темир билан тўйинганлиги коэффицентини аниқлаш.

Ҳомиладорликда камқонликнинг олдини олиш учун қуйидагиларга риоя этиш керак:

1. Ҳар куни кун тартибига қатъий риоя қилиш, старлича дам олиш, вақтида тўйиб ухлаш, бу ўз навбатида марказий асаб ишини фаоллаштиради.

2. Эрталабки бадантарбия, чўмилиш ва бошқа гигиена шартларига риоя қилиш.

3. Очиқ ҳавода сайр қилиш.

4. Тўғри овқатланиш камқонликнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Ҳомиладор аёл кунига 5-6 маҳал овқатланиши зарур. Бунда у оксилга, витаминларга бой овқатларни истеъмол қилиши керак. Булар: гўшт, балиқ, жигар, тухум, сут маҳсулотлари: қатиқ, сут, бринза ва бошқалар. Сабзовотларни қайнатиб, пишириб эмас, балки хомлигича ейиш мумкин: пиёз, сабзи, помидор, бодринг; ҳўл мевалардан: узум, ўрик, олма, гилос, лимон, апельсин ва бошқалар.

5. Нб миқдори ҳомиладорликнинг 1-6 ойлигида ойига 1 марта, охириги 3 ойлигида ойига 2 марта текширилиб борилади.

ТТА да аёллар реабилитацияси

ТТА ни камайтириш учун фертил ёшдаги аёлларда туғруқ интерваллари камида 3 йил бўлиши керак, ҳар бир ҳомиладорликда гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичлари нормал бўлиши керак.

Овқатланишни рационаллаштириш, нормал кун тартиби, соғлом турмуш тарзини олиб бориш тўғрисида тушунтирув ишларини олиб бориш керак.

Реабилитацион чораларни УАШ олиб бориши керак. Асосий эътиборни анемияга олиб келувчи экстрагенитал касалликларга қаратиш керак. ТТА билан оғрувчиларда "юкори хавф гуруҳи" ни ташкиллаштириш ва улар орасида профилактика чораларини олиб бориш назорати алоҳида аҳамиятга эга.

ТТА ли аёлларда контрацепциянинг ҳамма турларини ишлатиш мумкин. ВМС фонидаги гиперполименорея бундан истисно ҳисобланади. Бу ҳолатда спирални олиб ташлаш керак.

18.2. ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПИЕЛОНЕФРИТ

Мақсад: пиелонефрит ҳақида тушунча, касаллик этиологияси, патогенези, диагностикаси, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг кечишини ўрганиш.

Режа.

1. Пиелонефрит ҳақида тушунча.

2. Пиелонефрит таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси.

3. Пиелонефритда диагностика методлари.

4. Ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги даврнинг асоратлари.

5. Даволашнинг асосий тамойиллари.

Пиелонефрит ҳомиладорликда тез-тез учраб турадиган ҳомиладорларнинг ҳаёти учун хавфли касаллик ҳисобланади.

Пиелонефритда асосан буйрак жомлари, косачалари яллиғланган бўлади. Бундай яллиғланиш ҳолати ҳомиладорликда, туғруқ вақтида ҳамда чилла даврларида учрайди. Пиелонефрит суръати (частота) ўртача 3 – 30% ҳисобланади. Шу жумладан ҳомиладорлик даврида 48% туғайтган аёлларда 17%, чилла даврида 35% учраб туради. Пиелонефрит касаллигининг келиб чиқиши ва ривожланишига асосан икки хил муҳим шароит сабабчи бўлади. Булардан бири буйракнинг қон билан таъминланишининг бузилиши ва сийдик йўлларида сийдикнинг тўхтаб қолиши ҳамда

организмда касаллик чакирувчи микроорганизмлар мавжудлигидир.

Касаллик кўзгатувчи микроорганизмларга 65% энтеробактерия, 1% ичак таёқчаси, клебсиелла, протей, 23% энтерококк, камдан-кам стафилококк ва ҳоказоларни киритиш мумкин. Инфекциянинг асосий манбаи асосан аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиши, фурункуллар, сийдик йўллариининг яллиғланиши, касалланган тишлар мавжудлиги, муртак безларининг сурункали яллиғланиши ҳисобланади.

Инфекциялар организмда: қон орқали, лимфа безларининг йўллари ва сийдик чиқарув йўллари орқали тарқалиши мумкин.

Инфекциянинг тарқалиши учун қулай шароитлардан бири ҳомиладорлик даврида юқори сийдик йўлларида сийдик чиқариш жараёнининг бузилиши ҳисобланади. Бунга қисман ҳомиладор бачадонининг ўнг томонга бурилган ҳолатда жойлашиши ва бу сийдик йўллариининг босилиши натижасида буйрак жомларида, сийдик йўлларида сийдикнинг тўхталиб қолишига олиб келади. Бундай ҳолатда инфекция ривожланишига қулай шароит туғилади.

Буйракда сийдик ажралиб чиқиши ва қон айланиши бузилишига асосий сабаблардан яна бири, ҳомиладорлик даврида прогестерон гормонининг сийдик йўлларида, буйрак жомларида таъсири ҳисобланади.

Гормон прогестерон сийдик йўллари, буйрак жомларини бўшашига олиб келади. Бу эса сийдик йўлининг тўхталиб қолишига сабаб бўлади. Бундай шароитда организмда бирор инфекциянинг манбаи мавжуд бўлса, сийдик йўлларида тупшиб, унинг яллиғланишига олиб келади. Пиелонефрит кўпинча ўнг буйракда ва биринчи ҳомиладор бўлган аёлларда кўпроқ учрайди.

Пиелонефрит – 86,6% да ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан (22-28 ҳафта) туққан аёлларнинг чилла даврида 4-6-9-12-кунларидан касаллик бошланиши мумкин.

Касаллик асосан ўткир ва сурункали давом этади. Ўткир бошланган пиелонефритда тана ҳарорати кўтарилади, кўпинча аёллар қалтираб (озноб), кейин иситма чиқаради, қаттиқ боши оғрийди, кўнгли айнийди, вақти-вақти билан қусиши мумкин, кейинчалик кучли терлаш содир бўлиб, тана ҳарорати бироз пасаяди. Нафас олиши тезлашади. Томир тез-тез уриб туради (тахикардия), тил усти қарашланган бўлади. Касалларнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, ҳолсизлик, ланжлик ҳолларидан шикоят қиладилар.

Белда (буйрак яқинида) оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ қорин пастки қисмига, жинсий аъзоларнинг лабларига, оёқнинг сон қисмига ва сийдик йўллари бўйлаб тарқалади. Бел (буйраклар) соҳасига муштум билан енгил урилганда буйрак жойи яллиғланган томонида оғриқ сезилади (Пастернацкий белгиси мусбат бўлиб чиқади).

Касаллар тез-тез сияди, сийиш вақтида оғриқ сезади. Пиелонефрит сурункали давом этганда белдаги оғриқ сустрок сезилади, лекин белдаги оғриқни зўрайтириш касаллар гавда ҳаракати билан бoғлиқ эканлигидан шикоят қиладилар.

Касалларнинг боши оғрийди, тез-тез чарчайдилар, танада умумий беҳолликни сезади, Пастернацкий белгиси кучсиз мусбат бўлиб чиқади, 16%

хомиладор аёлларда пиелонефрит билан бирга камконлик, 20% қон босимининг юқори бўлиши (гипертония) содир бўлади .

Касалликни аниқлаш асосан унинг клиник белгиларига, лаборатория ва эндоскопик текширишларга асосланади. Бел (буйрак) соҳасидаги оғрик хомиладорликнинг 3-ойигача кучли безовта қилади. Хомиладорликнинг қолган ойларида бел соҳасидаги оғрик сусаяди, чунки сийдик чиқарувчи йўллари бирмунча бўшашиб, кенгайган бўлади, бу эса оғрик камайишига олиб келади .

Қонда лейкоцитларнинг сони кўпаяди ва лейкоцитоз, чапга силжиш содир бўлади. Лейкоцитларнинг кўпайиши асосан таёкчасимон лейкоцитларнинг ҳисобига содир бўлади. Қонда протеин камаяди (протеинемия), мочевино миқдори кўпаяди.

Сийдик текширилганда унинг таркибида протеинлар бўлади (протеинурия), лейкоцитлар кўп миқдорда аниқланади (лейкоцитурия). Лейкоцитлар, эритроцитлар ҳам бўлиб, гематурия ҳоллари содир бўлади. Сийдикни бактериологик текшириш шартдир. Бунда 1 мл сийдикда 10/5 даражасидан ортиқ микроб дончалари топилса, бу пиелонефрит деб тахис қўйишга асос бўлади.

Сийдикни Зимницкий, Нечипоренко, Аддис-Каковский усуллари билан текширилиб буйрак функционал ҳолати аниқланади.

Хомиладорлик даврида пиелонефрит касаллиги билан касалланган аёлларда хомиладорликнинг қуйидаги асоратларини кузатиш мумкин.

1. Хомиладорликнинг тахминан 16-24-ҳафталарида 6% гача бола тушиши содир бўлади, чунки бу давр ичида ҳомила пикиастланади, инфекция ва интоксикация таъсирида ҳомила ўсишдан орқада қолади, туғилган тақдирда ҳам умумий вазни кам бўлиб турилади. Янги туғилган чақалоқ эса осонгина юкумли касалликлар билан тез-тез касалланадиган бўлиб қолади.

2. 25% ҳомила вақтидан илгари (чала туғилиши) мумкин.

3. 44-80% ҳолларда хомиладорлик гипертензияси кузатилади.

4. Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши юз беради.

5. Хомиладорлик даврида пиелонефрит билан касалланган аёллар кўпинча чилла даврида учрайдиган эндометрит ва чилла давридаги септик касалликларга дучор бўладилар.

Пиелонефритнинг ўткир клиник формасида эса қуйидаги асоратларни учратамиз: бактериал шок; буйрак тўқималарининг некрози; йиринглашнинг бутун танага тарқалиши (септикопиемия).

Хомиладорлик даврида содир бўлган пиелонефритни асослаб, туғруқ вақти келганда туғруқни бошқаришда албатта спазмолитиклар қўллаш тавсия этилади. Агар пиелонефрит билан оғриган аёлларда хомиладорликда гипертензив асоратлар давом этаётган бўлса ёки гипертензия асорати тез-тез хуруж қилса (қайтарилса), бу асоратни даволашдан кониқарли натижа олинмаса, хомиладорликни сунъий йўл билан тугатиш керак бўлади. Бу ҳолларда хомиладорликни тугатиш учун, дардни чакирувчи ва кучайтирувчи дорилар билан туғруқ йўллари орқали туғдириш мақ-

садга мувофик ҳисобланади. Ҳомиладорликни операция йўли билан тугатиш тавсия қилинмайди. Кесар кесишни фақат ҳомиладор аёлнинг ҳаёти кучли хавф остида қолгандагина қўллаш мумкин.

Куйидаги ҳолларда ҳомилани давом эттириш қатъиян ман этилади: пиелонефрит якка буйракда содир бўлган бўлса; сурункали пиелонефритда гипертония (қон босимининг кўтарилиши) ва азотемия ҳоллари рўй берганда; сурункали пиелонефритда буйрак фаолияти сусайганда (СБЕ).

Пиелонефрит касаллиги билан ҳомиладор аёл ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида касалланса, ҳомиладорликни давом эттириш ман этилади. Чунки бу давр ҳомиланинг ҳаёт учун зарур бўлган ички аъзоларининг шаклланиш даври ҳисобланади. Ҳомилани сунъий йўл билан тушириш ўткир давом этаётган пиелонефрит касаллигини даволаб, касалликнинг асосий белгилари йўқ бўлгандан кейин амалга оширилади.

Даволаш. Пиелонефритли аёлни фақат даволаш муассасаларига олиб бориш зарур, уй шароитида, амбулатория шароитида даволаш ман қилинади.

Пиелонефритни даволашда биринчи 3 ойликда антибиотиклардан пенициллин берилади, 1 кунда 10 000 000 ЕД м/о юборилади. Яна ярим синтетик априд (ампициллин) 1 таблетка (750 мг) дан 2 маҳал қунига ёки Хиконцил 1 капсула (500мг) дан 3 маҳал 5 кун, амоксициллин-ТЕВА 1г м/о 3 маҳал 5 кун давомида юборилади. Антибиотикларни тана ҳарорати нормаллашгандан кейин яна 2 кунгача давом эттириш тавсия қилинади. Агар касаллик оғир давом этса, антибиотиклар (мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал қунига 3-5 кун давомида) венага юборилади.

Ҳомиладорликнинг 3 ойликдан кейинги ойларида кучли антибиотикларни даволаш учун ишлатиш мумкин, чунки 3 ойдан кейин ҳомиланинг ҳаёт учун зарур ички аъзолари шаклланиб бўлиб, йўлдош тўла-тўқис шаклланади, ўзининг иш фаолиятини бошлайди, ҳомилани дорилар таъсиридан бир мунча сақлаш қобилиятига эга бўлади.

Антибиотиклардан априд (ампициллин) 1 таблеткадан (750 мг) 2 маҳал 7 кун, амоксиклав 600 мг дан 3 маҳал в/и, кейин 1 таблетка (1000мг)дан 2 маҳал 5 кун, амоксил 500мг дан 3 маҳал 5-7 кун ифицеф, цефтриаксон (лендацин) 1 г дан қунига 2 маҳал в/и, зитроцин 500 мг дан 1 маҳал 3 кун 5 кун давомида тавсия қилинади.

Ҳомиладор аёлларга антибиотиклардан тетрациклин, левомецетин, стрептомицин буюриш мумкин эмас, чунки антибиотиклар ҳомилага салбий таъсир қилиб, ҳаёт учун зарур бўлган ички аъзоларда турли касалликлар (аномалиялар) содир бўлишига сабаб бўлади.

Буйракдаги яллиғланишга қарши бериладиган дорилардан уролесан 15 томчидан 3 маҳал 7 кун, 5-НОК 2 таблеткадан 4 маҳал 4 кун, кейинчалик 1 таблеткадан 4 маҳал яна 10 кун давомида берилади. Фуродонин 0,1 г дан 4 маҳал 4 кун, 0,1 г дан 3 маҳал 10 кун давомида берилади. Фуразолидон 0,1 г дан 4 маҳал 4 кун. 0,1 г дан 3 маҳал 10 кун, уросульфан 0,5 г дан 4 маҳал 10 – 12 кун.

Чилла даврида пиелонефритни даволашда бисептолни 2 таблеткадан 2 маҳал 10 кун давомида юборилса, яхши натижага эришилади.

Организмни десенсибилизация қилиш мақсадида супрастин 0,025 дан ёки пипольфен 0,025 дан 3 маҳал ичирилади.

Сийдик яхши ажралиши учун спазмолитик моддалардан баралгин 5 маҳал ёки но-шпа 2 мл м/о, папаверин 2% - 2,0 м/о юборилади. Плацента-нинг тўсик фаолиятини кўчайтириш учун Е витамини 30% - 1,0 м/о 5-10 кун давомида тавсия қилинади.

Бачадон мушкуллари қисқарувчанлигини камайтириш мақсадида гестаген (дюфастон), спазмолитик (магnezия, но-шпа, папаверин) ва токоли-тиklar (гинепрал) буюрилади.

Даволаш мобайнида юбориладиган суюқлик миқдори 1 кунда 2 литр-гача тавсия этилади (5% глюкоза, физиологик эритма ва х.к.), ориз орка-ли суюқлик ичишга маслаҳат берамиз. Ғўштни қайнатилган миқдорда истеъмол қилинади. Сабзавот ва ҳўл мевалардан кўпроқ истеъмол қилиш керак. Шўр-аччиқ ва қовурилган овқатларни истеъмол қилиш қатъиян ман қилинади.

Ўргатувчи тестлар.

1. ТТК мезонлари:

эритроцитлар $3,5 \times 10^{12}$ /л ва ундан паст

гематокрит 34% дан паст

ранг кўрсаткичи 0,8 ва ундан паст

темир модданинг даражаси 10 мкг/л ва ундан паст

гемоглобин 110 г/л ва ундан паст

2. Гестацион пиелонефрит клиникаси:

тана ҳарорати $38-40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиши, бел соҳасида оғриқ, тез-тез сийиш, оғриқ билан

бел соҳасида оғриқ, Пастернацкий симптоми мусбат, титраш, қувват-сизли, терлаш

3. Оғир камқонликда туғруққа тайёрлаш усуллари:

кон ивиш ҳусусиятини текшириш

клиник - биокимёвий текширув

витаминлар, оксил ва темир моддалари бўлган дорилар бериш

ҳомила сурункали гипоксиясини даволаш

эритроцитар масса, плазма қуйиш

4. Пиелонефритни ҳомиладорлик пайтида даволаш:

антибиотиклар қўлланилади, спазмолитиклар, кўп суюқлик ичирила-ди, ўринда ётиш тартиби.

цефалоспоринлар буюриш

витаминлар, қувватни оширувчи, дезинтоксикацион даволаш

5. Гестацион пиелонефрит билан касалланган беморларда сийдик тах-лиллари қандай бўлади?

бактериурия сийдикда оксил пайдо бўлиши

сийдикда лейкоцитлар миқдори ошиши

Нечипоренко усулида лейкоцитлар сони 2000 дан ортик

6. Гестацион пиелонефрит профилактикаси:

рационал суюқлик ичиш, шўр овқатларни камайтириш

кольпит ва уретритни ўз вақтида даволаш

антибиотик ва сульфаниламидларни профилактик буюриш

7. Пиелонефрит ва унинг ҳомиладорликда ҳомилага таъсири:

ҳомиланинг гипотрофияси

ҳомиланинг вақтидан олдин туғилиши

чақалоқларда йирингли септик касалликлар

юқори перинатал ўлим

8. Пиелонефрит ривожланишида инфекция қандай 2 йўл билан тарқалади?

гематоген йўл

уретра орқали юқорига чиқувчи йўл

9. Ҳомиладорлик пиелонефритида кўп учрайдиган асоратларни санаб ўтинг:

ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи

ҳомиладорликда гестозларнинг қўшилиб келиши

ҳомила гипотрофияси

ҳомиланинг антенатал ўлими

кўпсувлик

НЖИБК

10. Буйрак касалликларида ҳомиладорликка қарши қандай 3 та кўрсатмани биласиз?

сурункали пиелонефрит, буйрак етишмовчилиги

ягона буйрак пиелонефрити

барқарор гипертензия ёки азотемия билан кечадиган сурункали пиелонефрит

11. Темир етишмаслиги анемиясида қандай 4 та оғирлик даражасини биласиз?

1-даражада - энгил - Нb 110-91 г/л

2-даражада - ўртача - Нb 90-71 г/л

3-даражада - оғир - Нb 70-51 г/л

4-даражада - ўта оғир - Нb 50 г/л ва ундан паст

12. Темир танқислиги билан ўтадиган камқонлик ривожланишида 6 та асосий омилни санаб беринг:

ёши

анамнез

экстрагенитал касаллик борлиги

овқатланиш ҳусусияти

ҳомиладорлик муддати

ушбу ҳомиладорлик асорати

13. Сурункали темир танқислиги анемияси бўлган аёлларни профилактика ва даволаш мақсадида 3 марта режали госпитализация қилиш ҳомиладорликнинг қайси муддатларида ўтказилади?

I - 20-22 ҳафтада - организмда Fe танқислигини даволаш

II - 28-32 ҳафтада - камқонлик ўта авж олган давр, Fe танқислигини тўлдириш мақсадида даволаш курси ўтказилади

III - 36-38 ҳафтада туғрукка тайёрлаш

14. Анемияда ҳомиладорликка 5 та қарши кўрсатмани санаб беринг:

III-IV даражадаги темир танқислиги анемияси

гемолитик анемия

суяк кўмиги гипо- ва аплазияси
лейкоз

огир кечувчи ёки тез-тез хуружланувчи Верльгоф касаллиги

15. Пиелонефрит билан туғруқни олиб боринг:

табiiй туғруқ йўллари орқали туғруқни чақириш

Нима сабабдан пиелонефрит ўнг томонда кўпроқ учрайди

ўнг тухумдон венаси сийдик йўллари сикиб қўйиши

бачадон билан ўнг сийдик йўлининг сиқилиши

16. Буйрак касалликларида ҳомиладорларни 4 марта госпитализация қилиш муддатлари ва мақсадлари?

1 – 12 ҳафталик ҳомиладорликнинг ўсишини ҳал қилиш учун

2 – 22-24 ҳафталикда йўлдош этишмовчилиги давоси ва презклампсиянинг олдини олиш учун.

3 – 32-34 ҳафталикда профилактик даво, презклампсияни ва йўлдош этишмовчилигини даволаш учун

4 – 37-38 ҳафталикда туғруқ олди тайёргарлиги учун.

17. Ўткир пиелонефритга хос 4 асосий симптом?

Тана ҳарорати 39-40 градус, қалтираш, ҳолсизлик

Белда оғриқ, сийдик йўли бўйлаб оғриқ, сонда оғриқ

Пастернацкий белгиси (мусбат)

Пешобда оксил ва лейкоцитлар

18. Пиелонефритда қон ва пешоб таҳлилидаги ўзгаришлар?

лейкоцитурия

бактериурия

қонда нейтрофил лейкоцитоз

19. Пиелонефрит ташхисида лаборатор усуллар (пешоб)?

Пешобнинг умумий таҳлили

Нечипоренко синамаси

Аддис-Каковский синамаси

Зимницкий синамаси

20. Пиелонефритда туғруқдаги 4 та асорат?

НЖЙБК

Вақтидан илгари туғруқ

Туғруқдан олдин ва эрта сув кетиш

Туғруқдан кейин ва илк чилла даврида қон кетиш

21. Ҳомиладорликда камқонликнинг қайси 4 та тури кўп учрайди?

Ғе танқислиги

В₁₂ (фолат кислота) этишмаслиги

Гемолитик

22. ТТК нинг 4 та ривожланиш хавфи қандай?

Акушерлик анамнезида қон кетишлар, операциялар

Сурункали инфекция ўчоқлари, экстрагенитал касалликлар борлиги

Оксил, Ғе, витаминлари кам бўлган овқатларни истеъмол қилиш

Ҳомиладорлик асоратлари (қайт қилиш, презклампсия, бола ташлаш

хавфи)

23. Камқонлиги бўлган аёлларда қандай 5 та ҳомиладорлик асоратлари учрайди?

преэклампсия ривожланиши

бола ташлаш

Сурункали гипоксия ва ҳомила гипотрофияси

НЖЙБК

Ҳомиланинг антенатал ўлими

24. Камқонлиги бўлган аёлларда туғруқ вақтидаги 5 та қандай асоратлар уч райди?

Туғруқдан олдинги ва эрта сув кетиши

Ҳомиланинг интра- ва постнатал ўлими

Туғруқ кечишининг сустлиги

НЖЙБК

Туғруқдан олдинги ва кейинги қон кетишлар

25. Ҳомиладорликнинг қайси муддатларида кўпинча пиелонефрит аниқланади?

12-15-ҳафталарида

24-29-ҳафталарида

32-34-ҳафталарида

39-40-ҳафталарида

26. Туғруқдан кейинги даврнинг қайси кунларида пиелонефрит асоратлари келиб чиқади?

2-15-кунларида

10-12-кунларида

27. Пиелонефрит кўзғатувчилари?

Грамманфий ичак таёқчалари

Кўк йиринг таёқчаси

Протей

Кандидалар туридаги замбуруғлар

Стафилококклар

28. Ҳомиладорликда пиелонефритнинг формалари?

Ўткир

Сурункали

Латент кечувчи

Гестацион

29. Ҳомиладорларда пиелонефритни даволаш?

Витаминли парҳез, суюқликлар, сийдик ҳайдовчи ўтлар

Тизза-тирсак ҳолатида кунига 10-15 дақиқа бир неча марта ва соғ томонда ётиш

Антибактериал терапия

Дезинтоксикацион терапия

Спазмолитиклар

Уросептиклар

Десенсибиловчи терапия

XIX БОБ ҲОМИЛАДОРЛИК ИЛК ТОКСИКОЗЛАРИ

Максад:

Талабаларга илк токсикоз этиологияси ва патогенези, таснифи тўғрисида тушунча бериш, ушбу патологияни даволаш ва профилактикасини ўргатиш.

Режа:

1. Илк токсикоз тушунчасининг таҳлили.
2. Илк токсикозлар таснифи.
3. Илк токсикоз этиологияси ва патогенези
4. Илк токсикозларни даволаш ва профилактикаси.

Ҳомиладорлик токсикозлари (ХТ) тушунчаси ҳомиладорлик туфайли юзага келган ва ҳомиладорлик тугаши билан бартараф бўладиган барча патологик ҳолатларни ўз ичига олади. ХТ она ва бола томонидан асоратларга олиб келиши мумкин, баъзан экстрагенитал патологияларга ҳам сабаб бўлади.

Токсикозлар – аёл организмда ҳомиладорлик туфайли вужудга келадиган патологик ҳолат бўлиб, кўпгина симптомлар билан намоён бўлади, улардан асосийси марказий нерв системаси, кон томирлари ҳолатининг ва моддалар алмашинуvinинг бузилишидир.

Эрта пайдо бўладиган токсикозлар асосан нерв, эндокрин системаси, овқат ҳазм қилиш йўллари, иммунологик ва бошқа системалар ҳолатига боради бўлади. Бунда аёлнинг кўнгли айниёди, қайта-қайта қайт қилади, сўлаги оқади ва ҳоказо.

Ҳозирги кунда 50 дан ортиқ назариялар борки, уларда эрта пайдо бўладиган токсикозлар турлича талқин қилинади. Бизда кортико-висцерал назария кенг тарқалган бўлиб, 1950 йил бошида машҳур акушерлар С.М.Беккер, А.П.Николаев, А.А.Лебедевлар буни И.П.Павловнинг марказий нерв системаси фаолиятини ўрганиш назариясига асосланган ҳолда талқин қиладилар. Бу назария бўйича эрта пайдо бўладиган токсикозларда рефлектор реакция издан чиқади. Рефлекс эса бачадондаги нерв охирилариининг ҳомила тухуми таъсирлаши натижасида вужудга келадиган импульсларидир. Европа ва Америка Қўшма Штатлари олимлари ХГ гормоннинг (хориогоник гонадотропин) кўп ишланиб чиқиши натижасида жигар фаолияти бузилади, деб ҳисоблайдилар. 1937 йилда француз олими Бриндоан ва бошқалар эрта гестоз (тўхтовсиз қусиш) ХГ гормони концентрацияси нормаллаша борган сари аёлнинг аҳволи яхшилана боришини кузатганлар.

Этиология: илгари тухум ҳужайра экзотоксинлар манбаи деб ҳисобланганлиги учун токсикоз деб номланарди, лекин ҳозирча ҳеч ким токсин топмаган.

Патогенез. Эрта токсикоз ривожланиш механизмини тушунтирувчи назариялар: рефлектор, невроген, гормонал, аллергик, иммунологик, кортико-висцерал.

Замонавий назарияларга кўра: илк ва кечки токсикозлар аёл организмнинг ривожланиб бораётган ҳомиладорликка мослаша олмаётганлиги

туфайли келиб чиқади. Ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида учрайдиган ҳамма токсикозлар кўпроқ анамнези оғирлашган ҳомиладорларда юзага келади. Уларда аниқ патологик кўринишлар бўлмасада, ҳомиладорлик қўзғатувчи омил бўлиб ҳисобланади ва ҳомиладорлик асоратларига олиб келади.

1. Нейрогуморал назария: ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолияти бузилганлиги натижасида моддалар алмашинувининг нейрогуморал бошқарилиши ҳам издан чиқади, оқибатда қондаги оқсил, микроэлементлар, электролитлар, гормон ва медиаторларнинг ўзаро муносабатлари ўзгаради, бу эса қонда тўла оксидланмаган моддалар ҳосил бўлиши ва бошқа ички аъзолар қатори жигар фаолиятининг бузилиши эса аёл организмнинг заҳарланишига олиб келади.

2. Аллергик назария:

Оқсил субстанциялари сифатида аёл организмга аллергенлар ҳомила ва йўлдошдан ўтади.

3. Буйрак билан боғлиқ назария:

Ҳомиладор бачадон буйрак томирларини эзганлиги сабабли, буйрак ишемиyasi юзага келади ва ренин ишлаб чиқарилиши кучаяди.

4. Кортико-висцерал назария (стресс).

5. Эндокрин назария.

6. Иммунологик назария.

7. Генетик назария.

8. Плацентар назария.

9. Гемодинамик назария.

10. Аёл ва ҳомила ўртасидаги гематологик конфликт назарияси.

11. Интоксикация назарияси.

12. Инфекция назарияси.

(30 дан ортиқ назария мавжуд).

Ҳомиладорлик илк токсикозлари 50-60% ҳомиладор аёлларда учрайди, лекин улардан 10% даволанишга муҳтож бўлади. Илк ҳомиладорлик токсикозлари 2 турга бўлинади:

Эрта токсикозлар таснифи:

1) Кўп учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: қусиш, кўнгил айниши, сўлак оқиши.

2) Кам учрайдиган ҳомиладорлик токсикозлари: Ҳомиладорлик дерматозлари, ҳомиладорлик бронхиял астмалари, ҳомиладорлик гепатозлари (ҳомиладорлик ёғли гепатозигача).

Илк токсикозларнинг энг кўп учрайдиган шакли бу – қусиш.

Қусиш клиник ҳолатига, лаборатор кўрсаткичларга ва учрашига кўра 3 та даражага бўлинади: енгил, ўртача оғир ва оғир даража.

Ҳомиладорликда қусиш моддалар алмашинуви ва электролитлар баланси бузилган ҳомиладор ва ҳомила ҳолатида дегидратацияга олиб келади. Қусишнинг келиб чиқишида гормонал муҳит дисбаланси муҳим рол ўйнайди. Бунга эстрогенлар етишмаслиги, ХГ миқдорининг юқорилиги, кортикостероидлар секрециясининг камайиши ва парасимпатик нерв системаси фаоллигининг ортиши сабаб бўлади. Она ва ҳомиланинг

иммунологик мос келмаслиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Энг кўп ҳомиладорлик қусиши ошқозон - ичак йўлида патологияси бўлган ҳомиладорларда учрайди. Қусиш электролитлар йўқотилишига ва дегидратацияга олиб келади. Сувсизланиш буйрак фаолияти пасайишига сабаб бўлади: коптокчалар филтрацияси тезлиги камайиши туфайли, суткалик диурез камаяди.

Қон плазмасида калий ва натрий ионлари концентрацияси ортади, ҳужайра ташқарисидаги суюқлик камаяди. Очлик ривожланиши натижасида гипопротсинемия юзага келади.

Асосий озуқа манбаи ёғлар ҳисобланади, организмда гликогеннинг сарфланиши ёғлар парчаланишини кучайтиради, бу эса ўз навбатида кетон таначалари тўпланишига, липолиз тезлиги ортишига, эркин ёғ таначаларининг кўпайишига сабаб бўлади.

Эркин ёғ кислоталари жигарда кетон таначаларига айланиши натижасида оғир гиперлипидемиядан то жигар ёғли инфильтрациясигача кузатилиши мумкин. Кетоацидознинг ўзи ҳам қусишга сабаб бўлиб, дегидратация ва электролитлар баланси бузилишларини кучайтиради. Қўшимча ҳужайра ичи ва ҳужайрадан ташқаридаги суюқликларнинг камайиши тўқима ва аъзолар гипоксиясига, мочевина концентрацияси ортишига, гематокрит кўрсаткичи ортишига (дегидратация туфайли), эритроцитлар ва гемоглобин миқдорларининг мос келмаслигига сабаб бўлади. Гемоглобин ва гематокритнинг юқори миқдорлари ҳомиладорлик илк токсикозининг оғир даражада эканлигидан дарак беради. Бу жараёнлар натижасида метаболик ацидоз билан гипокалиемия ривожланади. Ҳомиладорликда қусиш оғирлик даражасини аниқлаш учун қуйидаги текширувларни ўтказиш керак:

1 - қон клиник таҳлиллари: гематокрит ортиши, гемоглобин, эритроцитлар, СОЭ ортиши.

2 - қон биохимиявий таҳлиллари: умумий оқсил ва унинг фракциялари миқдори, фибриноген, тромбоцитлар кўрсаткичи, жигар ферментларини аниқлаш.

3 - сийдик таҳлили: нисбий зичлигининг ортиши, суткалик диурезнинг ортиши, мочевина, креатинин миқдорини, буйракдаги жараён даражасини аниқлаш учун.

4 - бу ҳамма патологик жараёнлар ЭКГ бузилишига олиб келади, бу эса ўз электролитлар баланси бузилиши даражасини кўрсатади, ЭЭГ.

5 - сутка давомида қайт қилишлар сонини санаш ва суткалик диурез билан таққослаш.

6 - умумий ҳолатини баҳолаш: шикоятлари, пульси, тери қуруқлиги ва бошқалар. Қусишнинг енгил даражасини даволамаса ҳам бўлади. Оғир ва ўрта оғир даражаларини даволаш шарт.

Илк токсикозлар клиникаси.

1 - даража (енгил формаси): нерв системасининг функционал ҳолати ўзгаради. Бунда бош миянинг фаоллиги камайиб, пўстлоқ ости қаватиники ортади, вегетатив нерв системасининг фаолияти бузилади, аммо моддалар алмашинуви ва бошқа аъзо ва системалар фаолиятида ўзгаришлар кузатилмайди.

Бунда кўнгил айланиш, қусиш 4-5 марта, тана вазнининг камайиши 5%, пульс 80 та, АҚБ меъёрда, УКТ ва УПТ меъёрда, диурез адекват.

2-даража (ўртача формаси): Токсикознинг бу турида нерв системасида ўзгаришлар кузатилади. Организмда углевод ва ёғлмашини нуви бузилиши натижасида кетоацидо вужудга келади. Ички секреция безлари, жумладан гипофиз, буйрак усти беши, сариқ тана фаолияти ва бошқалар бузилади.

Бу турда аёл суткасига 10 марта ва ундан кўп қайт қилади. Бунда қайт қилиш овқатланишга боғлиқ бўлмайди. Бемор озиб кетади (1 ҳафтада 3 кг), ҳарорати 37,5°C га кўтарилиши мумкин, томир уриши 90-100 гача кўтарилади артериал қон босими пасаяди. Организмда сув камайланиши туфайли оғиз қуриydi, анемия кузатилади. Кетоацидоз (ацетон+++) кузатилади, диурез кам. Тўғри даволанса, касаллик тузалиши, акс ҳолда оғир турга ўтиб кетиши мумкин.

3 даража (оғир формаси): токсикознинг бу тури жуда оғир кечиб, ҳаётини муҳим аъзо ва системаларга путур етади, углеводлар, ёғлар, минерал тузлар алмашинуви бузилади. Аёлда метаболик ацидоз вужудга келади. Бунда аёл суткасига 20—25 марта ва бундан ҳам кўп қайт қилади. Бемор озиб, териси қуруқшайди, бўшаши, тилини қараш қоплайди. Қусуғидан ацетон ҳиди келиб туради. Танасининг ҳарорати 38-38,5°C гача кўтарилади. Пульси тезлашиб, минутага 100-120 мартага етади. Бемор кам сияди, унда ацетон, баъзан оксил ва цилиндрлар бўлади. Қонда азот қолдиги кўпаяди, хлоридлар камаяди, кўпинча билирубин концен-трацияси ошади. Организмда суюқлик камайиши туфайли гемоглобин миқдори ошади, тери шиллик қаватлари сарғаяди. Агар даво қилинмаса, организмда захарланиш ва дистрофик ўзгаришлар авж олиб, кома натижасида касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Токсикознинг оғир турида аёлда физиологик ва патологик ўзгаришлар кузатилади. Физиологик ўзгаришлар пайдо бўлишига сабаб меъдадаги таъсирловчи ва токсик моддалардир. Ҳомиладорликдаги патологик ўзгаришлар марказий нерв системасининг қўзғалиши, моддалар алмашинуви ва эндокрин безлар фаолияти бузилиши натижасида вужудга келади. Қайт қилиш марказий нерв системаси орқали бошқарилиб туради. Узунчоқ мияда қайт қилиш маркази билан бирга нафас, юрак-томир ва сўлак ажратиш ва ҳид билиш маркази ҳам жойлашган. Шу сабабли қусишдан олдин кўнгил айланиши кўпаяди, нафас олиш чуқурлашади, периферик томирлар спазми (сикилиши) натижасида беморнинг рангити ўчади. Бу ҳолда қайт қилиш марказининг таъсирланиши натижа-сида вужудга келади.

Даволаш

- ✦ Пархез.
- ✦ Даволовчи-ҳимояловчи режим.
- ✦ Гипносуггестив терапия, марказий электроаналгезия, игна санчиш терапияси, рефлексотерапия.
- ✦ Медикаментоз терапия: М-холинолитиклар (атропин), антигиста-

минлар (пипольфен, дипразин, тавегил), нейролептиклар (галоперидол, дроперидол), дофамин антагонистлари (реглан, церукал). Инфузион моддалар (кристаллоидлар, коллоидлар, глюкоза, альбумин, натрий бикарбонат 4%), метаболизмни кучайтирувчи моддалар (ККБ, рибоксин, витаминлар).

Қайт қилишга бир қатор омилларни ҳисобга олган ҳолда даво қилинади. Булар қуйидагилардан иборат:

- Қайт қилиш маркази фаолиятини нормаллаштириш.

- Қайт қилиш марказини таъсирловчи хеморецептор зонасини блокировка қилиш.

- Меъданинг рефлектор қўзғалувчанлигини қисман сусайтириш ҳамда унинг қисқариш фаоллигини ошириш.

Илгарилари қайт қилиш маркази фаолиятини сусайтиришда седатив ва уйқу дорилар ишлатилган. Ҳозирги кунда қайт қилишни тўғридан-тўғри тўхтатиш учун холинолитик, антигистамин ва нейролептик препаратлар буюрилади.

Қусишга қарши ишлатиладиган препаратлар қайт қилиш маркази ва хеморецептор зонанинг нейромедиатор системасига, холинолитик ҳамда атропинга ўхшаш препаратлар (масалан, скополамин) қусиш марказининг холинергик рецепторларига таъсир қилади, аммо етарли ёрдам бера олмайди, бунда бир қатор қўшимча ҳолатлар: оғиз ва томоқнинг қуриши, чанқаш, қўзғалувчанлик, галлюцинация ва бошқалар кузатилади. Қайт қилишга қарши антигистамин препаратлардан: димедрол, пипольфен, дипразин ва бошқалар қўлланилади. Бу препаратларнинг асосий таъсири седатив холинолитик компонентлардир. Гистаминга ўхшаш таъсир этадиган препаратлар кунига 2 марта 1-2 мл дан қўлланилади.

Нейролептик препаратлардан фенотиазин ва бутирофенон ҳам яхши ёрдам беради, марказий нерв системасининг хеморецептор зонасига қаратилган. Аминазин, этаперазин, металеразин, трифтазин ва бошқалар қайт қилишда яхши таъсир этади. Дроперидол қайт қилишда аминазиндан кўра анча кучлироқ таъсир кўрсатади, аммо унинг ножўя таъсири бўлганлиги туфайли ишлатишда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Дроперидол қон босимини пасайтириб юбориши мумкин. Ортостатик қоллапс рўй бермаслиги учун препарат юборилгандан кейин камида 2-3 соат ётиш керак. Дроперидолни қўллагандан сўнг экстрапирамидал бузилиш ҳолатлари — титраш, мушакларнинг тортишиб қолиши, психомотор бузилишлар кузатилади. Бундай ҳолат рўй бергудай бўлса, нейролептик препаратлар билан бирга атропиндан 0,5 мл укол қилиш зарур.

Шундай қилиб, бу препаратлар таъсирида эрта юз берадиган токсикозга хос бўлган меъда-ичак атонияси ҳам йўқолади, аммо бунда секреция ўзгармайди. Дофаминнинг антагонисти кўп нейролептикларда қайт қилиш марказининг холинореактив ҳолатига таъсир этмайди. Шу сабабли қайт қилишни тўхтатиш учун холинолитик препаратларни улар билан биргаликда буюриш ҳам яхши ёрдам беради. Нейролептиклар ва антигистамин препаратларни бирга буюриш яхши натижа беради. Масалан, церукал ва димедрол ёки дроперидол ва пипольфенларни буюриш ҳам

фойдали. Булар суткасига 1-2 мл дан, антигистамин эса 2 мл дан буюрилади.

Меъданинг рефлектор қўзғалишини нормаллаштириш учун новокаин ичиш буюрилади. Бундан ташқари, адреналин ҳам меъда мускуллари тонусини нормаллаштиради. Бунинг учун 0,1% ли адреналин эритмаси 1-2 ош қошиқдан кунига бир маҳал ичилади. Қайт қилишга даво қилишдан мақсад уни тўхтатиш бўлиб қолмасдан, балки моддалар алмашинуви ва электролитлар мувозанатини яхшилашга қаратилган бўлиши зарур. Қайт қилиш натижасида айниқса гликоген (турғун бўлмаган энергия манбаи) камайиб кетади, кетоз ҳолати вужудга келади.

Токсикоз вақтида ёр кислоталарнинг йиғилиши натижасида ацидоз пайдо бўлади. Сийдик билан бирга кўп миқдорда кетон таначалари ажралади, кетонурия ҳолати кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ўзгаришларни нормага келтириш учун инфузион даволаш усулларида фойдаланиш лозим. Бу асосан уч йўл билан амалга оширилади: коллоид эритмалар, кристаллоид эритмалар ва овқат рационини тўғри белгилаш.

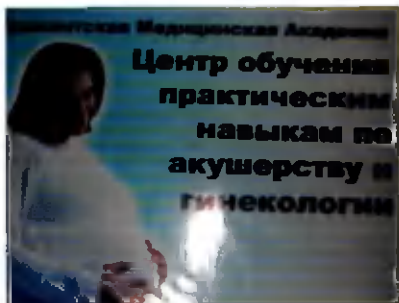
Кристаллоид эритмалар: глюкоза, ош тузи, калий хлорид, Рингер-Локк эритмаси, натрий бикарбонат, глюкоза билан новокаин аралашмаси ва бошқалардан иборат. Бу препаратлар асосан организм қайт қилиш натижасида сувсизланганда буюрилади.

Парентерал овқатлантириш учун глюкоза, аминокислоталарнинг концентрланган эритмаси, альбумин, плазмадан фойдаланилади. Инфузион даво беморнинг аҳолига қараб олиб борилади. Қанча суюқлик юбориш беморнинг сийдик ажратиш қобилиятига қараб белгиланади. Суткалик диурез 1000 мл дан кам бўлмаслиги лозим. Беморнинг гематокрит кўрсаткичи 39% дан кам бўлмаслиги керак. Бемор қайт қилганда кўп миқдорда калий тузини йўқотади. Натижада гипокалиемия вужудга келади. Бу ҳолат электролит алмашинуви мувозанатини ва юрак-томир системаси фаолиятини издан чиқаради.

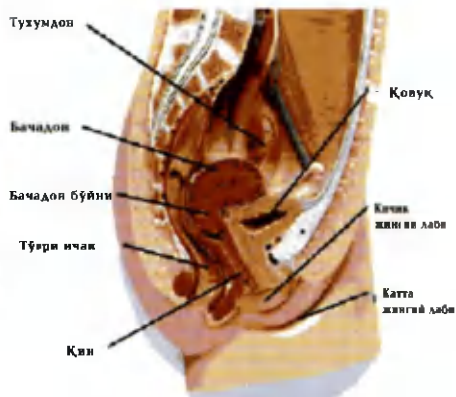
Гипокалиемиянинг клиник белгилари: тахикардия, қўшимча пароксизм, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, юракнинг тез-тез уриши, «юракнинг титраши», ЭКГ да тахикардия, аритмия, миокардда ишемия белгилари кузатилади.

Гипокалиемияни даволаш учун калий хлорид эритмаси, панангиндан 250-300 мл физиологик эритмага аралаштириб юборилади. «Дисоль» препарати ҳам гипокалиемияни даволашга ёрдам беради, уни 400—800 мл дан касаллик аломатлари йўқолгунча томчилатиб венага юборилади. Эрта токсикозларни даволаш асосан организмдаги барча ўзгаришларни нормаллаштиришга қаратилган бўлиши лозим. Витамин препаратларидан ҳам тўғри фойдаланиш зарур. Бунинг учун айниқса, бош мия ҳужайралари фаолиятини яхшиловчи моддалар зарур, улар кон орқали ҳужайраларга етиб боради. Бунда глюкозанинг аҳамияти катта. Витаминлардан В, С ҳам жуда зарур.

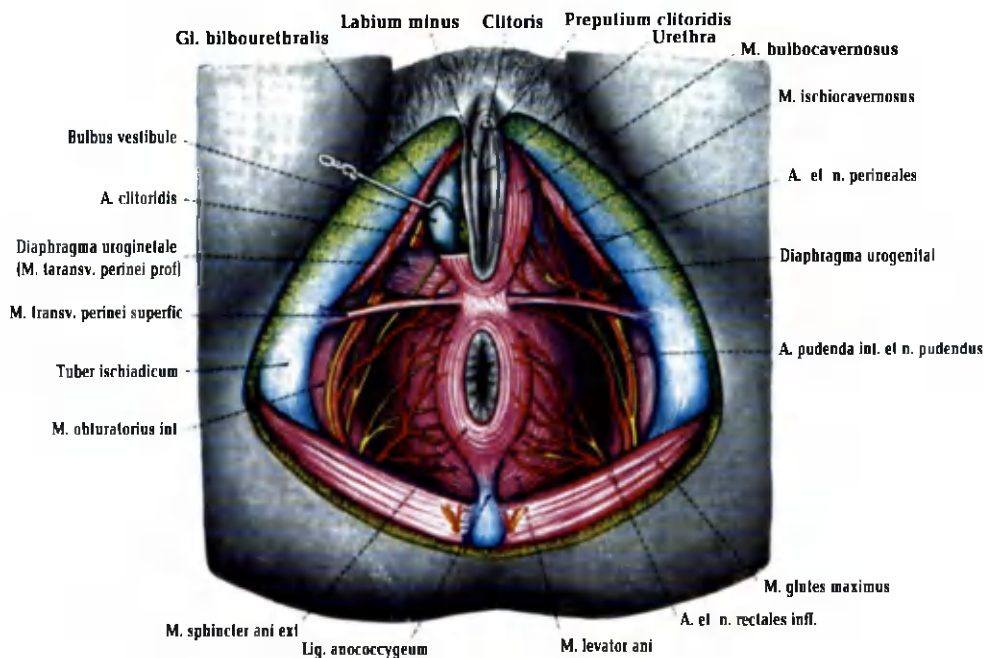
Беморга кокарнит 1 ампула (3 мл) дан 1% 1 мл лидакаин билан бирга м/о га ҳар кун 6-12 кун давомида яхши ёрдам беради. Кокарбоксилаза



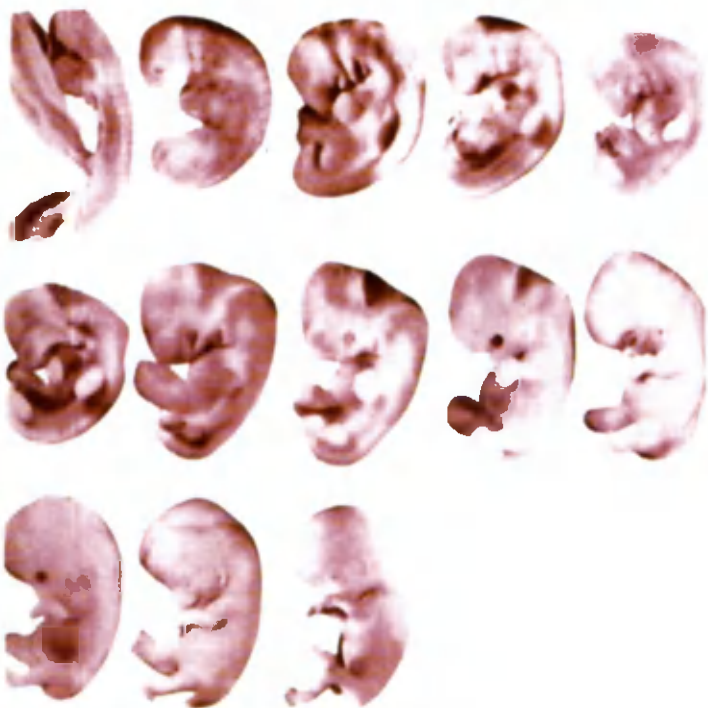
1.1.-расм. Амалиёт куникмаларни ўргатиш учун махсус маркази



3.2. – расм. Ички жинсий аъзоларининг тузилиши



3.5. -расм. Чаноқ туби тузилиши



5.6-расм. Ҳомиланинг ривожланиши

Аъзолар	НУКСОНЛАРНИ РИВОЖЛАНИШ ХАФТАЛАРИ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
мия												
кўз												
юрак												
оёқ-қўллар												
тиш												
қулоқ												
лаблар												
танглай												
қорин												

5.7.-расм. Органогенезнинг калтис даврлари



5.8- расм. Етиланг муддатдаги хомиладорлик



8.4.-расм. УТГ кабинетида



8.6.-расм. Леопольд-Левицкийнинг 3 усули



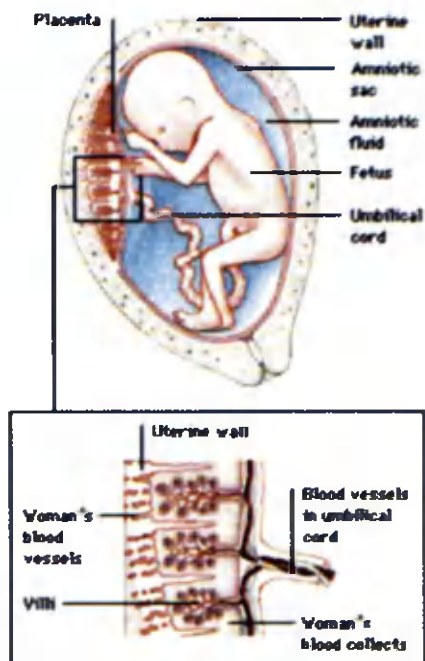
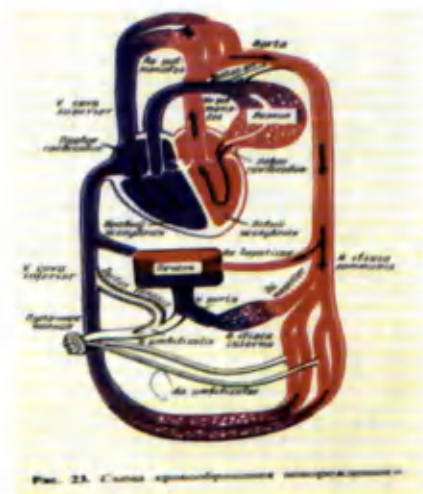
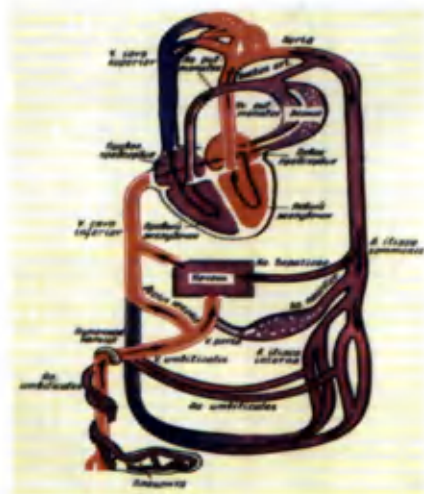
10.6.-расм. Хомила пуфаги.



10.34. -расм. Брандт усули.



14.1- расм. Плацентани тузилиши.





14.6.-расм. Ўралган киндик ҳомила бўйни ва оёғига



14.7.-расм. Ҳомила мумификацияси



14.8-расм. Киндик кўп марта ўралганлиги сабабли ҳомилани ўлими.



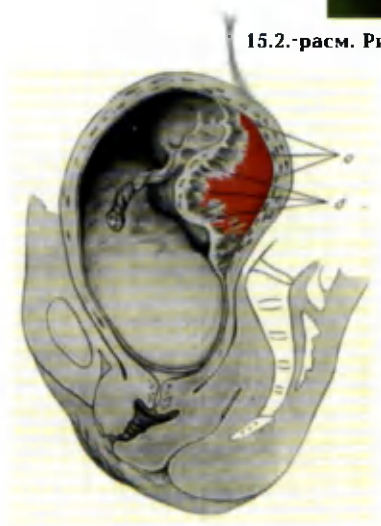
14.10.-расм. Ультратовуш текшириш усули



15.1.-расм. Ўта кам тана вазни 500г билан туғилган ҳомила



15.2.-расм. Ривожланмаган ҳомиладорлик.



21.2.-расм. Нормал жойлашган
йулдошни марказдан барнакт кучиши



21.3.- Кювелер бачадони



а



б



в

21.5.-расм. Плацентани олдинда ётишининг турлари:
а- қирғоғи билан; б- марказий; в- ёнбош

Йўлдошни қўлда ажратиш

Токолитиклар
ёки
анестетикларни
қўллаш

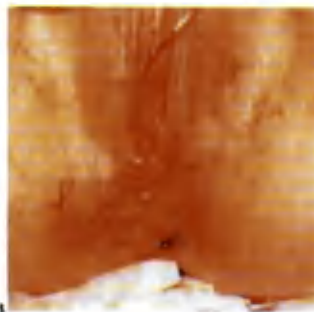
Йўлдош зич
ёпишган
бўлишига тайёр
туриш

Плацента
сегментлари



22.2-расм. Йўлдошни қўлда ажратиш

22.3-расм .Бачадонни бимануал босиш ва массажи.



28.1.-расм. Эпизиотомияни тикилиши: а-қиннинг шиллик қаватини тикиш; б- мушакларни тиклаш; в- терини тикиш



28.2.- расм. Вакуум-экстрактор



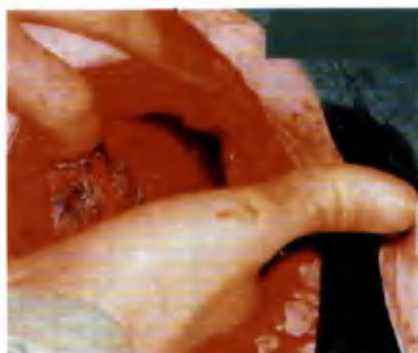
28.4. - расм. Акушерлик қискичлари



А



Б



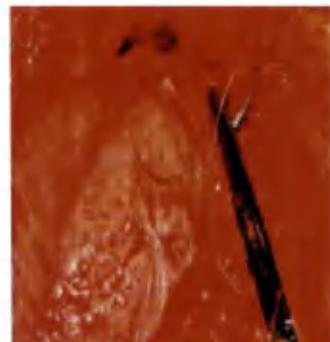
В



Г



Д



Е

28.7.-расм. Кесар кесиш: А- қорин терини кесиш; Б-апоневрозни қирқит; В-ҳомилани бошини кул билан чиқариш; Г-чақлоқни чиқариб олиш; Д- плацентани чиқариш; Е-бачадон деворларини тикиш

Рефортан® N плюс

- ✓ Быстрое восполнение утраченного объема крови
- ✓ 130% объемный эффект относительно введенного объема жидкости
- ✓ Выраженное повышение коллоидно-осмотического давления
- ✓ Стойкий волеимический и реологический эффекты
- ✓ Отсутствие прямого высвобождения гистамина
- ✓ Повышение безопасности инфузионной терапии



**Выбор профессионала
при кровопотере
и гиповолемии**

Ссылка «ИТТ в акушерстве» Е.М. Шифман, А.Д. Тиканадзе, В.Я. Вартанов, Петрозаводск 2004г.

Состав:

В 500 мл инфузионного раствора содержится: поли(о-2-гидроксизтил)крахмал 50,0 г.
(степень молярного замещения: 0,45-0,55, средняя молекулярная масса: 200 000)
натрия хлорид 4,5 г. (соответст. 154 ммоль/л Na⁺ и 154 ммоль/л Cl⁻)
вода для инъекций до 500 мл
КОД - 65 мм рт.ст.
Теоретическая осмолярность: 309 мосмоль/л.
Значение pH: 5,0-7,0

Показания:

Профилактика и терапия недостаточного объема плазмы крови (гиповолемия) и шока в связи с операциями, травмами, инфекциями и ожогами. Разжижение крови (гемодилюция) в печеночных целях.

Гемодилюционная терапия при нарушениях макро- или микроциркуляции у пациентов с:

- хроническим нарушением артериального кровообращения
- нарушениями церебрального кровообращения (апopleксия)
- закупоркой сосудов сетчаткой (инфаркт глаза)
- нарушениями кровообращения внутреннего уха (резкое падение слуха)

Дозировка и способ применения:

Суточная доза и скорость инфузии зависят от размеров кровопотери и показателя гематокрита. Максимальная суточная доза - 2 г гидроксизтилкрахмала/кг массы тела (что соответствует 20 мл Рефортана N плюс/кг массы тела). Из-за возможных анафилактических реакций необходимо первые 10-20 мл Рефортана® N плюс вливать медленно, внимательно наблюдая за состоянием пациента. Нужно учитывать риск перегрузки системы кровообращения при слишком быстром введении и слишком большой дозе.

Противопоказания:

Гиперчувствительность к действующему веществу (аллергия на крахмал), состояния дегидратации, состояния гипергидратации, гиперволемиа, гипокалиемиа, гиперхлоремия, гипернатриемия, декомпенсированная сердечная деятельность, почечная недостаточность, сопровождающаяся олигурией или анурией (креатинин > 177 мкмоль/л), отек легких, внутричерепные кровоизлияния, тяжелые нарушения свертываемости крови, новорожденные, младенцы, дети раннего возраста, пациенты, находящиеся на лечении методом гемодиализа, беременность, 1-й триместр. В других сроках беременности препарат можно применять только по жизненным показаниям.

Побочные эффекты:

Вследствие эффекта разжижения инфузии гидроксизтилкрахмала приводят, в зависимости от дозы, к снижению гематокрита и концентрации белков плазмы. Вследствие эффекта разжижения возможно преходящее увеличение времени свертывания и времени кровотечения. Длительное, ежедневное введение Рефортана® N в диапазоне средних и более высоких доз зачастую вызывает зуд, который почти не поддается лечению. Во время проведения инфузии, как и в случае всех коллоидных плазмозаменителей, возможны реакции непереносимости всех степеней тяжести. Такие анафилактикоидные реакции могут проявиться непосредственно как кожные реакции или в виде таких симптомов, как внезапный прилив крови к лицу и шее (внезапное покраснение); они могут приводить к падению кровяного давления, шоку, апноэ до остановки сердца и дыхания. Инфузии гидроксизтилкрахмала приводят к повышению уровня α-амилазы в сыворотке.

Форма выпуска:

Инфузионный раствор в полиэтиленовых флаконах по 500 мл

Стабизол®

- ✓ Быстрое возмещение ОЦК
- ✓ Длительный волемический эффект
- ✓ Способствование нормализации проницаемости эндотелия и сохранению жидкости в сосудистом русле
- ✓ Лучший профиль безопасности в группе плазмозаменителей



Ссылка «ИТТ в акушерстве» Е.М.Шифман, А.д. Тиканадзе, В.Я.Вартанов, Петрозаводск 2004г.

**Коллоидный плазмозаменитель
с доказанным влиянием на
синдром "капиллярной утечки"**

Состав:

В 1 литре инфузионного раствора содержится гидроксиэтилкрахмала (М.м. 450000 М.З.-0,7) 60 г. Натрия хлорида 9,00г. Воды инъекционной до 1000 мл. Осмолярность около 309 мосм/л. Коллоидно-осмотическое давление 0ж. 18 мм.рт.ст.

Показания:

Восполнение объема сосудистого русла при гиповолемии; профилактика и лечение гиповолемического шока, наступившего вследствие ожогов, травм, операций; гемодилюция (преимущественно в тех случаях, когда избегают многократного введения препарата в течение короткого времени).

Дозировка и способ применения:

Суточная доза и скорость введения зависят от размеров кровопотери и значения гематокрита. При замещении объема крови суточная доза составляет, как правило, 250-1000 мл. Лишь в исключительных случаях допускается превышение значения 20 мл/кг массы тела в сутки.

Противопоказания:

Препарат Стабизол® нельзя применять при гиповолемии, состояниях гипергидратации, при тяжелой застойной сердечной недостаточности с олигурией или анурией, тяжелых геморрагических

диатезах, при известной повышенной чувствительности к гидроксиэтилкрахмалу.

Побочные эффекты:

Сообщалось об отдельных случаях анафилактических реакций на гидроксиэтилкрахмал (частота - в пересчете на количество единиц инфузии - около 0,085%). Такие реакции проявляются, в большинстве случаев, в виде рвоты, легкого повышения температуры, чувства холода, зуда и крапивницы. Наблюдались увеличение верхней подчелюстной и околоушной слюнной желез, легкие симптомы гриппозного характера, такие как головная боль, мышечные боли и периферические отеки нижних конечностей.

Тяжелые реакции непереносимости, сопровождающиеся шоком и угрожающими жизни симптомами (иногда вплоть до прекращения сердечной деятельности и остановки дыхания) исключительно редко (частота-в пересчете на количество единиц инфузии - около 0,006%). Уровень амилазы сыворотки после инфузии препарата Стабизол® заметно возрастает, однако приблизительно через 3-5 дней снова приходит в норму. Диагностические или лечебные мероприятия при этом не требуются.

Форма выпуска: Стеклонные флаконы, по 500,0 мл

Дополнительную информацию Вы можете получить в Представительств компании «Берлин-Хеми Менарини» в Узбекистане
Тел.: (+998 71) 252-25-57, факс: (+998 71) 252-77-01, e-mail: bcuzbtas@berlin-chemie.de

Производитель: Berlin Chemie AG (Menarini Group), Германия

E-250-95 H 17596, 18.01.08

КМА Берлин-Хеми

Калия и магния аспарагинат

- ✓ Снижает тяжелые нарушения сердечного ритма
- ✓ Снижает частоту возникновения аритмий и летальность вследствие инфаркта миокарда
- ✓ Обеспечивает адекватное возмещение дефицита калия и магния различного генеза



**Готовый инфузионный
раствор для сбалансированного
возмещения дефицита
Калия и Магния**

Состав:

В 1 л. **КМА Берлин Хеми** содержится:
Калия гидрооксид высокоочищенный - 3,854 г
Магния окись легкая - 1,116 г
DLаспарагиновая кислота - 15,160 г
Ксилит - 16,700 г
Вода для инъекций - 976,2 г
K⁺ - 58,4 ммоль
Mg²⁺ - 27,7 ммоль
Теоретическая осмоляльность - 310 мОсм
Значение pH 6,0 - 7,4
Титруемая кислотность не более 2,0 ммоль до значения pH 7,4
Содержание энергии 110 ккал = 461,4 кДж
Содержание общего азота - 1,59 г

Показания:

- Сердечная недостаточность, хроническая ишемическая болезнь сердца
- Стенокардия, интоксикация гликозидами
- Инфаркт миокарда
- Нарушения сердечного ритма (прежде всего тахикардии и экстрасистолы)
- Явления дефицита калия или магния различного происхождения.

Дозировка и способ применения:

Доза препарата подбирается индивидуально в зависимости от показаний к применению. В том случае, если других назначений не имеется в качестве ориентировочных данных служат следующие рекомендации:

- Назначают 1-2 вливания по 250-500 мл раствора в сутки

- Скорость вливания 15-45 капель в минуту в зависимости от индивидуальной переносимости.

Противопоказания:

- острая и хроническая почечная недостаточность
- гиперкалиемию, гипермагниемию
- недостаточность коры надпочечников
- шок
- атриовентрикулярная блокада
- тяжелая миастения
- дегидратация
- повышенная чувствительность к ксилитолу.

Побочные эффекты:

При соблюдении рекомендованной скорости капельного введения побочных действий не наблюдалось.

При повышенной скорости вливания могут появиться все симптомы гиперкалиемии и гипермагниемии, как, например, мышечная слабость, расстройства со стороны центральной нервной системы, усталость, парезы, кома, выпадение рефлексов, а также кардиоваскулярные симптомы. Внутривенное введение **КМА Берлин-Хеми** должно проводиться медленно, поскольку в противном случае могут появиться чувство жара в голове и раздражение венозной стенки.

Форма выпуска:

Пластиковые флаконы, по 250 и 500 мл раствора.

Дополнительную информацию Вы можете получить в Представительстве компании «Берлин-Хеми Менарини» в Узбекистане
Тел.: (+998 71) 252-25-57, факс: (+998 71) 252-77-01, e-mail: bcuzblas@berlin-chemie.de

Производитель: Berlin-Chemie AG (Menarini Group), Германия

B-250-95 N 30696, 24 03 08

ТРЕМИН® / TREMIN®

ТРАНЕКСАМОВАЯ КИСЛОТА 500мг/5мл

**ДО 30 РАЗ МОЩНЕЕ ДЕЙСТВИЯ
АМИНОКАРБОНОВОЙ КИСЛОТЫ**



For the Best Global Healthcare Company

KOREA UNITED PHARM. INC.
SEOUL, KOREA

Данная информация предназначена исключительно
для медицинских и фармацевтических работников
Товар сертифицирован

Регистрационное удостоверение № Б-250-95№12308

ЗИФОРТ®

5 АМПУЛ ПО 3МЛ



*Нейротропный
синергизм
в сочетании
с анальгезией*

остав

Каждая ампула содержит:

Лидокаина гидрохлорид..... 100.00 мг

Тридоксина гидрохлорид. 100.00 мг

Цианокобаламин 5000.00 мкг



NOVELL
PHARMACEUTICAL
LABORATORIES
BOGOR, INDONESIA

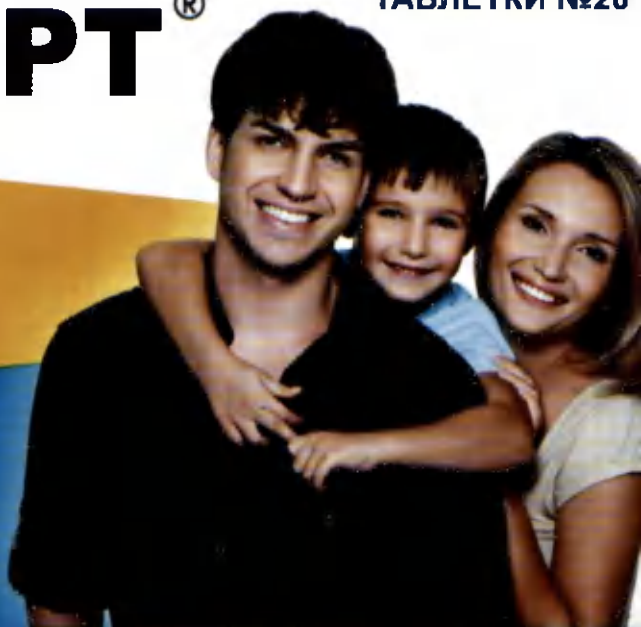


ЗИФОРТ®

ТАБЛЕТКИ №20

**ЭФФЕКТИВНАЯ
КОМБИНАЦИЯ**

**ДЛЯ БЫСТРОГО
ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ!**



*Нейротропный
синергизм
в сочетании
с анальгезией*

Состав

Каждая таблетка содержит:

Тиамин гидрохлорид..... 100.00 мг

Пиридоксин гидрохлорид. 200.00 мг

Цианокобаламин 200.00 мкг



NOVELL
PHARMACEUTICAL
LABORATORIES
BOGOR, INDONESIA



РЕПО®

Рекомбинантный человеческий эритропоэтин
Раствор для инъекций

2000 МЕ/шприц

4000 МЕ/шприц



Данная информация предназначена исключительно для медицинских и фармацевтических работников.
Товар сертифицирован. Регистрационное удостоверение №: Б-290-05/050507

Производитель:
Beijing Four Rings Biopharmaceutical Co., Ltd., KHP

100 мг, 0,5% ли липоид кислотадан 4,0 мл, 20% ли кальций пантотенатдан 2,0 мл, 5% ли аскорбин кислотаси 6-8 мл тери остига юборилади.

Эссенциал препаратдан 7-10 кун 10 мл дан укол қилингандан кейин, беморга иккинчи турдаги комплекс препаратлар: пиридоксильфосфат 0,02 дан 3 маҳал, фолат кислотаси 0,001 дан кунига 3 маҳал, метионин 1 таблеткадан 3 маҳал ичишга буюрилади. Допрокин (домперидон) 10 мг 2 таблеткадан кунига 3-4 марта ва кечасига 3-5 кун, кейин 1 табл. дан 3-4 маҳал кунига тайинланади.

Овқат хилларини буюришда организмнинг кетоацидоз ҳолатига аҳамият бериш лозим, бунинг учун овқатда углеводлар, оксил ҳамда ёғ миқдори етарли даражада бўлиши лозим. Эрта пайдо бўладиган токсикозларни даволашда беморга тайинланадиган овқат таркиби токсикозни пайдо қилган омилларга қарши қаратилган бўлмоғи зарур. Овқат жуда иссиқ бўлмаслиги, меъдани кимёвий ва рефлектор жиҳатдан таъсирлашмаслиги зарур. Аёл суткасига 6-8 марта оз-оздан илик ҳолдаги овқатни ўринда ётган ҳолда истеъмол қилиши керак. Унга қовурилган, маринадланган овқатлар, пиёз, саримсоқ, гармдори, кондитер маҳсулотлар, мой (саригъдан ташқари) тавсия этилмайди. Беморга қайнатилган, буғда пиширилган овқатлар, турли бўтқалар, ширин творог, буғда пиширилган гўшт, картошка пюре бериш мумкин. Асал, илитилган тухум, қотирилган нон берса ҳам бўлади. Минерал сувларни газини чиқариб ичиш лозим. Юқорида айтиб ўтилган овқатлар енгил турдаги токсикозда буюрилади. Қайт қилиш камайгандан 7 кун ўтгач аёл аста-секин овқатлар хилини ўзгартириши мумкин. Ўртача ва оғир турдаги токсикоз билан аёл стационарга ётқизилади. Асосан парентерал йўл билан овқатлантириш, глюкоза, электролитлар, оксил моддалари, интоксикацияга қарши препаратлар, қон ўрнини босадиган препаратлардан буюрилади. Аста-секин суюқлик миқдори оширилади. Овқат беморнинг аҳволига қараб белгиланади. Қайт қилиш тўхтагандан кейин ҳам 10 кунгача шу хилда даволашни давом эттириш керак бўлади. Беморнинг умумий аҳволи яхшилангани қайт қилмаётганлиги, вазнининг ортиб боришига қараб аниқланади. Даво натижаси касаллик арақасига ёзиб борилади.

Қуйидаги ҳолатлар ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлади:

Умумий ҳолатнинг оғирлиги.

яқин 6-12 соат ичида даволаш самара бермаса.

Адинамия, умумий ҳолсизликнинг кучайиши, эйфория.

Тахикардия, 1 минутда 120 гача.

Гипотензия 80 мм см уст.

Тери сарғайиши.

Ўнг қовурга остидаги оғриқлар.

Диурезнинг камайиши суткада 300-400 мл.

Гипербилирубинемия 100 мкмоль/л, қолдиқ азот, мочевино миқдори кўпайиши.

Комплекс даво самарадорлиги 1-3 сутка давомида йўқлиги.

Сўлак оқиши. Сўлак оқиши гестознинг оғир турида кўпроқ учрайди. Бир кеча-кундузда бир литрча сўлак оқиши мумкин. Сўлакнинг доимий равишда оз-оздан оқиб туриши беморнинг тинчасини қуритади, аммо унинг умумий ахволига унчалик таъсир қилмайди. Агар сўлак кўп оқса, лаб бичилиши мумкин, бунда беморнинг иштаҳаси пасаяди, умумий ахволи оғирлашади, озиб кетади, уйқуси бузилади.

Патогенез: эстрогенлар оғиз бўшлиғининг эпителийсига актив таъсир қилади, сўлак ажралишини кучайтиради, иштаҳа камаёди, умумий ҳолсизланиш, лабда ва лаб бурчаклари терисида мацерация ҳолатлари кузатилади ва сувсизланиш белгилари пайдо бўлади.

Сўлак оқишига қусишдаги каби даво қилинади. Аёлга шароит яратиб бериш, психотерапия, физиотерапия усулларида фойдаланиш лозим. Даво стационар шароитида олиб борилади. Бу ерда беморга тинчлантирувчи, асаб системасини тартибга солувчи дорилар (седатив), витаминлар, глюкоза ва бошқалар буюрилади. Оғизни мармарак, мойчечак, ментол эритмаси билан чайиш ҳам ёрдам бериши мумкин. Агар сўлак кўп оқса, атропиндан 0,0005 граммдан қунига 2 марта бериш мумкин. Лаб, лунж соҳалари бичилганда вазелин, Лассар пастаси суртиш лозим. Одатда муолажалардан сўнг сўлак оқиши камайиб, аёлда ҳомиладорлик нормал давом этади.

Ҳомиладорликда кам учрайдиган токсикозлар

Тетания (tetania gravidarum). Бўқоқ беи фаолияти бузилиши натижасида кальций алмашинуви издан чиқади ва аёлда тетанияга мойиллик туғилади. Баъзи олимларнинг айтишича, бўқоқ беи фаолиятининг илгари етишмовчилиги ҳомиладорликда яққол намоён бўлади.

Касалликда қўл мускуллари («акушер қўли»), оёқ («балерина оёғи»), баъзан юз, тана, ҳикилдок мускулларининг тиришиши кузатилади. Ҳомиладорлик тугаши билан бу ҳолатлар йўқолади. Даволашда кальций препаратлари, паратиреоидин, витамин D₂ ишлатилади.

Токсикоз оғир кечганда ҳомиладорликни муддатидан илгари тўхтатиш лозим бўлади.

Дерматозлар. Ҳомиладорликдаги дерматозлар тери касалликлари ҳисобланиб, асосан ҳомиладорлик даврида пайдо бўлади, ҳомиладорлик тугагандан кейин ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Дерматозлар одатда кичишиш билан кечади, баъзан экзема, эпакем, эритема, учуқ кабилар тошади. Дерматознинг кўпроқ учрайдиган тури (pruritus gravidarum) ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ёки охирида пайдо бўлиши мумкин. Одатда у жинсий аъзолар соҳасига ёки бутун танага тарқалади. Дерматозга диагноз қўйиш унчалик мураккаб эмас. Аммо албатта қон касалликлари, гижжа, овқат моддалари ва дорига аллергия бўлган ҳолларда эҳтиёт бўлиб даволаш лозим. Даво асосан асаб системасини тинчлантиришга қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, организмнинг қаршилик кўрсатиш қучини яхшилаш, бунинг учун дипразин (пипольфен), димедрол, кальций хлор, витаминлар ва ультрабинафша нурлар яхши ёрдам беради.

Экзема (eczema gravidarum). Бу ҳам ҳомиладорликда учраб туради ва из қолдирмай тузалиб кетади, аммо кейинги ҳомиладорликда яна қайта-

лаши мумкин. Экземанинг кўкрак беги, корин, сон, кўл териларида бўлиши кузатилади. Даво чоралари асосан, дерматологлар билан биргаликда олиб борилади. Кўпинча натрий бром, кофеин, кальций хлорид ва бошқа десенсибиловчи моддалардан фойдаланиш яхши натижа бериши мумкин.

Ҳомиладорликдаги кам учрайдиган токсикозларга учук кўринишидаги (herpes simplex, herpes zoster) касалликлар кириб, камдан-кам ҳолларда импетиго (impetigo herpetiformis) ҳодисаси кузатилиши мумкин.

Баъзан ҳомиладорларда тез ўтиб кетадиган эшакем, эритема кузатилади.

Ҳомиладорликда учрайдиган жигарнинг ўткир сарик дистрофияси. Бу касаллик жуда кам учраб, аёлнинг ҳаёти учун жуда катта хавф тудиради. Бундай патологиянинг келиб чиқиши ҳали аниқ эмас. Бунда касаллик тобора авж олиб, жигар фаолияти сусая боради. Бундан ташқари, кон томирларда кон тикилиб қолади, геморрагик белгилар кузатилади, олигурия (ҳатто анурия), шиш пайдо бўлади, оксил камайиб кетади. Бемор қайт қилади, тиришади, баъзан кома рўй бериб, касаллик ўлим билан тушаи мумкин.

Даволаш. Дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш, интоксикацияга қарши препаратлар: глюкоза, оксилли ва липотроп препаратлардан фойдаланиш лозим бўлади.

Остеомалация. Камдан-кам учрайдиган касаллик бўлиб, фосфор ва кальций алмашинуви бузилишидан пайдо бўлади. Бунда суякларда кальций ва фосфор деярли камайиб кетади. Натижада скелет суяклари юмшаб (чанок, умуртқа, оёқ ва қўллар) деформацияланиши кузатилади. Касалликнинг келиб чиқиши ҳали тўла ўрганилмаган.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, остеомалация ҳодисаси ички секреция безлари фаолияти бузилганда, авитаминоз ва бошқаларда кўп учрайди. Бунда касалликка диагноз қўйилиши билан дарҳол ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлади. Касалликнинг енгил тури ҳомиладорликда кузатиладиган симфизопатия (симфизит) деб юритилади. Симфизопатияда оёқ ва чанок суякларидаги оғриқ аёлнинг юришини ўзгартиради, у тез чарчайди, қов соҳасидаги суякларнинг бир-биридан ажралгани кузатилади. Пайпаслаганда оғрийди.

Даволаш. Витамин Е 15—20 томчидан кунига 3 маҳал ичилади, прогестерон (5-10 мг дан) мускул орасига юборилади, симоб-кварц лампаси билан нурлантирилади. Бундай даволаш усулиларидан фойдаланилганда касаллик аста-секин яхшилана боради.

Масалалар.

1. 24 ёшли Д. исми ҳомиладор аёл бўлимга қуйидаги шикоятлар: кўнгил айниш, қусиш 3-5 марта суткада, овқат егандан сўнг, иштаҳанинг пасайиши, таъсирчанлик билан келди. Охириги ҳафта ичида тана вазнини 1 кг йўқотган. Ҳомиладорлик муддати 6-7 ҳафта. Умумий аҳволи қониқарли. Ҳарорати нормал. Тери ва шиллиқ қавати одатдаги рангда ва намли-

қда. Пульси минутига 90 та. ҚБ 120/70 мм.сим.уст. қон таҳлили ва сийдик таҳлили патологик ўзгаришларсиз.

I. Диагноз

А. Ҳомиладорлар кўнгил айниши ва қусиш синдроми*

Б. Ўткир ичак заҳарланиши

В. Ҳомиладорлар эклампсияси

Г. Сурункали гастрит

Д. Сурункали колит.

II. Дифференциал диагноз.

А. Камқонлик*

Б. Гастрит*

В. Панкреатит.

Г. Ўт-тош касаллиги.

Д. Ревматизм.

2. Тез тиббий ёрдам машинасида 21 ёшли Т. исмли ҳомиладор аёлни келтиришди. Ҳомиладорлик 7-8 ҳафта. Шикоят: кўнгил айниш, қусиш суткасига 15-16 мартадан кўп, овқат турмайди. Ҳолсизлик, апатия. 10 кун ичида 3,5 кг вазн йўқотган. Ҳолати ўртача оғир, озгин, оғзидан ацетон хиди келади. Ҳарорати субфебрил, тери сариқ, қуруқ. Пульс 110 та минутига, қучсиз тўлиқликда ва қучланишда. ҚБ 90/60 мм.сим.уст., юрак тонлари бўғик. Тили оқ қараш билан қопланган, қуруқ. Қорин юмшоқ, оғриксиз. Диурез 400 мл суткагача қамайган. Қонда қолдиқ азот, моче-вина, билирубин миқдори ошган, альбумин, калий, хлорид, холестерин миқдори қамайган. Сийдик таҳлилида протеин- ва цилиндрурия, ацетон-га реакцияси мусбат.

I. Таъхис?

А. Ҳомиладорларнинг ҳаддан ташқари кўп қусиши*

Б. Колит

В. Қандли диабет

Г. СБЕ

Д. Гепатит.

II. Даволаш тактикаси

А. Ҳомиладорликни тезроқ тўхтатиш*

Б. Гемодиализ

В. Умумқувватлантирувчи дезинтоксикацион терапияси

Г. Буйраклар биопсияси

Д. Ҳомиладорликни 20 ҳафтагача пролонгация қилиш

3. 21 ёшли ҳомиладор аёл, муддати 7-8 ҳафта. Шикоятлари бутун та-насидаги қичишиш, уйқусизлик, таъсирчанлик. Лаборатор таҳлиллар ўз-гаришларсиз.

I. Диагноз .

А. Дерматит

Б. Аллергик реакция

В. Механик сариклик

Г. Қичима

- Д. Хомиладорлар дерматози.*
- II. Қўшимча диагностика усуллари
- А. УТТ*
- Б. Рентгенография
- В. РЭГ
- Г. ЭКГ
- Д. Лапароскопия.

3. 22 ёшли хомиладор аёл, муддати 10 ҳафталик. Диагноз -эрта токсикоз, қусиш ва қўнгил айниш синдроми. Қусиш 12-15 марта суткасига, тез озиш.

- I. Шифокорнинг тактикаси
- А. Хомиладорликнинг тўхтатилиши
- Б. Комплекс терапия ўтказиш*
- В. Физиотерапия
- Г. ЛФК
- Д. Тестометрия.

- II. Хомиладорликни тўхтатишга кўрсатма
- А. Қусиш 1-5 марта суткасига
- Б. Қусиш 11-15 марта суткасига
- В. Тана вазни пасайиши
- Г. Организмнинг ўсиб боровчи сувсизланиши*
- Д. Гипертензия

4. 23 ёшли аёл поликлиникага сўлак ажралиш шикоятни билан мурожаат этди.

Охирги ҳайзи 5 ҳафта олдин.

I. Диагноз.

- А. Птиализм*
- Б. Стоматит
- В. Қутуриш
- Г. Кимёвий воситалардан заҳарланиш
- Д. Тонзиллит.

II. Қўшимча диагностика усуллари

- А. ХГ таҳлили*
- Б. Бош рентгенографияси
- В. ЭКГ
- Г. ОИТ рентгенографияси
- Д. Бачадон УТТ.*

5. 27 ёшли хомиладор аёл оғир интоксикация белгилари билан келди: тахикардия 110-120 та минутига, ҚБ 80/40 мм.сим.уст., тери ва шиллиқ қаватлари қуруқ, тил қараш билан қопланган. Анамнездан: охирги ҳайзи 6 ҳафта олдин, тўхтатиб бўлмайдиган қусиш, тез озиш. Диагноз- хомиладорларнинг ҳаддан ташқари кўп қусиши.

I. Қон таҳлили:

- А. Гипо-, диспротеинемия*
- Б. Креатининемия*
- В. Ўзгаришлар йўқ
- Г. Лейкоцитоз
- Д. Ретикулоцитоз

II. Дифференциал диагноз:

- А. Овқатдан токсикоинфекция*
- Б. Пиелонефрит
- В. Миокард инфаркти
- Г. Гипотоник касаллик
- Д. Холецистит.

6. 20 ёшли ҳомиладор аёл, муддати 7-8 ҳафталик, кўлларда мушаклар тортишуви пайдо бўлди.

- I. Диагноз.
- А. Миозит
- Б. Остеопороз
- В. Неврит
- Г. МНС шикасти
- Д. Ҳомиладорлар тетанияси *

- II. Даволаш усули
- А. Паратиреоидин, кальций*
- Б. Ҳомиладорликни тўхтатиш
- В. Физиотерапия
- Г. Химиотерапия
- Д. Витамин Д*

7. Муддати 6-7 ҳафталик ҳомиладорда: қусиш суткасига 7-8 марта, тана вазнини 3 кг йўқотиш 2 ҳафта ичида, томир уриши 90 та мин. ҚБ 110/70 мм.сим. уст., даврий ацетонурия аниқланди.

I. Диагноз

- А. Панкреатит
- Б. Ҳомиладорлар қусишининг ўртача оғирлик даражаси*
- В. Ошқозон раки
- Г. Сурункали гастрит
- Д. Ҳомиладорлар қусишининг енгил даражаси.

II. Физиотерапия усуллари

- А. Амплипульстерапия
- Б. Электрофорез
- В. Диадинамик ток
- Г. Магнитотерапия
- Д. Электроуйку, рефлексотерапия*

8. Аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: кўнгил айнаши, суткасига 5-6 марта қусиш, бош айланиши, диурез 700-800 мл суткасига,

УТТ да ҳомиладорлик муддати 7-8 ҳафта.

I. Сизнинг диагнозингиз?

- A. Гастрит
- Б. Эрта токсикоз*
- В. Эклампсия
- Г. Презеклампсия
- Д. Гепатит.

II. Тактикангиз

- A. Комплекс даволаш учун госпитализация қилиш*
- Б. Химиотерапия
- В. Бачадон ампутацияси
- Г. Симптоматик терапия
- Д. Ҳомиладорликни тўхтатиш.

9. 27 ёшли ҳомиладор аёл куйидагиларга шикоят қилди: умумий ҳол-сизлик, тез чарчаш, парестезия, оёқлардаги, чанок суякларидаги, мушаклардаги оғрик, юришнинг ўзгарганлиги, қов бирлашмаси пальпация қилинганда оғрик сезади.

I. Сизнинг диагнозингиз?

- A. Невралгия
- Б. Артрит
- В. Ҳомиладорлар остеомаляцияси*
- Г. МНС фаолиятининг бузилиши
- Д. Ревматизм.

II. Диагнозни аниқлаш учун қўшимча усуллар

- A. ЭГДФС
- Б. ЭКГ
- В. РЭГ
- Г. Чанок суяклари рентгенографияси *
- Д. ЯМР.

10. 25 ёшли ҳомиладор аёл (муддати 7-8 ҳафта) қабулга келтирилди. Шикояти: қичишиш, таъсирчанлик, уйқусизлик. Кўрикда: қорин териси, қўл, оёқларда тирналган излар, майда жуфт қизғиш тусдаги папулалар бор.

I. Сизнинг диагнозингиз

- A. Қичима*
- Б. Ҳомиладорлар дерматози
- В. Аллергик реакция
- Г. Трихомониаз
- Д. Экзема

II. Қўшимча текшириш усуллари

- A. УЗИ
- Б. ЭКГ
- В. ЭГДФС
- Г. Теридан суртма олиш*

Ўргатувчи тестлар:

1. Ҳомиладорлик илк токсикозларининг қандай турларини биласиз?
Ҳомиладорлар қусиши.
Сўлак оқиши.
2. Сўлак оқиши нима билан даволанади
Атропин 0,005 грамм.
Мойчечак дамламаси.
Маврак дамламаси.
3. Ҳомиладорлар қусишини даволашда қандай даволаш воситалари қўлланилади
Тинчлантирувчи.
Десенсибиловчи.
Инфузион терапия.
Игна билан даволаш.
4. Эрта токсикозларга қандай 5 та белги хос?
Қусиш.
Сўлак оқиши.
Вазннинг камайиши.
Терининг қуруқлиги.
Организмнинг сувсираши.
5. Ҳомиладорлар қайт қилишининг енгил даражасига қандай белгилар хос?
Суткасига 4-5 мартасигача қайт қилиш.
Доимий кўнгил айланиши.
Тана вазнининг 5% гача камайиши.
Беморнинг умумий ҳолати кониқарли.
Апатия ва меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши кузатилиши мумкин.
6. Ўртача даражадаги қайт қилишнинг симптомлари:
Суткасига 10 ва ундан кўп марта қусиш.
Тана вазнининг сув сақланиши ва 3-5 кг гача камайиши (6% охириги вазнидан).
7. Оғир даражадаги қайт қилишнинг клиникаси:
Суткасига 20 мартагача қайт қилиш, сўлак оқиши билан биргаликда.
Умумий ҳолатнинг оғирлашиши, адинамия, бош оғриши, бош айланиши.
Тана оғирлигининг охириги вазнидан 10% кўпроққа камайиши.
Тана ҳароратининг 38 градусгача кўтарилиши, тахикардия, гипотония.
- Тери қопламларининг қуруқлиги, оғиздан ацетон ҳиди келиши.
8. Ҳомиладорликда қайт қилишнинг оғир турида лаборатор текширишларнинг кўрсаткичлари.
Азот қолдиқлари, мочевина, қондаги билирубиннинг ошиши.
Гематокритнинг ошиши, лейкоцитоз.
Албуминлар, холестерин, калий, хлоридлар миқдорининг қонда кама-

йиши.

Протеинурия, цилиндрурия, сийдикда уробилин, ўт пигментлари, эритроцитлар, лейкоцитларнинг пайдо бўлиши.

Ацетонга реакциянинг мусбатлиги.

9. Ҳомиладорлар токсикозининг кам учровчи шакллари:

Ҳомиладорлар дерматози.

Тетания.

Бронхиал астма.

Гепатоз (ҳомиладорлар сариклиги).

Ҳомиладорлар остеомалацияси.

10. Узлуксиз қайт қилишда ҳомиладорликни тўхтатишга асосий кўрсатмалар:

Узлуксиз қусиш.

Турғун субфебрилитет.

Якқол тахикардия.

Тана вазнининг фаоллик билан камайиши.

Сариклик.

Протеинурия, цилиндрурия, ацетонурия.

11. Ҳомиладорларда қайт қилишни даволашнинг 3 та тамойили:

МНС функциясини мувозанатловчи дорилар буюриш (бром, валериана, триоксазин, дроперидол, аминазин).

Метаболизмни мувозанатловчи дорилар.

XX БОБ **ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ** **ҲОЛАТЛАРИ**

Мақсад:

УАШ ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолати симптомларини аниқлаш, асоратларининг олдини олиш тадбирларини ўтказиш, эрта диагноз қўйишга ўргатиш. Касалхонага ётқизишгача бўлган даврда тез ёрдам кўрсата билиш.

Режа.

1. Презклампсия билан ҳомиладорликни олиб бориш кўникмаларини ишлаб чиқиш.

2. Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатининг асоратларини аниқлаш, касалликнинг оғирлик даражасини белгилаш бўйича билимларни ишлаб чиқиш.

3. ЭГК нинг асоратланган шакли билан ҳомиладор аёлни ўз вақтида шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар, амбулатор даволаш асослари ва даволаш бўйича билим ва кўникмаларни ишлаб чиқиш.

4. Эклампсияда ва эвакуация босқичларида пошилинч ёрдам кўрсатиш тадбирлари бўйича билимларни шакллантириш.

5. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолати бўлган аёлларда асоратларнинг олдини олиш ва чилла даврида соғломлаштириш бўйича кўникмаларни ишлаб чиқиш.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра ҳомила-

дорлик давридаги гипертензив ҳолатлар учраши 7% дан 16% гача ўзгариб турибди ва унинг кўп учраши айниқса ривожланаётган давлатларда кузатишмоқда. Оналар ўлимининг сабаби сифатида ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлигида 24% ни ташкил этади, масалан Россияда – 26,3%, Ўзбекистонда – 15,4% га етиб, учинчи ўринни эгаллаб турибди. Маълумки, узок вақт давомида оналар ўлими сабаблари орасида акушерлик қон кетишлари эгаллар эди ва 12,5-18,2% ни ташкил қилган, лекин оналар ўлимининг қон кетиш сабаби таҳлил қилинганда ўлган аёлларнинг умумий сонидан ярми (46,7%) ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати билан боғлиқ бўлганлиги аниқланди. Ўзбекистон бўйича ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларда оналар ўлими биринчи туғувчилар орасида - 27,5%, Россия Федерациясида – 54,8%; қайта туғувчилар орасида ушбу кўрсаткич 17,1% ва 38,7% ни ташкил этди, тез-тез ва кўп туққанлар орасида эса – 33,2%. Перинатал ўлим ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатларида 5,3% (18-30%), касалланиш эса 30% (640-780%), ҳомила ривожланишининг орқада қолиши – 40% ни ташкил этади. Сўнгги йилларда дунёда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари кўпайиб бораётгани, жараённинг, тезлашиши ва асоратларининг тез ривожланиши билан кечиши қайд этилмоқда. Ҳозирги даврда касаллик аниқланишининг сифати яхшиланди, шу билан бирга ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар хавф гуруҳининг кўпайишига сабаб бўлди.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар кўпинча экстрагенитал патологияли аёлларда ривожланади (64%). Экстрагенитал касалликлар фонида биргаликда кечадиган ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар учрашининг кўпайишига мойиллиги аниқланмоқда, бу эса маълум даражада оқибатлари оғирлашишига олиб келмоқда.

20.1. ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ИККИНЧИ ЯРМИДА ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати бу мустақил касаллик эмас, балки она организмнинг мослашиш имконияти билан ривожланаётган ҳомила эҳтиёжларини қондириш орасидаги номутаносиблик синдроми ҳисобланади. Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати – янги бачадон-плацента - ҳомила қон айланиши шаклланиши билан боғлиқ ҳомиладорликдан келиб чиққан асорат, гемостаз тизимидаги томир-тромбоцитлар ҳалқасининг бузилиши, гиперагрегация ва патологик гиперкоагуляция жараёнларининг кучайишидир. Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати қон томирлар торайиши ва ҳаётий зарур аъзолардаги перфузияси билан ифодаланди. Бунда пайдо бўлган патологик симптом-комплекс ҳаётий зарур аъзолар фаолияти бузилишига (марказий нерв системаси, буйрак, жигар, фетоплацентар комплекс) ва полиорган етишмовчиликка олиб келади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларининг энг мураккаб жиҳатлари. Акушерликдаги ҳеч бир муаммо ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар каби бунчалик синчковлик ва талабчанлик билан, энг янги клиник-лаборатор ва экспериментал

текшириш усулларининг қўлланилиши билан ўрганилмаган ва ўрганилиши давом этмоқда. Сўнгги 8-10 йиллик давомида ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар келиб чиқиши тўғрисидаги тахминий назариялар 30 дан ошиб кетди, лекин ҳеч бири ушбу кўп симптомли касалликнинг кўп белгиларини тушунтира олмайди.

1916 йилда Цвайфель эклампсияни назариялар хасталиги деб атаган. Ўрганилиш жараёнида турли назариялар таклиф қилинган эди: инфекцион, интоксикацион, кортико-висцерал, эндокрин, иммунологик ва генетик.

Уларнинг ҳар бири алоҳида ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат келиб чиқишини ўзгача талқин қилар эди.

Дастлабки вақтда тан олинган назариялардан плацентар назарияси ҳисобланади, унда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати ҳомиладорларга хос плацентация жараёнидаги иммунологик ва генетик ўзгаришлар акс эттирилган.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар ривожланишида плацентага асосий рол ажратилади, чунки йўлдош ажралгандан сўнг касаллик симптомлари йўқолади. Плацентар назарияси тарафдорлари ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларининг ривожланишидаги туртки ҳисобланадиган плацентадан келиб чиққан гуморал омилларга муҳим аҳамият беришади. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолати ривожланган бемор аёлларда, балки гестациянинг илк босқичларида иммунологик ва генетик хусусиятларга кўра бачадон қон томирларига трофобластнинг миграцияси тормозланиши юз беради, бу эса нормал кечаётган ҳомиладорликка хос. Бунда бачадоннинг қийшайган қон томирлари ҳомиладор бўлмаган аёлларнинг морфологик тузилишини сақлаб қолади; уларда мушак қавати трансформацияси содир бўлмайди. Бачадонни спиралсимон қон томирларининг кўрсатилган морфологик хусусияти ҳомиладорлик авж олган сари уларнинг қисилишига, ворсинкалараро қон айланиши пасайишига ва гипоксияга мойиллик яратади. Бачадон-плацентар комплексида ривожланаётган гипоксия, қон томирлар эндотелийсининг жароҳатланишига олиб келади, уларнинг вазоактив хусусиятлари бузилиб, қон томирлар тонуси ва микроциркуляциянинг бошқарилишида асосий рол ўйнайдиган қатор медиаторлар ажрала бошлайди.

Ҳозирги вақтда кўпчилик тадқиқотчилар қуйидаги хулосага келдилар: ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар ривожланишида бир механизм йўқ, аммо, этиологик омилларнинг бирига таъсир кўрсатиши кузатилади: нейроген, гормонал, иммунологик, генетик, плацентар.

Этиологиясига кўра ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар патогенези кўпроқ аниқланган, унинг негизида тарқалган қон томирлар спазми ётади, бу эса тўқималардаги ишемик ва гипоксик ўзгаришларга ва уларнинг функцияси бузилишига олиб келади. Гипертензия қон томирлар қисилишининг акси ҳисобланади.

Сўнгги пайтларда тадқиқотчилар эътиборини ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар патогенезидаги простаноидлар роли ўзига жалб этмоқда. Простаноидлар – липид табиатли гуморал биобошқарувчилар

бўлиб, ҳомиладорлик вақтида плацента ва ҳомила томонидан ишлаб чиқарилади, улар артериал босимни турли қон томирлар ҳавзаларида бошқаришади (биринчи навбатда миоетрал-плацентар-ҳомила тизимидаги қон йўналишида), микроциркуляция жараёнига таъсир этишади. Турли йўналишда таъсир кўрсатиб, простаноидлар нозик тенглаштирилган механизми, ҳомиладорлик даврида кўшимча (бачадон-плацента-ҳомила) қон айланиши пайдо бўлиши билан қон-томирлар-тромбоцитлар тизимидаги динамик мувозанатни таъминлайди. Ушбу механизмлар айланаётган қон ҳажми, айланаётган плазма ҳажми кўпайишини таъминлайди, умумий периферик қаршилигини пасайтиради, буйракдаги қон айланишни ва буйрак коптокчалар филтрациясини кучайтиради, юрак юқламаси ва ўпкаларнинг ҳаётий ҳажмини кучайтиради, она ва ривожланаётган ҳомиланинг ўзаро мослашиш жараёнларини кучайтиради. Булар ва бошқа мослашиш механизмлари энг муҳим вазифани таъминлайди – ҳомиладорлик (ҳомила) ривожланиши учун оптимал шароитни сақлаш.

Простаноидлар оз миқдорда ишлаб чиқарилиб, улар синтезланган ҳужайра ва тўқимага таъсир кўрсатади. Лекин уларнинг биологик тенглиги бузилиб микроциркуляция тизимига тушиб қолишса, улар организмга тарқок таъсир ҳам кўрсатишлари мумкин.

Простаноидлар бош миyaning қон томирларни ҳаракатга келтирувчи марказга таъсир қилиб, вегетатив мувозанатни бузади, рефлексоген синокаротид соҳасини таъсирлаб, сув-электролитли гомеостазни издан чиқаради; биологик фаол моддалар (серотонин, гистамин, ангиотензин II), синергизми ёки антагонизмини шартлайди, цереброваскуляр тизимини ва ҳужайра иммунитетини назорат қилади, ва нихоят, нейронептидлар (мия гормонлари) синтезини таъминлайди.

Сўнгги йилларда кўпчилик тадқиқотчилар ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатлари келиб чиқишида она-плацента-ҳомила тизимидаги иммунобиологик муносабатлар бузилиши катта рол ўйнаши тўғрисида фикр юритмоқдалар. Ушбу нуқтаи назардан табиий киллер-ҳужайраларининг интерферон ишлаб чиқарувчи хусусияти пасайиб, уларнинг эритиш фаолияти камайиши билан патологик импульслар ҳосил бўлиб, иммунологик жараён юзага келишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат ривожланиши жараёнида ҳужайралар мембраналарининг фаолияти бузилиши кузатилади, бу мембранали оксилларнинг (транспортли, ферментли, гормонли рецепторлар, антитана ва иммунитет билан боғлиқ оксиллар) таъсир механизми ўзгаришида ёки нотўғри бўлиши ҳисобланади, бу ўз навбатида ҳужайрали тўқилмалар фаолияти ўзгаришига олиб келади.

Мембраналарнинг липид биоқаватининг тўсиқловчи функцияси бузилиши ионлар каналларининг фаолияти бузилиши билан биргаликда кечади, биринчи навбатда Ca^{2+} , ва шунингдек, Na^{+} , K^{+} , Mg^{2+} . Ca^{2+} ҳужайра ичига мўл кириши унда ўрнига келмайдиган ўзгаришларга, бир томондан, энергетик очлик ва нобуд бўлишига, иккинчи томондан эса, кўшимча мушак контрактурасига ва қон томирлар қисилишига олиб келади. Эклампсия кўндаланг чизилган мушаклар контрактураси бўлган

лиги учун, эхтимол мембраналар ўтказувчанлиги бузилишига ва Ca^{2+} ионларнинг хужайра ичига мул кириб боришига боғлиқдир. A. Conradt (1984, 1985) талвасага тайёргарлик ривожланишида ва эклампсия хуржларида магний етишмовчилиги асосий аҳамиятга эгаллигини айтиб ўтган: Mg^{2+} гомеостазнинг барча жараёнларида иштирок этади – углеводли, оксил алмашинувларини бошқаришда, ферментлар фаоллашишида, калий ва натрий транспортида, гемостаз бошқарувида (тромбоцитлар агреггинациясини босиб туради, фибринли лахтани маҳкамлайди, фибринолизни фаоллаштиради). Ca^{2+} ва Mg^{2+} антагонизм кучига биноан охиргиси концентрациясининг пасайиши хужайралар ичида Ca^{2+} ошишига, микроциркуляциянинг бузилишига, гиперкоагуляцияга ва қон томирлар ичида микролаҳталар чўкишига ёрдам беради.

Кальций танқислиги ҳам васкуляр ангиотензинлар активлигини кучайтиради ва преэклампсия ривожланишига туртки бўлади. Преэклампсия ривожланиши мумкин бўлган юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларга кальций тутувчи маҳсулотларни кўпроқ бериш тавсия қилинади.

Тахмин қилинишича, эркин радикаллар токсик ҳисобланади ва қон томир деворига ноҳуш таъсир қилади. Ёрлар метаболизмнинг бузилиши, айниқса, тўйинмаган ёғ кислоталарни простоциклин тромбоксанларнинг синтезига ҳалақит беради, бунинг натижасида ангиотензинга сезувчанликни оширади ва тромбоцитлар тўпланишига олиб келади. Витамин Е, С, бета-каротинларнинг оз миқдорда бўлиши – преэклампсия ривожланишига олиб келади.

Рух миқдорининг плазмада камайиши ҳам преэклампсияга сабаб бўлиши мумкин.

Кўрсатилган гемодинамик ва метаболик ўзгаришлар комплекси плацентадаги ва ҳаётий аъзолардаги дистрофик жараёнлар ривожланиши учун фон бўлиб хизмат қилади ва уларнинг дисфункциясига сабаб бўлади. Ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолат кечиши давомийлиги чўзилган сари плацентадаги инволюцион, гиперпластик, дистрофик ва некротик хусусиятга эга оғир ўзгаришлар янада чуқурлашиб, сурункали плацентар етишмовчилиги шаклланиши билан ифодаланади. Плацента функциялари (нафас олиш, озикли, ажратиб чиқариш, химоя, гормонал) пасаяди, бу гипоксияга, ҳомиланинг она қорнида ривожланиши орқада қолишига, сувланиш патологиясига (кўпсувлик, камсувлик) олиб келади, ҳомиланинг она қорнида инфекцияланиши хавфи ортиб боришига, хориал гонадотропин ишлаб чиқилиши бузилишига, эстриол, плацентар лактоген ва бошқа гормонлар концентрацияси ўзгаришига, улар орқасидан она-плацента-ҳомила тизимидаги турли бузилишлар изма-из келади. Плацентанинг бачадон деворининг базал мембранаси билан боғлиқлиги сустлашади, ҳомилани “тарқ этиш” аниқ хавфи пайдо бўлади. Бунда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатига ҳос асорат юзага келади – плацентанинг барвақт кўчиши.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолат ҳар доим буйраклар фаолиятининг оғир бузилиши билан биргаликда кечади, улар бошқа аъзолардан кўра эртароқ ва кўпроқ жароҳатланади. Буйракдаги асосий ўз-

гаришлар микроциркуляция даражасидаги буйрак гемодинамикасининг бузилиши, буйрак паренхимасида қон перфузияси пасайиши, буйрак коптокчаларидаги фильтрация тезлиги пасайиши, коптокчалар фильтри ўтказувчанлиги оксиллар учун ошиши, концентрацион ва сув чиқариш фаолияти бузилиши билан ифодаланади. Микротромбоз соҳалари найчаларда ва коптокчаларда ишемик, шишли ва дистрофик ўзгаришлар билан биргаликда кечади.

Найчалар ўтказувчанлигининг ошиши оксилнинг сийдик билан йўқолишига олиб келади. Оғир ҳолатларда ҳомиладор аёлда суткалик сийдикдаги оксил ҳажми 4 г ва ундан ортиқ йўқолиши кузатилади. Буйраклар артериал қон босимининг бошқарувида асосий рол ўйнаши сабабли, буйракдаги патологик жараёнлар гипертензия ривожланишига ва узоқ муддат устун туришига шароит яратади. Ишемияга чалинган буйрак кўп миқдорда ренин ажратади, у ўз навбатида ангиотензинга айланиб яна ҳам кўпроқ вазоконстрикция ва гипертензияга олиб келади. Ангиотензин II миқдорининг ошиши айланаётган қон ҳажмини пасайтирадиган альдостерон миқдори ошиши билан биргаликда кечади.

Буйракнинг чиқарув функцияси бузилганлиги сабабли гипокалиемиа ва гипернатриемиа ривожланади, магний етишмовчилиги пайдо бўлади.

Аъзоларда гемодинамика бузилиши натижасида буйрак усти безининг фаолияти ишдан чиқади. Узоқ муддат ичида антидиуретик гормон, 17-ОКС, катехоламинларнинг персистенцияли ташланиши ўрин олади, бу эса қон томирлар тонусининг назоратини янада бузади. Буйрак усти безининг гиперфункцияси нафақат ҳомиланинг, балки онанинг ҳам буйрак усти бези пўстлоғининг функцияси қолдан тойишига ва гипоплазиясига олиб келади.

Жигардаги гипоксия шароити ва микроциркуляциянинг бузилиши окисланиш-қайтарилиш жараёнлари сустлашиши ва бузилишига олиб келади, гликоген захираларини йўқотадиган тежамсиз анаэроба гликолиз устун кела бошлайди. Дезинтоксикацион функция бузилади. Қон айланишининг сурункали бузилиши натижасида қонда оксиллар миқдори пасайиши оқибатида жигарда оғир патоморфологик ўзгаришлар юзага келади: жигар некрозлари; кўп сонли қон қуйилишлар, айниқса, субкапсуляр тури, жигарнинг фиброз қаватининг таранглашиши бўлиб, ҳатто унинг ёрилишигача; жигарнинг тизимли ёғ босиши - жигарнинг ўткир гепатози, гепатоцитларнинг паренхиматоз ва ёғли дистрофиясига олиб келади.

Сурункали қон томирлар ичидаги қон ивишининг борлиги ўпкани катта миқдордаги тромблар, токсинлар, микроблар билан "ифлослайди". Ўпка қон томирларида иммун комплекслар, фибрин толалари чўка бошлайди, капиллярлар ва альвеоляр мембраналарнинг ўтказувчанлиги ортиб боради. Ўпка паренхимаси жароҳатланади. Лекин нафас етишмовчилиги симптомлари ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатининг охириги босқичида кеч намоён бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатида катта миёнининг функционал ва структурали ўзгаришлари, бошқа аъзоларидаги каби микроциркуляциянинг бузилиши, қон томирларда тромбозлар пайдо бўлиши

билан нерв ҳужайраларида дистрофик ўзгаришлар ва периваскуляр некрозлар билан ифодаланади. Худди шу вақтда майда нуктали ёки майда ўчоқли кон қуйилишлар ривожланади. Мия шиши (айниқса оғир ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатларида) ва бош мия босими кўтарилиши хос. Ишемик ўзгаришлар комплекси охир натижада эклампсияга олиб келиши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатнинг узоқ давом этиши, ноадекват терапия, плацентада, бош миёда, буйракларда, жигарда борган сари кучайган структурали-функционал патология, турли кўп миқдордаги “патологик айланма” лар ривожланишига шароит яратади ва патологик ўзгаришлар доирасига янги соҳаларни жалб этади.

Презклампсияга олиб келиши мумкин бўлган омиллар:

- ✦ Ўта ёш ҳомиладор аёллар
- ✦ Паст социал-иқтисодий шароит
- ✦ Анамнезида оғир презклампсия
- ✦ Қандли диабет
- ✦ Кўп ҳомилали ҳомиладорлик
- ✦ Сурункали гипертензия
- ✦ Елбўғоз
- ✦ Резусмос келмаслик
- ✦ Семириш
- ✦ 35 ёшдан ошган аёллар ҳомиладор бўлса
- ✦ ҳинд ва ҳабаш миллатига мансуб аёллар ҳомиладор бўлса
- ✦ буйрак касалликлари
- ✦ юрак касалликлари

20.2. ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛАР ТАСНИФИ, КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти консенсусга эриш мақсадида ҳомиладорлик давридаги гипертензия бузилишларнинг қуйидаги таснифини келтирган (ХКТ 10):

1. Аввал мавжуд бўлган (сурункали) гипертензия (ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасигача аниқланган ёки туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач сақланган).

2. Аввал мавжуд бўлган гипертензия протеинурия қўшилиб кечиши билан (сурункали гипертензияга енгил презклампсиянинг қўшилиши)

3. Ҳомиладорлик туфайли вужудга келган гипертензия, протеинурия-сиз (ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия).

4. Презклампсия (гестацион гипертензия протеинурия билан): енгил ва оғир даражаси

5. Эклампсия

6. Аниқланмаган (таснифланмган) гипертензия ва/ёки протеинурия

ЖССТ экспертлари ҳомиладорлик давридаги артериал гипертензиянинг оғирлик даражасини баҳолаш ва олиб бориш тактикасини танлаш учун қуйидаги клиник мезонлар тавсия этган. Гипертензияни аниқ кўрсаткичи бўлиб диастолик босим ҳисобланади, у периферик қаршиликни кўрсатади ва

аёлнинг эмоционал ҳолатига систолик босимга қараганда боғлиқ эмас.

Гипертензия диагнози бир марта ўлчаганда диастолик босим 110 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 90 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса. Оғир гипертензия диагнози бир марта ўлчаганда диастолик босим 120 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 110 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса. Агар гипертензия ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин, туғруқ вақтида ёки туғруқдан сунг 48 соат ичида пайдо бўлса, бу ҳолат ҳомиладорлик туфайли индуцирланган гипертензия деб юритилади. Гипертензия 20 ҳафтагача пайдо бўлса, сурункали гипертензия деб айтилади.

Протеинурия. Нормал кечаётган ҳомиладорликда буйраклар орқали оксил ажратилиши ортади, лекин протеинурия патологик ҳисобланмайди, агар у 24 соат ичида 300 мг га тенг ёки ошган бўлмаса, ёки 300 мг/л тенг ёки ошган бўлса, ёки 1+ реагент қозғачалари ишлатилганда «ботириш» тести тоза ифлосланмаган сийдикда (фақат янги олинган сийдикнинг ўрта порцияси) ҳеч бўлмаганда икки марталик сийдик таҳлилида (ва сийдик йўллари инфекцияси бўлмаганда).

Протеинуриянинг пайдо бўлиши ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатининг кечки симптоми ҳисобланади ва ҳомила учун хавфи ортиб ноҳуш оқибатлар билан боғлиқ. Артериал қон босимининг ошиши протеинурия билан биргаликда кечиши презклампсия ривожланиши тўғрисида маълумот беради. Гипертониянинг аниқлиги ва протеинурия бошланиши билан боғлиқлиги ноаниқ. Сийдик таҳлили ҳомиладорлар гипертензиясининг скринингининг ажралмас қисми ҳисобланади. Протеинуриянинг аниқ топилиши учун 24 соат мобайнида тўшланган сийдикни ишончли миқдорий текширув ўтказиш зарур.

Шишлар. Ўрта даражали шишлар ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 50-80% ҳомиладорларда кузатилади, ва улар одатда оёқларга, қорин бўшлиғига, юзига тарқалади. Маълумотлар шуни кўрсатадики, шишлари бор гипертония ёки протеинуриясиз ҳомиладорлар, шишлари йўқ ҳомиладорларга қараганда йирикроқ болаларни туғишади. Бу шишларни ҳомиладорлик давридаги мослашув механизмларининг бир қисми ҳисобланишининг ишончли исботи бўлади. Шишлар ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати аёлларнинг 85% да учратилади ва одатда тана вазнининг тез ошиши билан боғлиқдир ва уни оддий ҳомиладорликдаги шишлардан ажратиш қийин. Перинатал ўлим гипертония билан шишлар бирикишидан кўра, фақат гипертонияда пастроқ бўлиши кузатилади. Шишларсиз ўтаётган презклампсия, шишлар билан бирга кечаётган презклампсиядан кўра она ва бола учун хавфлироқлиги тан олинганига анча бўлди.

Ҳозирги вақтда презклампсия тушунчаси тўлиқ аниқланмаганлигига қарамасдан, ҳомиладорлик пайтида гипертензив бузилишлари таснифига асосланган ҳолда ЖССТ томонидан тавсия этилган тушунчаларга кўп амал қилинмоқда:

Енгил презклампсия – диастолик босим 110 мм сим.уст. дан кўп ёки

унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 90 сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ва протеинурия (сийдикда оксил микдори 1 г/л гача). Кўпинча симптомсиз ўтиб кетади, лекин тез жадаллаб оғир шаклга ўтиши мумкин. Енгил презклампсияда оғирлашув симптомларидан бири қўшилса:

- гиперрефлексия
- бош оғриши
- кўришнинг бузилиши
- олигурия (500 мл/24 соатда)
- тўш орқасидаги оғрик (ўнг ковуруга пастида)
- ўпка шиши
- тромбоцитопения (тромбоцитлар сони $< 100 \times 10^9$ /л, АТА > 50 ме/л)

унда оғир презклампсия ҳисобланади

Оғир презклампсия – диастолик босим 120 мм сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса ёки оралиғи 4 соат билан 2 марта ўлчанганда 110 сим.уст. дан кўп ёки унга тенг бўлса плус протеинурия (3 г/л ёки ундан ортик)

Ёдингизда тутинг:

- Презклампсиянинг енгил формаси симптомларсиз кечиши мумкин;
- Агар протеинурия кўпайса, у ҳолда презклампсиянинг енгил формаси оғирга ўтаётганининг белгисидир;
- Товонлар ва оёқларнинг шишлари презклампсиянинг ишонарли белгиси бўлиб ҳисобланмайди.

Эклампсия – она ва бола ҳаётига хавф солувчи ҳолат бўлиб, презклампсияли беморларда бир ёки ундан кўп талвасалар пайдо бўлиши бошқа турдаги мия бузилишларига алоқаси йўқлиги (эпилепсия ёки мияга қон қуйилиши). Талвасалар туғруқдан олдин, перинатал ва чилла даврида пайдо бўлиши мумкин ва гипертензия оғирлик даражасига боғланмаган ҳолда юз беради.

20.3. ДАВОЛАШ

Ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатини даволашда турли медикаментоз воситалар “патогенетик” деб ишлатиладиган бўлса-да, у мазмунга тўғри келмайди. Ҳозирги кунда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатини патогенетик даволаш биргина усули ҳомиладорликни тўхтатиш ҳисобланади, қолган барчаси асосан симптоматик эффектга эга.

Даво муддати - енгил презклампсияда - 1 ҳафта, оғир презклампсияда - 24 соат, эклампсияда – 6 соат.

Талвасага қарши асосий терапия бўлиб талвасага қарши препаратларни адекват ишлатилиши ҳисобланади. Шифохонага ётқизиладиган аёллар орасида талвасалар даволаш етарли даражада ўтказилмаганлиги сабабли кузатилади. Ҳозирги пайтда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатидаги артериал гипертензияни даволаш амалиётида кенг тарқалган магний сульфати тан олинди. Енгил наркотик таъсиридан ташқари, магний сульфати сийдик ҳайдовчи, гипотензив, талвасага қарши, спазмолитик эффектга эга ва мия ичи босимини пасайтиради.

Магний сульфатининг гипотензив таъсирини қон томирларнинг прес-

сор моддаларга реакциясини пасайтириш имконияти билан боғлашади (ангиотензин II, норадреналин). Mg^{2+} ионлари Ca^{2+} ионларига антагонистик таъсир кўрсатишини бунга қўшимча қилиб кўрсатиш мумкин.

Магний сульфати – оғир презклампсия ва эклампсияда талвасаларни даволашда бошқа талвасаларга қарши моддалар (диазепам ва фенитоин) каторида танлаш воситаси ҳисобланади. Эклампсияни ўрганишдаги синовлар шуни кўрсатадики, магний сульфат билан даволанган аёлларда диазепам ва фенитоин билан даволангандан кўра, қайталоғчи хуружлар камроқ кузатилади, ва оналар ўлими кўрсаткичи бир қанча пасайган.

Узоқ вақт давомида акушерлик амалиёти магний сульфатнинг дозасини ва юбориш тезлигини аниқлашда дастлабки ўрта артериал босимга (ЎРАБ) асосланган.

Ўрта артериал босим формула бўйича ҳисобланади:

$$AD\ddot{u} = САБ + 2 ДАБ$$

3 (САБ бу систолик АБ,

ДАБ диастолик АБ)

Соғлом аёлларда ўрта кон босими 100 мм с.у.дан ошмайди. Уни 15 мм с.у.дан дастлабқидан ошиши гипертензияни кўрсатади.

Чет эл муаллифлари магнезиянинг юқори дозировкасини ишлатиш афзалроқ деб ҳисоблайдилар. Уларнинг фикрича, магний сульфати бор тақдирда бошқа талвасага қарши препаратлар ишлатилиши шарт эмас, уларни профилактик мақсадда ишлатиш оғир ҳолатдаги презклампсия ва эклампсиянинг хавфли симптомларида ишлатишга қолдирилиши керак.

Магнезиянинг токсик таъсири пайларнинг чуқур рефлекслари йўқолишига ва кейинчалик респиратор депрессияга ва нихоят нафас тўхташига олиб келишида. Шунинг учун магнезия терапия ўтказилаётганда пателляр рефлексни ва нафас олиш суръати (ёки кислород сатурацияси) назорат қилиниши зарур.

Ушбу препаратни томир ичига юборилиши афзалроқ, чунки (мушак ичига инъекциялар оғриқли ва 0,5% ҳодисаларда маҳалий абсцесс шаклланиши билан асоратланади).

Магний сульфатни оғир презклампсия ва эклампсияда қўллаш схемаси :

- Юклама доза:

- 25% - 15 мл магний сульфатни (1-3 шприцда) вена ичига 5 дақиқа ичида юборилади;

- сўнг ҳар бир думбага мушак орасига магний сульфатни 10 мл дан новокаин билан бирга юборилади

- агар талваса қайтарилса, 15 дақиқадан кейин 10 мл магний сульфати вена ичига 5 дақиқа ичида юборилади

- Қувватлаб турувчи доза

- 10 мл дан мушак орасига ҳар 4 соатда

- туғруқдан кейин ёки охириги талвасадан кейин 24 соат ичида магний сульфатни давом эттириш

- магний сульфатини ҳар бир қайта юборишдан олдин қуйидагиларга ишонч ҳосил қилинг:

1) нафас олиш сони 16тадан кам бўлмаслиги керак

2) тизза рефлекслари мавжудлиги

3) охирги 4 соат ичида диурезнинг 30 мл/соатдан кам бўлмаслиги.

Магний сульфат киритишни кечиктиринг ёки қилманг, агар:

- Нафас олиш сони 16дан кам бўлса

- Тизза рефлекслари кузатилмаса

- Сўнгги 4 соат ичида диурез 30 мл/соатдан кам бўлса, антидот қўлланг – кальций глюконат вена ичига 10% секинлик билан нафаси тиклангунча юборинг.

Магний сульфат бўлмаган тақдирда диазепам ишлатилиши мумкин, фақат диазепам плацента орқали эркин ўтиши мумкин, шунинг учун нафасни неонатал бузилиши ривожланишига катта хавф бор. Диазепамни талвасани тўхтатиш учун бир марта ишлатилиши чақалоқда нафас бузилишига олиб келиши камдан-кам кузатилади. Диазепамни томир орқали узок муддатли ишлатиш бачадон-плацентаар ишемиясининг патологик таъсирига олдин чалинган чақалоқларда нафас бузилиши хавфини орттиради. Диазепам қолдиқли асоратларининг таъсири бир неча кун сакланиб қолиши мумкин.

Диазепамнинг оғир презклампсия ва эклампсияда қўллаш схемаси:

- Юклама доза:

- * 10 мг (2мл) диазепам вена ичига 2 дақиқа ичида

- * агар талваса такрорланса юклама дозани такрорланг.

- Кувватлаб турувчи доза:

- * седатация ҳолатини сақлаб туриш учун 40 мг диазепамни 500 мл физиологик эритмада вена ичига томчилатиб юборинг, аммо аёл хушида бўлиши керак.

агар доза 1 соат ичида 30 мг дан ошса, нафаснинг сустлашиши кузатилиши мумкин, бундай ҳолларда 24 соат мобайнида 100 мг дан кўп диазепам қўлламаслик лозим:

- тўғри ичак орқали юбориш, агар в/ичига юборишнинг иложи бўлмаса, 20 мг диазепамни 10 мл ли шприцда тўғри ичак орқали юборилади. Агар талваса қайталанса, яна қўшимча соатига 10 мг дан диазепам юбориш мумкин.

Юқори босимни пасайтириш ($AD > 160/100$ мм сим.уст. тенг) ва диастолик босимни 90 ва 100 мм сим.уст. тенг ушлаб турилиши цереброваскуляр қон қуйилиши хавфини камайитириш учун зарур. Даволаш кейинги хуружларнинг олдини олиши мумкин.

Сўнгги йилларда гипотензив препаратларга муносабат анча эҳтиёт-корона бўлиб қолди, чунки уларнинг бир-бирини кучайтирадиган таъсири кузатилмоқда. Ҳозирги кунда гипертензияга қарши битта воситани тавсия этиш учун маълумотлар камлик қилади, шунинг учун танлаш индивидуал ва иктисодий шароитга боғлиқдир. Бундан ташқари, антигипертензив воситалар гипертензияни қай даражада ишлатилиши зарари фойдасидан кўпроқлиги тўғрисида маълумотлар етарли даражада эмас. Одатда КБ 169-170/110 мм сим.уст. тенг бўлса, уни туширишга ҳаракат қилинади. Лекин КБ нинг кескин пасайиши бачадон-плацента қон айланишининг бузилишидан ҳомила нобуд бўлиши мумкин!

ЖССТ томонидан ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатларни даволашга тавсия этиладиган гипотензив воситалардан қуйидагиларни кўрсатиш мумкин:

1) киска муддатли препаратлар:

- гидралазин – томир ичига қуйиладиган препаратлардан танланади, артерияларни кенгайтириб, қон оқимиға тўсқинликни камайтиради.

- Инъекция тарзида буюрилади, одатда тузли инфузион эритма шаклида.

- 50% ҳодисаларда ноҳўя таъсирлари кузатилади (кучли бош оғриши, тахикардия, безовталаниш, кўрқув ҳисси), яқинлашаётган презклампсия симптомларига ўхшаш белгилари пайдо бўлиши мумкин; гидралазин бўлмаганда ишлатиш мумкин:

- нифедипин (кальций йўлакчаларининг блокатори), у ҳам артериал босимни пасайтиради ва уни перорал ишлатиш мумкин.

- афсуски, у бош оғришларға гидралазиндан кўра кўпроқ олиб келади;

- лабеталол томир ичига юборилади ва нифедипинға яқинроқ (ноҳўя таъсирлари камроқ);

2) секинроқ таъсир қиладиган воситалар:

- метилдопа симпатик нерв тизимининг гипертензив фаолиятини сусайтиради ва 6-12 соат ичида кўтарилган қон босимини бошқариб туради.

- Дастлабки 48 соат мобайнида ҳаддан ташқари уйқисирашға олиб келади,

- метилдофа эффектив бўлиб, дастлабки седатив таъсирдан сўнг болага таъсир кўрсатмайдиган ягона гипотензив восита ҳисобланади.

- бета-блокаторлар, окспренохол, лабеталол ва атенолол, симпатик нерв системасининг фаоллигини жиловлаб туради ва метилдофадан кўра ноҳўя таъсирлари камроқ.

клонидин таъсири кўп жиҳатдан метилдопаға ўхшаш, бирдан-бир фарқи - олдинроқ таъсир қилишни бошлайди (тахминан 30 дақиқадан сўнг)

Гидралазин ёки лабеталол кенг ишлатиладиган дорилар ҳисобланади. Иккаласи ҳам ҳомила дистрессига сабаб бўлиши мумкин ва шунинг учун доимий тарзда юрак ритмини назорат қилиш зарур.

20.4. ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ

Гипертензив бузилишларнинг енгил турлари бўлган аёллар амбулатор шароитида ҳар хафта кузатилиши зарур: қон босимини текшириш, сийдик таҳлили (протеинурияни аниқлаш учун), рефлексларни ва ҳомила ҳолатини назорат қилиш (бачадон тубини ўлчаш орқали ҳомила ўсиши назорат қилинади). Артериал қон босими ёки сийдикдаги оксил микдори ошмагунча талвасаға қарши, антигипертензив, седатив препаратларни, транквилизаторлар ва диуретикларни буюриш ман этилади. Агар сийдикда оксил ошиб борса аёлни оғир презклампсияға ўхшаш қилиб олиб борилади. Агар ҳомила ҳолати бузилиши тўғрисида маълумот бўлса (шу жумладан ҳомила ўсиши тўхташи белгилари), туғруқни барвақт ҳал қилиш тўғрисидаги муаммони ечиш лозим.

Оғир презклампсия ва эклампсия бир хил олиб борилади, фақат оғир

преэклампсия белгилари пайдо бўлиши билан туғруқ 24 соат мобайнида содир бўлиши инобатга олинса, эклампсияда эса – талвасалар пайдо бўлгандан сўнг 12 соат мобайнида. Диастолик артериал босимни жиддий назорат қилиш зарур (100 мм сим.уст. паст, лекин 90 мм сим.уст. паст бўлмасин), суюклик баланси (юборилган ва ажралган суюклик миқдори), ҳаётий зарур функциялар, рефлекслар ва ҳомиланинг юрак фаолияти назорати. Қоннинг ивиши баҳоланиши зарур. Даволашда энг асосийси бу магнезиал терапия ўтказиш, юқорида кўрсатилган гипотензив препаратлар ва инфузион терапия (сув баланси ҳисоби билан). Инфузион терапия чегараланган бўлиши зарур – 85 мл/соатига ёки сийдик чиқиши бир соатда 30 мл дан зиёд бўлса.

Аёл ҳолати барқарор бўлиши билан туғруқ содир бўлиши керак. Туғруқни ҳомила этилишига қараб тўхтатиш нафақат она ҳаёти учун, балки ҳомила ҳаёти учун ҳам хавф туғдиради. Туғруқ гестация муддатига борлиқ бўлмаган ҳолда ҳал этилиши керак. Агар туғруқ йўллари тайёр бўлса, туғруқни тезлатиш мумкин (амниотомиядан кейин окситоцин ёки простагландин юбориш мумкин). Агар кин орқали туғруқ 12 соат давомида кузатилмаса (эклампсияда) ёки 24 соат (оғир преэклампсияда), ёки ҳомила дистресси аниқланган бўлса, шунингдек бачадон бўйни «етилмаган» бўлса, кесарча кесишни бажариш керак.

Туғруқдан сўнг 48 соат давомида аёлларни назорат қилиш зарур, чунки эклампсия қайталоғчи хуружларининг янгидан бошланиш хавфи бор. Талвасага қарши давони туғруқдан кейинги 24 соат мобайнида ёки туғруқдан кейин ҳам давом эттириш керак, қайси бири охири содир бўлишига борлиқ ҳолда. Гипотензив терапияни диастолик қон босими 110 мм сим.уст. рақамда ушлаб турилиши керак.

20.5. ПРОФИЛАКТИКА

Ҳомиладорлик пайтидаги гипертензив ҳолатларнинг олдини олиш ҳозирги замонда мураккаб вазифалардан ҳисобланади, лекин шунга қарамай туғиш ёшидаги аёлларда соғломлаштириш ишларни олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Айниқса экстрагенитал касалликлари бор аёлларга катта эътибор бериш зарур. Шу тариқа аёлларни ҳомиладорликдан ташқари вақтда синчиклаб текшириб режалаштирилган тарзда ҳомиладорликка тайёрлаш керак. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар кўпинча буйрак хасталигига, ҳафаконликка чалинган, эндокрин патологияси, юрак қон томир ва жигар касалликлари бор аёлларда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолати кўпроқ ривожланишини эътиборга олиб, ушбу аёлларда ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатининг илк белгиларини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Бундан ташқари, ҳомиладор аёл 18 ёшдан кичик ва 35 ёшдан катта бўлса ҳам ҳомиладорликни мунтазам кузатиш зарур. Юқорида кўрсатиб ўтган ҳомиладорлик давридаги гипертензия ҳолатига мойиллиги аниқланган аёлларга ҳомиладорлик пайтидаги гипертензия ҳолатини оғирлаштирувчи белгилар ҳақида маълумот бериш керак, чунки бу белгилар намоён бўлиши билан ҳомиладор туғруқхонага мурожаат қилиши оғир преэклампсия ва эклампсиядек ҳомиладорлик давридаги гипертен-

зия ҳолатлари асоратларининг олдини олишга ёрдам беради.

Масалалар.

1. Туғаетган аёл туғрукнинг II даврида. АҚБ 190/120 сим.уст. Кориннинг олдинги деворида ва оёқларда шишлар бор. Юзда мимик мушакларининг учиши пайдо бўлди.

Аёлни қайси йўл билан туғдириш лозим?

а. Аёлни кучантиришнинг олдини олиб, акушер-кискичлар ёрдамида ҳомилани туғдириб олиш

б. Кесарча кесиш йўли билан

в. Табиий йўл билан

г. Аёлга акушерлик наркозини бериш билан

2. 23 ёшли ҳомиладор аёлда тез ёрдам машинасида эклампсия талвасаси пайдо бўлди.

Ҳомиладорлик 37-38 ҳафта. Ҳолати оғир, эс-хуши тормозланган, рангрўйи бўзарган, оёқ шишлари якқол кўзга ташланади. К/Б — 150/100 мм сим уст, пульс - 98.

Диагноз? Биринчи ёрдам чора-тадбирлари йиғиндиси.

3. 29 ёшли ҳомиладор аёл. 3 ҳафта давомида мадорсиз презклампсия ҳолатида К/Б 170/100 мм сим уст., бош оғриғи ва бурун билан нафас олиш қийинлашган ва камайган.

Эхографияда фитометрик кўрсаткичлари 2 ҳафтага кеч қолганлиги ва камсувлиги аниқланган. Допплерометрияда иккала бачадон артерияси қон айланиши резистентлиги ошгани ва йўлдошда қон айланиши критик ҳолатдалиги аниқланган. Қин текширувида бачадон бўйни „етилган“.

Диагноз? Қандай муолажа тадбирлари ўтказиш керак?

4. 23 ёшли аёл, талваса уйда содир бўлган. Ҳомиладорлик 37-38 ҳафталик, аҳволи оғир, комада, АҚБ - 180/100, томир уриши - бир дақиқада 98, оёқларида шишлар бор. Диагноз

А. Ҳомиладор аёлни олиб бориш тактикасини аниқланг.

а. Тезкор туғруқхонага олиб бориш*

б. Магnezия сульфат юбориш*

в. Кесарча кесиш*

г. Туғрукни чақириш

д. Қоғаноқ сувларини ёриш.

Б. Эҳтимол тутилган асоратлар.

а. Мияга қон қуйилиши

б. Ўткир буйрак етишмовчилиги

в. ДВС синдроми

г. Талвасанинг қайталаши

д. Ҳамма жавоблар тўғри. *

Ўргатувчи тестлар.

1. Презклампсия олди симптомини айтинг:

Сийдикда оксил излари.

А/Б нинг 2 та қўлда ҳар хил бўлиши.

Вазнининг патологик ўсиши.

Систолик ва диастолик босим оралиғи 40 мм сим.уст. дан кам бўли-

ши.

Яширин шишлар.

2. Презклампсия бор бўлган ҳомиладорлар қайси мутахассислар кўригидан ўтиши керак:

Акушер-гинеколог.

Терапевт.

Окулист.

Невропатолог.

Нефролог.

3. Презклампсия ривожланадиган хавф гуруҳлари:

Экстрагенитал касалликлар.

Олдинги ҳомиладорликдаги гипертензия ҳолати.

Касбга алоқадор зарarli одатлар.

Социал омиллар.

4. Қайси 5 та ЭГП фонида презклампсия ривожланади.

Қон томир касалликлари.

Буйрак касалликлари.

Жигар касалликлари.

Эндокринопатия.

Ёғ алмашувининг бузилиши.

5. Презклампсия профилактикасининг 5 та асосий тамойиллари:

Ҳомиладор пархези ва гигиенага қатъий риоя қилиш.

Оилавий поликлиникада мунтазам назорат.

Экстрагенитал касалликларни даволаш.

Қизларни соғломлаштириш.

6. Презклампсияга қандай клиник симптомлар хос:

Бош оғриши.

Кўришнинг бузилиши.

Кўнгил айнаши.

Қайт қилиш.

Эпигастрал соҳада оғрик.

7. Презклампсия оғирлик даражасини баҳолашда қандай мезонлардан фойдаланилади:

Протеинурия.

Систолик Қ/Б.

Диастолик Қ/Б.

8. Презклампсиянинг хавфли белгиларини кўрсатинг?

Суткалик диурезнинг 15% га камайиши.

Иккала қўлда Қ/Б нинг 10мм сим уст. га асимметрияси.

Тана вазнининг патологик ортиши (ҳафтасига 350 г дан кўп), яширин шишлар.

Пульс босимининг пасайиши.

Гипопротеинемия.

Тромбоцитопения 160х10⁹/л ва бундан паст.

9. Презклампсияси бор бўлган ҳомиладорларни туғдиришнинг I дарида қандай асосий даво чоралари олиб борилади?

Эрта амниотомия.

Туғруқни оғриқсизлантириш.

Ички ҳомила димикишини даволаш.

Презклампсияни даволаш.

10. Презклампсияда туғруқнинг II даврида қуйидаги асосий тамойиллар қўлланилади:

Бошқарилувчи гипотония.

Туғруқни оғриқсизлантириш.

Ҳомиланинг ички димикишини даволаш.

Акушерлик кискичларини қўллаш.

Презклампсияда даволашда қўлланиладиган асосий гипотензив дориларни кўрсатинг:

Магний сульфат.

Атеналол.

Нифидипин.

11. Презклампсияни даволаш тамойиллари:

Даволаш - ҳимоя режимини ташкиллаштириш.

Гипотензив терапия.

Қоннинг реологик ва коагуляцион кўрсаткичларини нормалаштириш.

Антиоксидант терапия, мембраналар фаолиятини тиклаш.

Метаболизмни меъёрлаш.

ХҶОК ва ҳомила гипоксияси профилактикаси ва даволаш.

12. Презклампсияда вақтидан илгари туғишга кўрсатмалар:

Презклампсиянинг енгил турида, агар 7-10 кунлик даво наф бермаган бўлса.

Презклампсиянинг оғир турида 2-3 соатда интенсив терапия наф бермаган бўлса.

ХУОК бўлгандаги гестознинг турли даражасида ва даволаш фониди ҳомила ўсиши рўй бермаётган бўлса.

Эклампсия ва унинг асоратларида.

13. Презклампсиянинг икки тури:

Эрта.

Кечки.

14. Эклампсияни даволашнинг 3 тамойили:

Ўпканинг сунъий вентилляцияси билан чуқур наркоз.

Ҳаёт учун зарур аъзолар функциясини нормалаштириш.

Презклампсиянинг интенсив терапияси.

15. HELLP синдроми нима?

Презклампсиянинг оғир асоратларидан бири.

Патологик жараённинг I ҳарфлари лотин тилида олинган.

H-гемолиз.

EL – жигар ферментлари даражасининг ошгани.

LP – тромбоцитопения.

16. Презклампсиянинг “аралаш” тури қачон бошланади?

28-30 ҳафтада.

20-24 ҳафтада.

22-26 ҳафтада.

17. Презклампсия симптомларини белгиланг:
Диастолик ҚБ 90 мм сим.уст.дан ошиб кетиши.

Протеинурия.

18. Эклампсияда биринчи ёрдам кўрсатиш нималардан иборат?

Оғизни очиб, тилни тортиш.

Оғиз бўшлиғидан ва юқори нафас йўлларида кўпикларни тозалаш.

Нейролептоаналгезияни қўллаш.

Тезлик билан туғдириш.

19. Презклампсияли ҳомиладор қандай мутахассис кўригидан ўтиши керак?

Акушер-гинеколог.

Реаниматолог.

Терапевт.

Окулист.

Невропатолог.

20. Гипертензив ҳолатларда она организми учун қандай нохуш асоратлар мавжуд?

Йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши.

Мияга қон қуйилиб кетиши.

УБЕ (ОПН).

Кўз тўр пардасининг кўчиши.

HELLP – синдром.

21. Гипертензив ҳолатларда кесарча кесишга 3 та асосий кўрсатма қандай?

Эклампсия.

Эклампсия асоратлари.

Акушерлик асоратлари.

Гипертензив ҳолатларнинг оғир турида бачадон бўйни етилмаганлиги.

Ўтказилаётган терапиянинг бефойдалиги.

22. Эклампсиянинг 4 та даврини айтинг:

Қириш.

Тоник тутканок.

Клоник тутканок.

Қайтиш.

23. Гипертензив ҳолатларда ҳомила учун асоратларни санаб ўтинг:

Гипоксия.

Асфиксия.

Гипотрофия.

Антенатал ўлим.

XXI БОБ

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚДА ҚОН КЕТИШИ

21.1. НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ЙЎЛДОШНИНГ БАРВАҚТ КЎЧИШИ

Мақсад:

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетишларг олиб келувчи акушерлик асоратлари билан таништириш. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини ва йўлдошнинг олдинда ётишнинг бир-биридан дифференциал ташхиси. Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси.

Режа:

1. Тушунча, учраш даражаси
2. Этиопатогенези.
3. Диагностикаси.
4. Клиникаси.
5. Дифференциал ташхиси, ташхис қўйиш йўллари.
6. Асоратлари.
7. Даволаш усуллари. Туғруқни бошқариш.

Ҳомиладорлик ва туғруқ нормал кечганда йўлдош туғруқнинг учинчи давригача бачадоннинг юқори сегменти деворига ёпишганча қолаверади. Ҳомила туғилгач, бачадон қисқариб, ичидаги босим пасайиши муносабати билан йўлдош кўчади.

Баъзан патологик жараёнларда нормал жойлашган йўлдош ҳомила туғилгунга қадар туғилади. Йўлдошнинг барвақт кўчиши ҳомиладорлик ва туғруқнинг бачадон бўйни очилиш даврида кўпроқ учрайди, туғруқнинг иккинчи даврида йўлдошнинг кўчиши кам учрайди.

Бу оғир акушерлик асорати бўлиб, оналар ва болалар ўлимига олиб келувчи сабаблар ичида асосий ўринни эгаллайди. Ўзбекистонда бу асорат илиқ иқлим минтақаларига нисбатан 10 марта кўпроқ учрайди. НЖЙБК 2-8% ҳолларда ўлимга олиб келади.

Сабаблари. Томирлар системасининг ўзгариши билан давом этадиган касалликларда йўлдош кўпинча барвақт кўчади. НЖЙБК кўпинча бачадон ва йўлдошда дегенератив ва яллиғланиш жараёнлари кузатилганда юзага келади. Плацентанинг кўчишига бачадон плацентар томирларининг деворлари юпқалашиб, мўртлашиб, ўтказувчанлиги ошиб, осон парчалашиб қон қуйилишига олиб келувчи ёки мойиллик туғдирувчи омил бўлиб ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари, буйрак касалликлари, гипертония, юрак нуқсонлари, камқонлик ва бошқа касалликлар оқибатида йўлдош томирларида ўзгаришлар рўй берганлиги йўлдошга қон қуйилишига сабаб бўлади. Бачадон девори билан йўлдош ораллиғига қон қуйилиши сабабли йўлдош ёпишган жойидан кўчади. Сунъий абортдан кейин ва чилла даврида бачадоннинг яллиғланиши йўлдошнинг барвақт кўчишига мойил қилиб қўяди.

Қиндик қалта бўлганда ва ҳомила пардаси кечикиб йиртилганда йўлдош кўчиши мумкин. Эгизак ҳомиладорликда биринчи ҳомила туғилгач, йўлдош кўчиши кузатилиши мумкин. Камдан-кам сабаблари: жароҳатлар, асаб-руҳий омиллар.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши патогенези кон томирлар ёрилиши билан тушунтирилади, бу ворсинкалараро кон айланиши бузилишига олиб келади ва кон кетиб ретроплацитар гематома шаклланади.

Ушбу асоратнинг учраши 1,0 дан 5% гача.

Йўлдош барвакт кўчганда рўй берадиган ўзи аришлар

Йўлдош барвакт кўчганда рўй берадиган белгилар ниҳоятда хилма-хил бўлиб, йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчганлигига боғлиқ бўлади (21.1.-расм).

Йўлдош тўлиқ кўчганда йўлдош ва бачадон девори оралиғига кон тўпланиб, баъзан кон бачадон деворларига сўрилади (21.2.-расм). Бунда мускул ва сероз қаватига кон қуйилиши натижасида бачадон юзаси қорамтир-қизарган бўлади. Бундай ўзгаришни Кювелер бачадони деб аталади ва бачадон туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қисқариш хусусиятини йўқотади, ниҳоятда кўп кон кетади (21.3.-расм).

НЖЙБК оғирлик даражасига кўра таснифи: енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Йўлдошнинг қисман ёки тўлиқ кўчишига қараб клиник манзараси ҳам 3 хил даражада кечиши кузатилади.

Енгил даражада кечиши. 60% беморларда учраб, бундай йўлдошнинг 15% юзаси кўчган, аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган, томир уриши, кон босими, ҳомила юрак уриши нормал бўлади. Жинсий йўллардан озгина кон кетади, баъзан кон кетиши ҳам кузатилмайди.



21.1.-расм. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвакт кўчиш турлари: марказдан қисман, четдан, марказдан тўлиқ ажралган

Ўртача оғирликдаги даражаси 20% беморларда учраб, йўлдош юзасининг 40% гача қисми кўчган бўлади. Ҳомиладор аёл қорнининг доимий оғришидан, умумий беҳоллик, бош айланиши, кўнгил айланишидан шикоят қилади. Беморнинг рангги оқарган, совуқ тер босган, кон босими 10-15 мм симоб устунидан камайган, томир уриши тезлашган бўлади. Қорин деворларини пайпаслаб кўрилганда бачадон деворининг таранглашгани, бачадоннинг йўлдош кўчган соҳаси дўппайиб чиққани кузатилади. Ҳомила юрак уриши тезлашади, баъзан эшитилмай қолади.

Оғир даражаси беморларнинг 20% да учраб, йўлдошнинг 40% дан

кўпроқ юзаси кўчади. Йўлдош кўчишининг оғир даражаси бирданига рўй бериб, аёлнинг аҳволи ниҳоятда оғирлашади, қорнининг ҳамма соҳасида каттиқ оғриқ сезади, ҳушидан кетиб, қон босими пасайган, томир уриши сустлашган, совуқ тер босиб, ранглари оқарган бўлади. Бачадонни қорин орқали пайпаслаганда бачадон таранглашиб, каттиқ оғриқ натижасида ҳомиланинг қисмларини пайпаслаб аниқлаш имкони бўлмайди. Ҳомила она қорнида нобуд бўлади. Бачадон девори қон томирлари орқали тромбопластин таначаларининг кўп миқдорда ўтиши натижасида қоннинг ивиш хусусияти пасайган (гипофибриногенемия) ёки бутунлай қон йўқолганлиги (афибриногенемия) аёлда янада қон кетишига олиб келади. Аёлнинг ҳаёти хавф остида қолади. Йўлдошнинг барвақт кўчишининг оғир даражасида буйракнинг сийдик чиқариш фаолияти бузилган бўлади, баъзан бутунлай фаолияти тўхтади (ЎБЕ), буни буйрак фаолиятининг ўткир етишмаслиги деб юритилади. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини йўлдошнинг олдинда келиши, бачадон йиртилиши, ошқозон ярасининг ёрилиши, ўткир холецистит, панкреатит, аппендицит касалликлари билан таққослаб кўриш ва чалканштирмаслик керак.

Хавф гуруҳлари.

1. Ҳомиладорлик асорати: гипертензив синдром, преэклампсия.
2. Юрак қон-томир касалликлари бор ҳомиладорлар.
3. Буйрак касалликлари ва ҳомиладорлик.
4. Қон касалликлари: туғма ва орттирилган коагулопатиялар.

Туғруқ жараёни давомида:

1. Ўта кучли туғруқ фаолияти.
2. Туғруқ фаолияти дискоординацияси.
3. Асоссиз туғруқ фаолиятини кучайтириш.
4. Калта киндик тизимчаси
5. Бачадон ичи босимининг кескин пасайиши, кўпсувлиликда.

Диагностикаси.

1. Аёлнинг умумий аҳволини баҳолаш
2. Ҳомила ҳолатини баҳолаш
3. УТТ -плацентадаги ўзгаришларни аниқлаш асоратларнинг олдини олишга имкон беради

Олиб бориш тактикаси.

Аёл ва ҳомила ҳолатига ва плацента кўчиш даражасига ҳам боғлиқ. Клиник кечишга боғлиқ бўлмаган ҳолда тез ДВС синдроми ёки қон йўқолиш натижасида гиповолемия ривожланиши мумкин.

НЖЙБК да ўтказиш керак бўлган чора- тадбирларнинг кетма-кетлиги.

1. Бемор шикоятларини баҳолаш.
2. Умумий аҳволини тўғри баҳолаш.
3. Гемодинамика кўрсаткичларини тўғри аниқлаш
4. Ташқи акушерлик текшируви:

- бачадон ҳолатини баҳолаш (тонус, таранглиги, бўртиб чиқиши, оғриқлилиқ).

- ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш

5. Тезлик билан стационарга олиб бориш

Стационарда кин оркали текшириш:

- туғруқ фаолиятини аниқлаш

- хулоса чиқариш ва олиб бориш тактикасини аниқлаш: кесарча кесиш ёки бачадон оғзи очик бўлса, амниотомия қилиб табиий йўл оркали туғдириш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишини даволаш унинг клиник даражаси ва туғруқда бачадон бўйни очилиш даражасига қараб олиб борилади.

Агар йўлдошнинг озгина қисми барвақт кўчган бўлиб, аёл ва ҳомиладорнинг аҳволи ўзгармаган бўлса, аёлни дарҳол туғруқхонага ётқизиб, ниҳоятда тинч шароит яратилади, сўнгра коагулопатик қон кетишининг олдини олиш учун чора-тадбирлар ўтказилади (контрикал, дицинон, АТФ, витамин Е, кальций глюконат ва ҳ.к.) Спазмолитик дорилардан ношпа 2 мл, папаверин 2 мл мушак орасига, баралгин 5 мл қон томирга юбориш билан бачадоннинг қисқаришини тўхтатиш амалга оширилади. Албатта, ҳомила гипоксиясига қарши дори-дармонлар юбориш ҳам тавсия этилади.

Бачадон бўйни 3-4 см очилганда амниотомия бажарилади. Бу плацента кўчишини секинлаштиради ёки тўхтатади. Агар плацента кўчиши давом этса, ҳомила ҳалок бўлган тақдирда ҳам туғруқ тезкор жарроҳлик йўли билан тугатилади.

Ҳомиладор аёлни даволаш давомида унинг томир уриши, қон босими, умумий аҳволини кузатиб, вақти-вақти билан қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш, ҳомила юрак уришини эшитиб туриш керак. Бундан ташқари, аёлнинг қон ва сийдик таркиби, қоннинг ивиш хусусиятларини (коагулограмма) текшириб туриш керак. Агар бу кузатишлар вақтида бачадонни пайпаслаб кўрилганда бирор жойида дўппайиш, тараңглашиш, шу жойида оғриқ сезилса, аёлнинг томир уриши тезлашиб, қон босими пасайса, ҳомила юрак уриши ўзгариши кузатилса, буларнинг ҳаммаси йўлдошнинг барвақт кўчиши давом этаётганлигидан дарак беради. Бундай аёлга тезкор ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Бунда ҳомиладор аёл туғруқ пайтида бўлмаса, дарҳол кесарча кесиш операцияси қилинади. Операция вақтида бачадоннинг мушак толалари орасига қон қуйилиб Кювелер бачадони бўлса, кейинчалик гипотоник ва атоник ҳамда коагулопатик (қон ивимаслик) қон кетишининг олдини олиш мақсадида бачадон танаси, баъзан бачадонни бутунлай кесиб олишга тўғри келади.

Туғруқнинг иккинчи даврида туғруқни тезлатиш мақсадида ҳомиладор акушерлик қисқичлари оркали тортиб туғдириб олинади.

Хулоса қилиб айтганда, йўлдошнинг барвақт кўчишининг биринчи даражасида операция қилмасдан дори-дармонлар билан даволаб, аёл кузатилиб турилса, йўлдош кўчишининг ўртача оғир ва оғир даражасида тезкорлик билан операция қилиш йўли билан даволанади. Аёлни туғдириш вақтида қандай чоралар қўлланган бўлишидан қатъи назар, йўлдош туғилгандан сўнг енгил наркоз бериб, бачадон қўл билан текширилади, бачадон қисқаришини таъминлайдиган дори-дармонлар (метилэргомет-

рин) ва шу билан бирга қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликлар (стаби-
зол, рефортан) томчилаб юборилади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишининг оқибатлари

Йўлдош барвақт кўчганда ҳомиладор аёл организмида рўй берадиган ўзгаришлар унинг йўқотган қон миқдорига, берилган ёрдамнинг тезли-
гига, организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, аёл туғруқхонага қанча тез
ёткизилса, оғир асоратлар қолиши, шунингдек оналар ҳамда болалар
ўлими шунчалик камаяди. Ҳар томонлама ўз вақтида тезкорлик билан ёр-
дам кўрсатилмаса, бачадоннинг қисман (гипотоник) ва бутунлай (атоник)
қисқармаслиги, қон ивиш хусусиятининг пасайиб кетиши кузатилиши
мумкин. НЖЙБК ҳавфли асорат бўлиб, унинг натижасида: ТИҚИ синд-
роми, Кювелер бачадони, гипо- ва атоник қон кетиши ривожланади.

Даволаш.

Тез ва эҳтиёткорлик билан туғдириш. Бунда абдоминал кесарча ке-
сиш тўғри келади ва бачадон - плацента апоплексияси-Кювелер бачадони
бўлса-бачадонни ампутация қилиш керак, ТИҚИ синдромининг ўткир
формаси ривожланганда бачадон экстирпацияси шарт. Туғруқ биринчи
давр охирида ёки иккинчи даврида нормал жойлашган плацентанинг вақ-
тидан илгари кўчиши кузатилса, туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали
туғатилиши мумкин. Бундай ҳомиладорларда ҳам бачадонни тез бўша-
тиш тамойилига амал қилинади. Акушерлик ҳолатига қараб акушерлик
қисқичлари ишлатилади ёки ҳомилани бўлаклаш жарроҳлик амалиёти
бажарилади.

Асосий профилактик чоралар: буйрак ва юрак - томир касалликлари,
гипертензив ҳолатларни ўз вақтида даволаш, абортнинг олдини олишдан
ва бошқалардан иборат.

21.2. ЙЎЛДОШНИНГ ОЛДИНДА ЁТИШИ

Мақсад:

Йўлдошнинг олдинда ётишининг таснифи, сабаблари ва клиник белги-
лар билан таништириш. Йўлдошнинг олдинда ётиши ва вақтидан илгари
кўчишининг бир-биридан дифференциал ташхиси.

Режа:

1. Ҳомиладорликда йўлдошнинг жойлашиши.
2. Йўлдошнинг олдинда ётиши тушунчаси.
3. Этиологияси ва патогенези.
4. Йўлдошнинг олдинда ётишининг клиник белгилари.
5. Ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш тамойиллари.

Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси.

Йўлдошнинг олдинда ётиши - унинг нотўғри жойлашуви: плацента ба-
чадон танасининг ўрнига пастки сегментда жойлашади (21.4.-расм).

Этиология:

Оналик омиллари: А) Эндометрий дистрофияси билан кечадиган трав-
ма ва касалликлар (кўпинча қайта туғувчиларда). Б) Эндометрий қон би-
лан таъминланишининг бузилишига олиб келувчи бачадон пастки сегмен-
тидаги жарроҳлик амалиётлари.

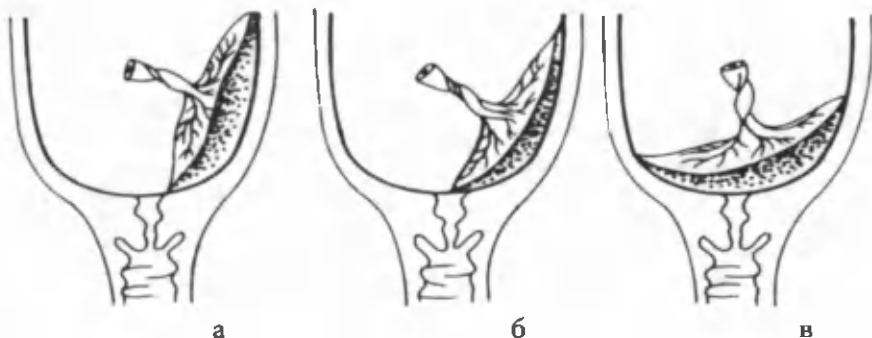
Йўлдошнинг олдинда ётиши уруғланган тухум хужайрадаги ўзгаришлар натижасида ҳам келиб чиқади :

- ✦ Ҳомила эритробластози (плацента катталашишига олиб келади).
- ✦ Трофобластнинг нидацион функцияси бузилиши, трофобласт ферментатив жараёнлари кечикиб ривожланиши, уруғланган тухум хужайра ўз вақтида бачадон тубига ёпиша олмайди.

Сабаблар:

- Плацентанинг олдинда келиши
- Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши

Йўлдошнинг олдинда ётиши - нотўғри жойлашиши ҳисобланиб, яъни бачадон танасининг пастки сегментида ва ички бўғиз соҳасида жойлашиши.



21.4.-расм. Плацентани олдинда ётишининг турлари:

а - паст жойлашиши; б - қисман; в - тўлиқ.

Йўлдошнинг олдинда ётишининг 4 даражаси тафовут қилинади (21.5.-расм):

1. тўлиқ (марказий) – плацента ички бўғизни тўлиқ ёпиб туради
2. қисман (ёнбош) – плацента ички бўғизнинг 2/3 қисмини ёпиб туради
3. Қирғоғи билан– плацента ички бўғизни 1/3 ёпиб туради
4. Плацентанинг паст жойлашиши- плацента чети ички бўғиздан 7 см дан кам масофада жойлашади.

Клиникаси.

1. Ҳомиладорлик даврида қон кетиш бирдан оғриксиз ривожланади, оғриксиз, тромбоз натижасида тўхташи мумкин, лекин бир қанча вақт ўтгач яна қайтарилади. Қон кетиш кўпинча ҳомиладорлик уч ойлигида бачадон чўзилиши, қисқариши натижасида ёки бачадон бўйни очилиш даврида кузатилади. Қон кетиш плацентанинг бир қисмининг кўчиши билан боғлиқ, плацента тўқимаси чўзилиш хоссасига эга эмас, шунинг учун бачадоннинг пастки қисми чўзилганда плацента кўчади, ворсинкалараро бўшлиқ очилади, бачадон - плацента қон томирлари ёрилади ва кўп қон кетади.

2. Камқонлик ривожланиши.

3. Ҳомила ҳолатининг ёмонлашуви, ҳомила дистресси.

Диагностикаси.

- Мойиллик тувдирувчи омиллар, ҳомиланинг нотўғри жойлашуви (чанок олдинда келиши ёки кўндаланг жойлашиши).

- Кўп ҳомилалик.

- Кўп туккан 35 ёшли аёл.

- УТТ- бу усул аниқлиги 90-95%

Йўлдошнинг олдинда ётишида якуний ташхис қин орқали текшириб қўйилади (стационарда жарроҳлик блокида). Бунда плацента ёки унинг чети пайпасланади. Бу текшириш усули қон кетишини кучайтириши мумкин.

Қуйидаги касалликлар билан қиёсий такқослаш керак:

1. Жинсий аъзоларнинг механик шикастлари (тирналиш, қин шилик пардасининг ёрилиши).

2. Полиплар.

3. Бачадон бўйни раки

4. Бачадон бўйни псевдозрозияси

5. Нормада жойлашган плацентанинг вақтидан илгари кўчиши.

6. Бачадоннинг ёрилиши.

Олиб бориш тактикаси

Агар ҳомиладорлик муддати тугамаган бўлса, ҳомиладор доимий назорат ва кузатувда бўлиши керак. Туғруқ фаолияти бўлмаганда, ҳомила барқарор ҳолатида ва кам миқдорда қон кетганда консерватив даво олиб борилади. Ҳомиладор аёл дарҳол стационарга ётқизилади. Бачадон тонусини пасайтирувчи препаратлар қўлланилади. Витаминлар киритилади, ҳомила гипоксияси олди олинади.

Туғруқни олиб бориш усулини тўғри танлаш учун плацента олд келиши ва унинг формаси аниқ диагностик катта аҳамиятга эга (21.6.-расм).

Тўлик ёки марказий жойлашганда туғруқ фақат кесарча кесиш орқали бажарилади (мутлок кўрсатма). Туғруқ йўллари туғруққа тайёр бўлмаса, плацента қисман олдинда жойлашган бўлса ва қон кетиш интенсив бўлса ҳам туғруқ жарроҳлик усули билан олиб борилади.

Туғруқ фаолиятлари мавжуд бўлганда, бачадон бўғзи очилган, плацента қисман олдинда жойлашган бўлса, амниотомия қилинади. Ҳомила пардаси ёрилиши плацентанинг кейинги кўчишининг олдини олади, ҳомила бошининг кичик чанок бўшлиғига тушишига ёрдам беради ва бу кўчган плацентани сиқиб қўйиб қон кетишини тўхтатади.

Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганда бачадон бўшлиғини

21.6. -расм. Плацентанинг ёнбош, қирраси билан ва марказий жойлашиши.



кўл билан текшириб кўриш, гипотоник қон кетишнинг олдини олиш керак. Режали кесарча кесиш ҳомила вазни 2500 г дан кам бўлмаганда ва ҳомиладорлик муддати 37 ҳафтадан камбўлмаганда бажарилади. Агар қон кетиш аёл учун хавф туғдирса, ҳомила ўлчамлари ва гестацион ёшга қарамасдан шошилинич кесарча кесиш бажарилади.

Асоратлари:

1. Кўп қон кетиши натижасида гипофиз некрози ёки буйрак шикастланиши.

2. Бачадоннинг пастки сегментидан туғруқдан кейинги даврда кўп қон кетиши

3. Плацентанинг зич бирикиши, чунки бачадон пастки сегменти эндометрийси юпқа ва бу трофобласт инвазияси учун етарли эмас.

Текшириш учун саволлар:

1. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши нима?

2. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиш сабалари?

3. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиш даражалари?

4. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиш белгилари ва диагностикаси?

5. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчишида олиб бориш тактикаси?

6. Плацентанинг олдинда келиши нима?

7. Плацентанинг олдинда келиши сабаблари?

8. Плацентанинг олдинда келиши турлари?

9. Плацентанинг олдинда келиши белгилари ва диагностикаси?

10. Плацента олдинда келганда олиб бориш тактикаси?

Масалалар.

1. Кўп туққан аёл, 32 ёшда. Туғруқ I даври. Мунтазам дард бошлангач жинсий йўллاردан қонли ажралмалар пайдо бўлди. Пульс – 80 зарба I, қон босими – 120/80 мм с.у. Шишлар йўқ. Тахминий диагноз? Қерда қин орқали кўриш керак?

2. Йўлдошнинг қисман олдинда келиши кузатилган қайта ҳомиладор биринчи туғувчи аёлда бачадон бўйни 4 см га очилганда ҳомиланинг чаноқ билан келаётганлиги аниқланди. Ҳомиланинг тахминий вазни - 3900 г. Туғруқни олиб бориш тактикаси:

* Кесарча кесиш

Эрта амниотомия ва туғруқни стимуллаш

Эрта эпизиотомия ва спазмолитикларни вена ичига томчилатиб

Спазмолитиклар юбориш

3. Ҳомиладорликнинг 7- ойидаги аёл туғруқхонага оғир аҳволда: умумий ҳолсизлик, бош айланиши, қориндаги оғриқлардан шикаятланиб келди.

Ушбу ҳолатини кеча кечкурун йиқилиб, эрталаб эса дард ва кучли оғрик бошлангани, озгина қонли ажралма ва ҳомила қимирламаётганидан шикоятланди. Беморнинг рангги оқарган, пульси 100 зарба 1 мин. АҚБ 80/60 мм сим. уст. Бачадон пайпасланганда қаттиқ ва жуда оғриқли. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмаяпти. Вагинал кўрилганда: бачадон бўйни қисқарган, 4 см очик, қоғанок пуфаги бутун, ажралмалар қонли, озгина миқдорда.

Диагноз.

- а. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши*
- б. Йўлдошнинг олдинда жойлашиши
- в. Бачадон йиртилиши
- г. Бачадон бўйни раки

Тактика?

- а. Зудлик билан кесарча кесиш операциясини қўллаш*
- б. Табиий йўллардан аёлни туғдириб олиш
- в. Консерватив даво
- г. Қисқичлар ёрдамида ҳомилани туғдириш

4. ҚВП га ҳомиладор қоринда оғриқ , жинсий йўлларида қон ажралишидан шикоят билан келди. Ҳомиладорлик 35-36 ҳафтаси даврида. Умумий аҳволи қониқарли. Пульс (мин) 90 та. А/Б 130/90-140/90 мм сим уст. Бачадон ҳомиладорлик вақтига мувофиқ катталашган. Ҳомила юрак уриши (мин) 160-170, бўғиқ. Жинсий йўлларда қонли ажралма аниқланди. Диагноз? Қандай чоралар қўллаш зарур?

5. Биринчи ҳомиладорлик, вақтидаги туғруқ. Бир меъёрдаги туғруқ фаолияти 3 соат давом этаяпти. Чанок ўлчамлари меъёрда. Презклампсия симптомлари бор. Бирданига қоринда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлди, хушини йўқотди, ҚБ тушиб кетди. Бачадон қаттиқ, дардлар орасида бўшашмаяпти. Бачадон ўнг томони шишди ва бу қисмда қаттиқ оғриқлар. Ҳомиланинг юрак уриши тўхтади. Қин орқали кам меъёрдаги қонли ажралмалар. Тахминий диагноз.

Диагноз.

- а. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши*
- б. Йўлдошнинг олдинда келиши
- в. Коагулопатик қон кетиши
- г. Йўлдошнинг нотўғри ёпишиши
- д. Бачадон гипотонияси.

6. Беморнинг шикояти: қорин пастида оғриқ ва бош айланиши. Анамнезиде талваса бўйича кесарча қирқиш. Ҳомиладорлик муддати 32-33 ҳафталик, оёқларида шишлар АҚБ 150/100. Аёлда тасодифан қоринда кучли оғриқ пайдо бўлди ва ҳомиланинг қимирлашини сезмай қолди. Пайпаслаганда бачадон қаттиқ ҳомила қисмлари аниқланмайди. Ҳомила юрак уриши эшитилмайди.

А. Диагноз.

- а. Йўлдошнинг олдинда келиши
- б. Йўлдошнинг барвақт кўчиши*
- в. Бачадон ёрилиши*
- г. Ичак тутилиши
- д. Тухумдон кистасининг ёрилиши.

Б. Олиб бориш тактикаси.

- а. УТГ
- б. Интенсив даволаш
- в. Туғруқ йўлларида туғдириш
- г. Кесар қирқиш*
- д. Туғруқни чақариш.

7. Аёлда 8 ойлик ҳомиладорлиги бор. Бир ой олдин оёқларида шишлар пайдо бўлди ва АҚБ 150/100 сим. уст. гача кўтарилди. 6 соатдан бери қорин пастида оғриқ, жинсий йўлларида қонли ажралмалар кела бошлади. Тери ва шиллик қаватлар оч пушти рангда. Томир уриши 100 дақиқада, АҚБ 160/100 сим. уст. Қорин айланаси 102 см., бачадон туби 37 см. Ҳомила юрак уриши бўғиқ. Пайпаслаганда бачадон таранглашган, олдинги деворида оғриқ аниқланади. Туғруқ фаолияти йўқ.

А. Диагноз.

- а. Йўлдошнинг олдиндан келиши
- б. Бачадоннинг ёрилиши
- в. Бачадон бўйни раки
- г. Қин варикозининг ёрилиши
- д. Йўлдошнинг барвақт кўчиши*.

Б. Даволаш тактикаси.

- а. Кесарча кесиш*
- б. Тезда туғруқхонага ётқизиш
- в. Туғруқ фаолиятини кучайтириш
- г. Гемотрансфузия
- д. Спазмолитиклар қилиш.

8. Ҳомиладор аёлда 37-38 ҳомиладорликда ичи келган вақтида қизил суюқ қон пайдо бўлди. Оғриқ ва дарди йўқ. Уйида қон йўқотиш 200 мл ни ташкил қилди. Анамнезида иккита артиф. аборт, охириги аборт эндометрит билан кечган. Умумий аҳволи қониқарли, томир уриши 80 дақиқада, АҚБ 110/70. Бачадон туҳумсимон шаклда, ҳомила тўғри жойлашган, ҳомила боши чанокдан баланд жойлашган, юрак уриши 140 дақиқада.

А. Диагноз.

- а. Йўлдошнинг олдинда келиши*
- б. Йўлдошнинг барвақт кўчиши
- в. Вақтидан олдин туғруқ
- г. Бачадон бўйни эрозияси

д. Қин варикозидан қон кетиши.

Б. Олиб бориш тактикаси.

- а. Қоғанок сувини ёриш
- б. Туғруқни чақиртириш
- в. Симптоматик даволаш
- г. Кесарча кесиш*
- д. Туғруқ йўлларида туғдириш.

9. 26 ёшдаги 2 - туғруқ давридаги аёл, дарди суғ ва қисқа, қиндан қон кетиши билан келди. Биринчи туғруқ чилла даврида эндометрит ривожланган. Ҳомила қўндаланг жойлашган.

А. Диагноз.

- а. Йўлдошнинг барвақт кўчиши
- б. Йўлдошнинг олдинда келиши*
- в. Базадон бўйни ёрилиши
- г. Базадон ёрилиши
- д. Базадон бўйни полипи.

Б. Даволаш тактикаси.

- а. Туғруқни давом эттириш
- б. Қоғанок сувини ёриш
- в. Кесарча қирқиш*
- г. Окситоцин томчиси билан туғруқни кучайтириш
- д. Ҳеч қайсиси тўғри эмас.

Ўргатувчи тестлар

1. Йўлдошнинг олдинда келишининг қандай 3 тури бор?

Тўлик.

Чети билан.

Ёнбош.

2. Йўлдош олдинда келганда қон кетишига хос бўлган 4 та белгини кўрсатинг:

Ҳомиладорлик вақтида тўсатдан қонли ажралма келиши.

Оғриқ сезмаслик.

Қон кетиши тўхтаб, бир оздан сўнг яна бошланиши.

Профуз қон кетиши мумкин (оғриқсиз).

3. Йўлдошнинг олдинда келишида қандай 4 та клиник симптомлар юзага келади?

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида бирданига қон кетиши

Кўп миқдорда қон кетиши

Туғруқ фаолияти бошланиши билан қон кетишининг кучайиши

Қин орқали кўрилганда гумбазнинг 2/3 қисмида, олдинда келувчи катта ҳосила аниқланади.

4. Йўлдошнинг олдинда келишида қандай 4 та даволаш усулини биласиз?

Тўлиқ келганда - “кесарча кесиш”.

Қисман келганда - кўп қон кетиши натижасида она ҳаётига хавф пайдо бўлса, “кесарча кесиш”.

Қисман келиб, қон кетмаганида амниотомия қилинади.

Ҳар хил усул қўлланилганда, туғруқ вақтида, ўткир камқонликка қарши курашилади, қон қуйилади.

5. Йўлдош олдинда келганда туғруқнинг эрта чилла даврида қандай 3 та асорат бўлиши мумкин?

Йўлдош ажралишининг бузилиши.

Чилла давридаги септик касалликлар.

Қоғаноқ сувлари эмболияси.

6. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши патогенезининг 3 моментини кўрсатинг:

Ворсинкалараро бўшлиқда қон томирларининг ёрилиши билан борадиган қон айланишининг бузилиши.

Ретроплацентар гематома ҳосил бўлиши.

Йўлдошда инфарктларнинг ҳосил бўлиши.

7. Кювелер бачадонида қандай 4 хил ўзгаришлар бўлади?

Бачадон деворига қон шимилади.

Бачадон қискариш хусусиятини йўқотади.

Бачадон ва бачадон сероз қаватининг жароҳати.

Бачадон имбибицияси фақат йўлдош майдони бор жойда эмас, балки диффуз ҳам бўлади.

8. Нормал жойлашган йўлдош барвақт кўчишида қон ивучанлиги бузилиш патогенезининг 4 та босқичини айтинг?

Ретроплацентар гематомадан тромбопластин ва фибринолизин қонга ўтади.

Протромбиндан фаол тромбин ҳосил бўлади.

Тромбин қондаги фибриногенни фибринга айлантиради.

ДВС-синдроми ривожланади.

9. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида 3 хил клиник кечиш бор:

Енгил.

Ўртача оғир.

Оғир.

10. Йўлдошнинг олдинда жойлашувига олиб келувчи 4 та сабабни айтинг:

Эндометрийнинг сурункали яллиғланиши

Эндометрида аборт ва операциялардан кейинги чандикли ўзгаришлар.

Трофобласт нидацион функциясининг бузилиши.

Бачадон миомаси.

11. Йўлдош олдинда келиши профилактикасининг 2 та йўналишини айтинг:

Абортга қарши кураш

Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини даволаш

12. Нормал жойлашган йўлдош барвақт кўчишининг енгил формасида қандай 4 та клиник симптомлар фарқланади?

Бачадон дард орасида бутунлай бўшашмайди

Миометрий тонуси ошган

Ҳомила юрак уриши деярли ўзгаришсиз

Қонли чиқиндилар жинсий йўллардан оз миқдорда ажралади

13. Нормал жойлашган йўлдош барвақт кўчишининг олдини олиш учун қандай 3 та чора - тадбир қилиш керак?

Ҳомиладорлик гипертензия ҳолатларини эрта аниқлаш ва даволаш.

Сурункали инфекцияни даволаш.

Гипертония касаллигини даволаш.

14. Ҳомиладорлик вақтида нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишига олиб келадиغان 4 та сабабни кўрсатинг:

Ҳомиладорлик гипертензия ҳолатлари.

Она ва боланинг изосерологик номувофиқлиги.

Экстрагенитал касалликлар.

15. Кучиш даражасига қараб НЖЙБК қандай 2 формаси фарқланади?

Қисман.

Тўлиқ.

16. НЖЙБК енгил формасига қандай клиник белгилар хос:

Йўлдошнинг кичик қисмида кўчган бўлади.

Оғриқли симптомлар бўлмайди.

Бачадон нормал тонусда.

Ҳомила юрак уриши ўзгармаган.

Аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган, пульснинг бироз тезлашиши қузатилади, ҚБ пасаймаган.

Жинсий йўллардан кам миқдорда қора қонли ажралмалар келади.

17. НЖЙБК оғир формасининг асосий белгисини кўрсатинг?

Гемодинамиканинг бузилиши: ҚБ пасайиши, пульс кучсиз, тери қоғлами оқарган.

Оғриқли синдром – оғриқ дастлаб йўлдош кўчган қисмида, кейин бутун бачадон юзаси бўйлаб.

Ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлиши, бачадон таранглашганлиги сабабли ҳомила қисмлари аниқланмайди.

Бачадон тонусининг ошганлиги.

Ўтқир ДВС - синдроми ривожланиши.

18. НЖЙБК ўртача оғирлик даражасига хос 3 клиник белгини айтинг

Йўлдош ёпишган жойда маҳаллий оғриқ.

Бачадон тонуси сустрок.

Ҳомила ўтқир гипоксияси.

19. НЖЙБК ни даволашда қандай 4 усул қўлланилади?

Даволаш усули акушерлик ҳолати ва клиник белгиларга қараб олиб борилади.

Клиник белгилар кучайиб, ички қон кетиш белгилари кучайса, кесарча кесиш операцияси ўтказилади.

«Кювелер бачадонида» бачадон ампутация қилинади.

Йўлдош қисман кўчганда, клиник белгилар суєт ва ҳомила пуфаги бутунлигида амниотомия қилинади.

20. НЖЙБК билан табиий туғруқ йўллари орқали туккан аёлларда илк чилла даврида қандай 3 муолажани бажариш зарур?

Бачадон бутунлигини ва мушаклари контрактил қобилиятини аниқлаш мақсадида йўлдошни қўл билан ажратиш ва олиб чиқиш.

Юмшок туғруқ йўлларини кўрув.

Бачадонни қискартирувчи моддаларни юбориш.

21. Йўлдош олдинда ётиши 3 формасига таъриф беринг?

Йўлдош тўлиқ ётишида ички бўғиз бутунлай йўлдош тўкимаси билан қопланган, кин орқали кўрилганда пардалар аниқланмайди.

Йўлдош чети билан ётганда йўлдош пастки кирраси ички бўғиз четида ётади, ички бўғизда пардалар аниқланади.

Йўлдош ёни билан ётганда, йўлдош бир қисми ички бўғиз соҳасида, кин орқали кўрилганда йўлдош бўлаклари билан пардалар аниқланади.

22. Йўлдош олдинда ётиши клиникасига нималар хос?

Оғриқсиз ташқарига қон кетиши.

Ҳомиладор аёл ҳансираб (ҳолсизланиб қолиши).

Ҳомила олдинда ётган қисмининг юқори туриши.

Ҳомилани номунтазам ҳолати.

Ҳомилани кўндаланг қийшиқ ёки думбаси билан ётиши.

23. Йўлдош олдинда ётишида қон кетиш хусусиятлари қандай?

Қон кетиш вақти ЙОЁ нинг қайси формасига боғлиқ.

Алвон рангли қон кетади.

Тўлиқ безовта бўлмаган ҳолатда қон кетиш қайталанади.

Қамқонлик даражаси йўқотилган қон ҳажмига боғлиқ бўлмайди.

24. ЙОЁ қон кетишига хос 5 белгини айтинг?

Қонли ажралма ҳомиладорлик даврида тўсатдан бошланади.

Оғриқлар бўлмайди.

Қон кетиш тўхтаб, бироздан кейин яна бошланади.

Қўп миқдорда қон кетиши мумкин.

Қамқонлик келтириб чиқаради.

25. ЙОЁ даволашни танлашдаги 7 омилни санаб ўтинг?

Қон кетиш вақти.

Қон кетиш миқдори.

Бемор умумий аҳволи.

Туғруқ йўллари ҳолати.

Йўлдош олдинда ётиши тури.

Ҳомиладорлик муддати.

Ҳомила ҳолати.

26. НЖЙБК даволашни танлашдаги 4 омилни санаб ўтинг?

Йўлдош кўчиш даражаси.

Кўчиш пайдо бўлиш вақти.

Ҳомила ҳолати.

Туғруқ йўллари ҳолати.

27. НЖЙБК да табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришнинг 5 шар-

тини айтинг?

Кўчганлик енгил формаси.

Кам миқдорда қон кетиш.

Аёлнинг қониқарли аҳволи.

Ҳомилада гипоксия белгилари бўлмаслиги.

Туғруқ фаолияти яхши тикланган ва бачадон бўйни 4 см га очилган.

28. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдираётганда НЖЙБК да, туғруқ-ни тезлатишнинг 6 усулини санаб ўтинг?

Амниотомия.

Иванов-Гаус бўйича терисига қисқич қўйиш.

Ҳомилани оёғидан айлантириб тортиб олиш.

Вакуум-экстракция ёки акушерлик қисқичлари қўйиш.

Ҳомилани емириш операцияси.

Ҳомила думбаси билан ётганда думбаси билан тортиб олиш.

29. Ҳомиладорлик II ярмида қон кетишга шикоят қилиб келганда, УАШ нинг вазифаси?

Зудлик билан беморни тез ёрдамда тиббий ҳодимлар ҳамроҳлигида туғруқхонага ётқизиш.

30. Поликлиника ва аёллар маслаҳатхонасида ҳомиладорлик II ярмида қон кетишининг олдини олишнинг 4 усулини айтинг.

Абортлар сонини камайтириш мақсадида контрацептивларни кенг тарғиб қилиш.

Бачадон ичи аралашувларидан кейин албатта яллиғланишга қарши профилактик муолажа буюриш.

Гениталий аъзолари сурункали касалликларини ўз вақтида тўғри даволаш

ЭГК ни ўз вақтида даволаш.

31. НЖЙБК даги 6 асосий белгиларни санаб ўтинг?

Бачадон тонусининг ортиши ва таранглашуви.

Ички қон кетиш белгилари.

Ҳомила юрак уриши ўзгариши.

Коринда оғрик.

ХГХ белгилари.

Камқонлик кучайиши.

32. Ҳомиладорликнинг қайси 4 асорати НЖЙБК га олиб келади?

Гестозлар.

Кўпсувлик.

Кўп ҳомилалик (эгиз ҳомила).

Киндик ўта калта бўлиши.

33. Плацента олдинда келиши профилактикасининг 2 та йўналишини айтинг:

Абортга қарши кураш.

Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини даволаш.

XXII БОБ

ТУҒРУҚНИНГ УЧИНЧИ ДАВРИ ВА ИЛК ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШ

Мақсад:

Туғруқнинг учинчи даври ва илк чилла даврида қон кетиш сабаблари билан таништириш (плацентанинг нотўғри ёпишиши ва туғилиш жараёнининг бузилиши, гипо- ва атоник, коагулопатик қон кетишлари). Диагностика ва олиб бориш тактикаси ҳақида маълумот бериш. Тезкор ёрдам принципларини ўргатиш.

Режа:

1. Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиши сабаблари
2. Плацентанинг нотўғри ёпишиши, таснифи, этиологияси, диагностикаси ва олиб бориш тактикаси.
3. Плацентанинг туғилиш жараёнининг бузилиши, диагностикаси, олиб бориш тактикаси.
4. Қон кетишни тўхтатиш чора-тадбирлари. Йўлдошни ажратиб олиш усуллари. Асоратлари. Оператив аралашувларга кўрсатма.
5. Илк чилла даврида қон кетиши сабаблари.
6. Илк туғруқдан кейинги даврда қон кетишни тўхтатиш усуллари. Операцияга кўрсатма.

Оналар ўлими 50% дан кўп туғруқдан кейин 24 соат ичида массив қон кетишига сабаб бўлади. Дунё бўйича ҳомиладорларнинг 140 000 дан кўпроғи туғруқдан кейинги қон кетишдан ўлади.

22.1. ТУҒРУҚНИНГ УЧИНЧИ ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Нормал ҳолатда туғруқда аёл 300-450 мл миқдорда қон йўқотади. Маълумки, плацента жойлашган қисмидан туғруқнинг I- II давларида бачадон деворидан ажралмайди. Бунга сабаб ўзидан ажралган прогестерон бачадоннинг биозлектрик ҳолатини ўзгартириди, уни бирданига қисқаришини пасайтириди, фармакологик реактивлигини сусайтиради, серотониннинг тонусни оширишини тўхтатади.

Шдаврда қон кетиши сабаблари

- Йўлдошнинг бачадон деворидан нотўғри ажралиши
- Ажралган йўлдошнинг бачадонда тутилиб қолиши
- Туғруқ йўлидаги жароҳатлар
- Гипотоник қон кетиши
- Плацентанинг бачадон деворига каттикроқ ёки каттиқ ёпишиши

Йўлдош ажралиш давридаги қон кетишлар айрим ҳолларда нормага нисбатан чуқуրроқ бачадон деворига ёпишиши билан борлиқ.

Клиникаси.

Плацента бирикиш аномалиясида қон кетиш асосий симптом ҳисобланади. 30 минут давомида қон кетиш ёки плацента ажралиш белгилари кузатилмаса, бачадон тонусини оширувчи воситаларнинг фойдаси бўлмаса, 10 минутдан кейин бачадон бўшлиғи қўл билан тозаланади. Қон кетиш

300 мл дан кўп бўлган ҳолларда ҳам бачадон бўшлиғи қўл билан текшириб кўрилади. Плацента чин бирикишини плацентани бачадон деворидан жаррохлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади ва Креде усули қўлланади (22.1.-расм). Тўлиқ зич бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса куч ишлатилмаса қон кетиш кузатилмайди.



22.1.-расм. Креде усули.

Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиш кузатилмаса, плацента ажралиш белгилари кузатилмаса ҳамма аёлларда плацента қўл ёрдамида ажратилади.

Плацента ажралишининг ушланиб қолиши

Плацента ажралишининг ушланиб қолишида қон кетмаслиги мумкин. Агар йўлдош кўринаётган бўлса, аёлга кучаниб уни итаришини сўранг. Агар қинда йўлдош борлигини сезсангиз уни олиб ташланг.

Сийдик пуфағи бўшлиғига ишонч ҳосил қилинг. Заруриятга қараб, сийдик пуфағини катетеризация қилинг.

Агар йўлдош ажралмаган бўлса, III даврни актив олиб борилганда ҳали ишлатилмаган бўлса, 10 бирлик окситоцинни м/о га юборинг.

Эргометринни ишлатманг, чунки бу препарат бачадоннинг тоник қисқаришларига ва йўлдошнинг ушланиб қолишига олиб келади. Агар окситоцин билан олиб борилган стимуляциядан 30 минутдан сўнг йўлдош ажралмаса, бачадон қисқарган бўлса, у ҳолда киндик тизимчасини назоратли тортиш йўлидан фойдаланинг.

Эслатма: Киндик тизимчасини каттик тортишдан ва бачадон тубига каттик босишдан эҳтиёт бўлинг, чунки бундай ҳаракатларингиз бачадоннинг ардарилиб қолишига олиб келади. Агар киндик тизимчасини назоратли тортиш фойда бермаса, у ҳолда плацентани қўл билан ажратишга киришинг (22.2.-расм).

Йўлдошни қўл ёрдамида олиб ташлаш.

Кўрсатмаларни баҳоланг.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ва т/и га суюқлик қуйишни бошланг.

- Рухан қўллаб-қувватланг. Диазепам в/и га оҳиста юборинг ёки кетамин қуйинг.

- Олдини олувчи антибиотикларнинг бир марталик миқдорини белгиланг

1 Ампициллин в/и 2г + метронидазол в/и 500 мг;

- Ёки цефазолин в/и 1г+метронидазол в/и 500 мг

- Киндикни қисқичда ушлаб туринг. Полга параллел жойлашгунга

кадар киндикни эхтиёткорлик билан тортинг.

- Зарарсизлантирилган қўлқоп кийиб, қўлингизни кинга киритинг ва киндик бўйлаб уни бачадон ичига олиб боринг.

- Киндикни қўйиб юборинг ва бачадон ағдарилишининг олдини олиш, бачадон тубини ушлаб қолиш ва йўлдошни олиб ташлашда боғламларини четга суриш учун иккинчи қўлингизни она қорнига қўйинг.

Эслатма: Агар бачадон ағдарилиши рўй берса, уни ортига қайтаринг.

Киндик тарафдан йўлдош чети аниқлангунча бармоқингизни илгарилаб боринг.

Киндик узилиши содир бўлса, қўлингизни бачадон бўшлиғига киритинг. Йўлдош ва бачадон ўртасидаги чегарани аниқлаш учун бачадоннинг ички бўшлиғини текшириб кўринг.

Ўрнашган жойидан плацентани ажратинг, йўлдош ва бачадон девори ўртасида бўшлик ҳосил қилиш учун бармоқларингизни зич тутинг ва кафтингиз ёнларини ишлатинг.

Плацентанинг ҳамма қисмлари бачадон деворидан ажралгунча, у бириккан жой соҳасида аста-секин муолажа ўтказинг.

Агар плацента бармоқларингизнинг хушёрлик билан аррага ўхшаш ҳаракати оқибатида бачадон устки қаватидан ажралмаётган бўлса, плацента бачадонга ўсиб кирганлигини фарз қилинг ва лапаротомия ёки субтотал гистерэктомия ўтказинг.

Плацентани ушланг ва аста-секин қўлингизни йўлдош билан бирга бачадондан чиқариб олинг (22.2.-расм).

Бошқа қўлингиз билан бачадонни қовдан узоқлаштиришни амалга оширишни давом этинг, бачадондан чиқаётган қўлнинг ҳаракатига қарама-қарши йўналишда ҳаракатлантиринг.

Қўлни бачадон бўшлиғидан чиқариб олиш

Бачадон бўшлиғи ички юзасини текширинг ва йўлдошнинг ҳамма тўқималари олиб ташланганига амин бўлинг.

Окситоцин в/и 20 бирл, 1 литр эритмада (физ эритма ёки Рингер лакта-ти) 1 мин 60 томчи тезликда юборинг.

Бачадоннинг тоник уришини амалга ошириш учун, ёрдамчидан бачадон тубини ташқаридан массаж қилишни сўранг.

Давомий кўп кон кетиши кузатилса, эргометрин м/и 0,2 мг ёки простагландин юборинг.

Плацентанинг бачадон юзасини текширинг ва унинг тўлиқлигига амин бўлинг. Агар плацента тўқималаридан бири қолиб кетган бўлса, уларни олиб ташлаш учун бачадон бўшлиғини текширинг.

Аёлнинг туғруқ йўлларини диққат билан кўриб чиқинг ва бачадон бўйни, қин ёки ораликни эпизиотомиядан кейин тўлиқлигини тикланг.

Муаммолар.

- Агар йўлдош ушланиб қолиши контракцион ҳалқа сабабли вужудга келса, ёки туққанидан кейин бир неча соат ёки кун ўтган бўлса,

кўлни бачадон бўшлиғига киритиш имкони бўлмай қолиши мумкин. Йўлдош қисмларини икки бармоқингиз, тўмтоқ қисқич ёки катта кюретка ёрдамида олиб ташланг.

Муолажадан кейинги парвариш.

Тинчлантириш учун белгиланган в/и дорилари таъсири ўтгунча аёлни диққат билан кузатинг.

Аёл ҳаётий фаолиятларини (томир уриши, қон босими, нафас олиши) келгуси 6 соат ичида ёки меъёрига келгунча ҳар 30 дақиқада ўлчаб, уни кузатинг.

Бачадон қисқарганлиғига амин бўлиш учун унинг тубини пайпасланг.

Ортиқча окмалар чиқишини назорат қилинг.

Вена ичига суюқлик юборишни давом этинг.

Зарурият туғилса, қон куйишни амалга оширинг.

Эслатма: Агар тўқималар жуда қаттиқ ёпишиб қолган бўлса, бундай ҳолат йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши деб аталади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш ҳаракатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларни гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

Плацентанинг зич ва чин бирикиш этиологияси ва патогенезини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

Ҳомиладор аёл организмнинг ҳолати, эндометрий ва миометридаги структур-морфологик ўзгаришларга боғлиқ.

Хорион ворсинкалари гиалуронидаза ферментининг активлиғига боғлиқ.

Юқоридаги иккала омилнинг бирга келиши.

Плацента чин бирикишини плацентани бачадон деворидан жарроҳлик йўли билан ажратиш вақтида билинади. Плацентанинг қисман чин бирикишида унинг бир қисми кўчганлиги учун қон кетиш кузатилади, тўлиқ зич бирикишида мажбурий ажратиш усуллари қўлланилмаса, куч ишлатилмаса қон кетиш кузатилмайди. Плацентани тўлиқ ажратиш иложи бўлмаса, гемотрансфузияни бошлаб бачадонни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти қўлланилади.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивिसа ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажралмаларнинг ҳиди сассик) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

22.2. ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ИЛК ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Туғруқдан кейинги илк даврларида қон кетиш сабаблари (4 Т):

Йўлдош қисмлари қолиб кетиши (Т-Тўқима)

Туғруқ йўллари жароҳатлари (Т-Травма)

Гипо- ва атоник қон кетиши (Т-тонус)

Коагулопатик қон кетиши – ТИКИ (Т-тромб)

Туғруқдан кейинги даврда 500 мл дан ортик қон кетиши туғруқдан кейин қон кетиш (ТКҚК) деб қабул қилинган. Лекин бунда муаммолар туғилади:

одатда йўқотилган қон миқдорини кўпинча қамайтириб баҳоланади, баъзи ҳолларда асл йўқотилган қоннинг ярми кўрсатилади. Қон амниотик суюқлик ёки сийдик билан аралашиб кетиши мумкин. У тампонларга, сочик, чойшабларга, лоток ва полга тушиши мумкин;

аниқ йўқотилган қон ҳажми аёл гемоглобинининг аслидаги миқдори-га боғлиқ. Гемоглобини нормал аёллар қон кетишига бардошли, камқон аёлларда эса бу ҳолат ҳавфли оқибатларга олиб келади, қон кетиши секин- асталик билан бир неча соатлаб давом этиши, бу ҳолат сезилмаслиги ва аёл бирданига шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин.

Анемия бўлмаган ҳатто соғлом аёлларда ҳам кучли қон кетиш бошла-ниши мумкин.

Аёлларда ТКҚК ҳавф омилларини антенатал даврда ҳар доим ҳам баҳолаб бўлмайди. Барча аёлларда III даврни фаол олиб бориш бачадон атониясининг олдини олиб, қон кетишини қамайтиради. Ҳамма туғает-тан аёллар ТКҚКни аниқлаш учун қаттиқ кузатувда бўлишлари керак.

Муаммолар.

- Туғруқдан кейин биринчи 24 соат ичида қиндан қон кетишининг кўпайиши (эрта ТКҚК).

- Туғруқдан 24 соатдан кейин қиндан қон кетишининг кўпайиши (кеч ТКҚК).

Қон кетишининг секин давом этиши ва бирданига кетиши зудлик би-лан тадбирлар олиб боришни талаб қилади. Аралашувларни дарҳол ва фаол олиб бориш зарур.

Гипотоник қон кетишни келтириб чиқарувчи сабаблар:

1. Узоқ давом этган оғриқли туғруқ натижасида организм ва МНС чарчаши.

2. Ҳомиладорликнинг 2 ярми гипертензия ҳолатлари, гипертония касаллиги

3. Бачадон анатомик нуқсонлари: бачадон ривожланиш нуқсонла-ри, бачадон миомаси, ўтказилган яллиғланиш касалликлари, кўп сонли абортлар.

4. Бачадоннинг функционал етишмовчилиги: кўп сувдилик, кўп ҳо-милалик натижасида бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши

5. Плацентанинг олдинда келиши ёки паст жойлашиши

Асосий даволаш

- Ёрдамга чакиринг. Бўш ходимларнинг ҳаммасини жалб қилинг.

- Аёлнинг аҳволига баҳо бериш учун асосий кўрсатмаларни, яшаш учун зарур функциялар фаолиятини тезлик билан баҳоланг, (пульс, арте-риал қон босими, нафас олиши, тана ҳарорати).

° Агар шок тахмин қилинса, уни дарҳол даволашга киришинг. Шок-нинг белгилари ҳали кўринмаса ҳам аҳволи тез оғирлашиб қолишини ҳисобга олиб, аёлнинг аҳволини келгусида баҳолашда уни ёдда тутинг.

Агар шок ривожланаётган бўлса, даволашни зудлик билан бошлаш зарур (22.1.-жадвал).

22.1.-жадвал

Йўлдош ажралиши билан ТҚҚК беморларда ўтказиладиган чора-тадбирлар

Таъминланг:	Қўланг:
Бачадон қисқаришини	Массаж. Бачадонни бимануал ком-прессияеи, агар зарур бўлса, окситоцин қайта юбориш
Сийдик қонини бўшатинг	донкий катетер
Қон айланishi ҳажмини	
Инфекциядан ҳимоя	Кенг қўламдаги антибиотиклар
Ҳолатини кузатинг	Тери қонимлари рангини умумий баҳоланг, пульс, қон босими, қон кетини ҳажми, ж - ҳуши дариясиен
Беморга ястқ режим	Кўрна
Аниқ ёзувлар	Ёзувлар ва жадваллар
Қон беринга тайёр қариндошларини ча қириш (аёлга қариндошлари ҳамроҳ бўлишлари керак)	

• Бачадоннинг яхши қисқариши учун ҳалақит берадиган қон ва қон лахталарини олиб ташлаш учун бачадонни ташқаридан массаж қилинг, улар бачадон қисқаришини секинлаштиради.

- 10 бирлик окситоцинни м/о га юборинг.
- т/ига эритмалар юборишни бошланг.
- Сийдик пуфагини катетеризация қилинг.

Йўлдошнинг ажралганига ва унинг бутунлиги, қолдиқлар қолмагани-га ишонч ҳосил қилинг.

Бачадон бўйнини, қин ва оралиқда ёриқлар, йиртиқлар йўқлигини текшириб кўринг. Темир препаратларини (60 мг дан) фолат кислота билан (400 мкг) дан 1 марта 6 ой беринг.

Қонни тўхтатиб бўлганингиздан кейин (қонни тўхтатгандан 24 соатдан кейин) анемияси борлигини билиш учун гемоглобин ва гематокритга текширинг:

Агар гемоглобиннинг миқдори 70 г/л дан паст ёки гематокрит 20% дан паст бўлса: (анемиянинг оғир даражаси) 3 ойга темир препаратларни (100 мг дан оғизга) фолат кислота билан (400 мкг дан) қунига 1 марта беринг; 3 ойдан сўнг темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой бериб муолажани давом эттиринг.

Агар гемоглобин миқдори 70-110 г/л бўлса, темир препарат билан (60 мг дан) фолат кислотани (400 мкг дан) 1 мартадан 6 ой беринг.

Тутруқдан кейин қиндан қон кетишининг диагностикаси

Мавжуд симптомлар, бошқа симптом ва белгилар	Баъзида учрайдиган симптом ва белгилар	Тахминий диагноз
● ЭртаТҚҚК ● Бачадон юмшоқ, қисқармайди ● ЭртаТҚҚК	● Шок	Бачадон атонияси
● Тутруқдан 30 минутдан сўнг йўлдош ажратмаяпти	● Йўлдош бутун ● Бачадон	Бачадон бўйни, қин ва оралиқ
● Йўлдошнинг оналик томонида етишмовчилик ёки пардаси йиртилган жойда очиқ, қон томирлар	● ЭртаТҚҚК ● Бачадон қисқарган	Йўлдош ажралишининг кечикиши
● Қоринни пальпация қилиб бачадон тўбини аниқлаб бўлмайди ● Енгил ёки кучли оғриқ	Қиндан кўришиб турган бачадоннинг ағдарилиб қолиши ● Эрта ТҚҚК	Бачадоннинг ағдарилиб қолиши
● Тутруқдан сўнг 24 соатдан кейин қон кетиши ● Бачадон юмшоқ ва муддатига нисбатан катта	Турлича тезликда қўланса ҳидли қон кетилиши (енгил ва кучли, давомли ёки помунтазам) ● Анемия	Кечки ТҚҚК
● Эрта ТҚҚК (қорин бўшлиғига ёки қин орқали қон)	● Шок ● Қорин	Бачадон ёрилиши
● Қоринда кучли оғриқ (бачадон ёрилгандан сўнг камайиши)	● Онда қон томир урилиши тезлашган	

Даволаш.**Бачадон атонияси:**

Атонияли бачадон тутруқдан кейин қисқара олмайди

- Бачадонни массаж қилишни давом эттиринг
- Утеротоник препаратлардан бирга ёки кетма-кет фойдаланинг

(22.3.-жадвал).

Гемотрансфузияни заруриятга кўра ва керак бўлса қуйинг.

- Агар қон кетиши давом этаётган бўлса:

йўлдошни яна бир бор бутунлигини текшириб кўринг;

- агар бачадонда йўлдош фрагментлари қолган бўлса (она томонидан бўлақлар етишмовчилиги ёки парда йиртилиши оқибатида очилиб қолган томирлар), қолиб кетган тўқималарни олиб ташланг.

Утеротоник препаратларни фойдаланиш

0 қоннинг ивишини кроват олди тести билан текшириб кўринг. Қоннинг секин иви-ши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивися ва тез бузилиб кетса, коагулопатия-ни тахмин қилиш зарур.

	Окситоцин	Эргометрин (метилэргометрин)	15 метил - простагландин F2
Ишлатиш йўли ва дозаси	В /иға: 1 эритмада 20 бирлики эритиб, 1 дақиқада 60 томчида юборинг 10 бирлик м/о	М/оға ёки в/иға (секин-аста): 0,2 мг дан	М/о га: 0,25 мг дан
Ушлаб турувчи доза	В /иға: 1 эритмада 20 бирлик окситоцинини эритиб, 1 дақиқада 40 томчида юборинг	М/о га 0,2мгдан ҳар 15 дақиқада қайтаринг Заруриятта қариб *қариб 0,2 мг дан м/о ёки в /и (секин-аста) ҳар 4 соатда	0,25 мг ҳар 15 дақиқада
Максимум доза	Таркибда окситоцин бўлган эритмани 3 л дан ортиқ қўймастик	5 доза (умумий дозаси 1,0 мг)	8 доза (умумий доза 2 мг)
Оғоҳлантириш Моментлари	в/иға шприц билан юборманг	Прееклампсия, гипертензия, юрак хасталиклари	Астма

- * Олиб борилаётган тadbирларга қарамай қон тўхтамаса:
- * бачадонни икки қўллаб босинг (22.4.-расм) :



22.4.-расм. Аорта-
ни босиш ва a.femo-
ralis да пульсация-
ни аниқлаш.

стерил қўлқопларни кийиб, қўлни мушт қилиб,
бачадон ичига киритинг.

муштни олдинги гүмбазга қўйинг ва у билан қо-
риннинг олдинги деворига босинг;

бошқа қўл билан бачадонни орқасини қорин то-
мондан бачадоннинг орқа деворига куч ишлатиб
босинг;

* бачадон қисқаришни бошламагунча ва қон
тўхтамагунча босишни давом эттиринг.

* Шундай йўл билан аортани ҳам қисиш мумкин
(22.4.-расм).

* Қўлни мушт қилган ҳолда пастга қараб қорин-
нинг олдинги деворидан босинг;

* Босиш нуқтаси киндикдан юқори ва чапроқда;

* Аорта пульсациясини туғруқдан кейинги эрта
даврда қориннинг олдинги деворидан пайпаслаб би-
лиш мумкин;

* Бошқа қўлингиз билан яхши босганингизни

аниклаш учун

а. Femoralis пульсациясини текшириб кўринг.

Агар босганингизда пульс пайпасланса, мушт билан босганингиз етарли эмас;

- Агар пульс пайпасланмаса, етарли;

• Қон тўхтамагунча мушт билан босишни давом эттиринг;

• Агар босишингизга қарамай, қон кетиши давом этаверса:

° бачадон ва бачадон тухумдон артерияларини бойланг.

° агар бойлаганингиздан кейин ҳам ҳаёт учун хавфли қон кетиши давом этса, у ҳолда субтотал гистерэктомия қилинг

Бачадон бўйни, қин ва оралиқнинг йиртилиши.

Туғруқ йўлларининг йиртилиши ТКҚК да иккинчи асосий сабабдир. Улар кўпинча бачадон атонияси билан бирга келади. Бачадон қисқарганда туғруқдан кейин қон кетиши одатда бачадон бўйни ёки қиннинг ёриқлари йиртилиши туфайли бўлади.

Аёлни синчиклаб текширинг ва бачадон бўйни ва қин, оралиқларнинг ёриқларини тикланг.

Агар қон кетиши давом этаверса, кроват ёнидаги тестдан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Йўлдош қисмларининг ушланиб қолиши.

Йўлдош қисмлари ушланиб қолганда қон кетиш кузатилмаслиги мумкин.

Йўлдош қисмлари — битта ёки ундан ортиқ бўлақлари бачадон ичида ушланиб қолса, бу унинг яхши қисқаришига тўсқинлик қилади.

Бачадон бўшлиғини яхшилаб бўлақлари қолиб кетганини кўришга текширинг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишида бажариладиганга ўхшаш бўлади.

Йўлдош фрагментларини қўл, қориндаги қоринчанг ёки катта кюретка билан олиб ташланг.

Эслатма: Агар тўқима жуда қаттиқ ёпишган бўлса, бу йўлдошнинг чин ёпишиб қолиши ҳисобланади. Қийин ажралаётган йўлдошни ажратиш харакатлари кўп қон кетиб қолишига ёки бачадоннинг перфорациясига олиб келади. Бундай асоратларда гистерэктомия қилиш зарур бўлади.

• Агар қон кетиши давом этаверса, кроват олди тестидан фойдаланиб, қоннинг ивишини текширинг. Қоннинг секин ивиши (7 минутдан кўпроқ) ёки қон юмшоқ ивиса ва тез бузилиб кетса, коагулопатияни тахмин қилиш зарур.

Бачадоннинг ағдарилиб қолиши

Йўлдош ажралаётган вақтда бачадон ичидан ташқарига ағдарилиб қолса, бачадоннинг ағдарилиб қолиши дейилади. Бачадоннинг репозицияси дарҳол бажарилиши лозим. Вақт ўтиши билан ағдарилиб қолган бачадон атрофидаги айлана таранглашиб, бачадоннинг ичи эса қонга тўлиб қолиши мумкин.

Эслатма: Бачадоннинг ағдарилиб қолишини коррекция қилмагунча, утеротониклар ишлатманг.

Бачадонни коррекция қилиб бўлгандан сўнг, антибиотиклар юборинг.

- ампициллин 2 г в/и га ва метронидазол 500 мг в/и га;

- ёки цефазолин 1 г в/и га ва метронидазол 500 мг в/и га;

Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажрамаларнинг ҳиди сассиқ) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг.

Агар некрозга шубҳа қилсангиз қин соҳасидан гистерэктомия қилинг. Бу аёлни махсус марказга олиб ўтишни талаб этади.

Туғруқдан кейин кеч («иккиламчи») қон кетиши.

- Агар оғир анемия (гемоглобин 70 г/л ёки гематокрит 20% паст) бўлса қон қуйинг ва темир препаратларини ва фолат кислота беринг.

- Агар инфекциянинг белгилари бўлса (тана ҳарорати баланд, қиндаги ажралмаларнинг ҳиди сассиқ) худди метритдаги сингари антибиотиклар буюринг. Кеч ёки чўзилган ТККК метритнинг белгиси бўлиши мумкин утеротониклар беринг.

Агар бачадон бўйни очик бўлса, қўл билан бачадонни текшириб, бўшлиқдан қон лахталари ва йўлдошнинг фрагментларини олиб ташланг. Бачадонни қўл билан текшириш техникаси йўлдошнинг ушланиб қолишидаги каби бажарилади.

Агар бачадон бўйни ўз холига қайтган бўлса, унда бачадон бўшлиғидаги йўлдошнинг қолдиқларини эвакуация қилинг.

Баъзи ҳолларда қон кетиши давом этса, бачадон ва бачадон-тухумдон артерияларини бойланг ёки гистерэктомия қилинг.

Трофобластик касаллик йўқлигини текшириш учун иложи бўлса, бачадон ичидан қириб олинган нарсаларни ёки гистерэктомия қилинган материални гистологик текширувга беринг.

Амалий кўникмалар.

1. Йўлдошни қўл билан ажратиш

Тайёргарлик.

1. Керакли асбобларни тайёрлаш.
2. Беморга муолажа ҳақида тушунтиринг. Уни даққат билан эшитинг, саволларига жавоб беринг, уни тинчлантиринг.

3. Бутун муолажа вақтида беморни эмоционал қўллаб-қувватланг.

4. Бемордан сийдик қопини бўшатишни сўраймиз ёки унга катетер кўямиз.

5. Анестезия қиламиз.

6. Антибиотик профилактик дозасини юборамиз.

7. Қўлни ювамиз ёки антисептик эритма билан қўлни артамиз ва стерилланган қўлқоп ёки чуқур дезинфекцияланган қўлқоп киямиз.

Муолажа.

1. Пинцет билан қиндик халқасини ушланади ва секин уни тортилади.
2. Бир қўлимизни бачадон бўшлиғига киритамиз ва йўлдош ёпишган жойни топамиз.

3. Иккинчи қўлимизни қорин деворига қўйиб контракция қилиб ушлаймиз.

4. Бачадондаги қўлимизни секин-аста аррасимон ҳаракатлар билан йўлдошнинг ёпишган жойларини кўчирамыз, бачадон деворидан йўлдошнинг ҳамма қисмлари ажралмагунча давом эттирамыз.

5. Бачадон бўшлиғидан қўлимизни оламыз, бачадон тубини босишни давом эттирамыз (контракция).

6. Томир ичига окситоцин юборамиз.

7. Қон кетиш профилактикаси учун бачадон тубини ташқи укалай-мыз.

8. Агар кўп микдорда қон кетса метил эргометрин мушак орасига ёки простагландин юборилади.

9. Йўлдош она томонини яхшилаб кўздан кечирилади, унинг бутунлигига ишонч ҳосил қилинади.

10. Бачадон бўйни ва кинни кўздан кечирамыз.

Муолажадан кейин.

1. Қўлқоп ечишдан олдин ишлатилган материалларни контейнер ёки пластик қопга солинади.

2. Ишлатилган шприцлар ва игналарни тешилмайдиган контейнерга солинади.

3. Қўлқоп ечилади ва 0,5% хлорли оҳакка солинади.

4. Қўлларни яхшилаб ювилади, бачадон қисқараётганлигини кузата-мыз.

5. Туғруқ тарихига ёзилади.

2. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш

1. Керакли жиҳозларни тайёрланг

2. Аёлга (ва унинг яқинларига) қилинадиган муолажани тушунтиринг, унга диққат билан қулоқ солинг, саволларига жавоб беринг, тинчланти-ринг.

3. Аёлдан сийдик копини бўшатишини сўранг ёки катетерланг.

4. Анестезия қилинг.

5. Антибиотикнинг профилактик дозасини юборинг.

Муолажа

1. Қўлларни яхшилаб ювиб ёки антисептик эритма билан ишлов бериб стерил ёки ЧД қўлқопни кийинг.

2. Қорин олди деворига стерил салфеткани чап қўл билан қўйинг.

3. Бир қўлни бачадон бўшлиғига киритинг.

4. Иккинчи қўлингиз билан бачадон тубини қорин девори орқали уш-лаб олинг.

5. Бачадон бўшлиғидаги қўлни секинлик билан аррасимон ҳаракат қи-либ бачадон бўшлиғидан йўлдош қолдиқларини ажратинг.

6. Бачадон бўшлиғидан йўлдош қолдиқларини ҳаммаси ажрагандан сўнг қўлни қон қуйқалари ва қолдиқлари билан бирга бачадон бўшлиғи-дан чиқаринг, бачадон тубини босишни давом эттиринг.

7. Томир ичига окситоцин киритинг.

8. Қон кетишини профилактикаси учун бачадон тубини ташқи массаж қилинг.

9. Агар кўп миқдорда қон кетса т/и метилэргометрин ёки простагландинлар юборинг.

10. Аёлни кўзгуда кўринг ва бачадон бўйнини ёки кинни барча йиртилишларини тикланг.

Муолажани ўтказгандан кейинги вазифа.

1. Қўлқопларни ечишдан олдин ишлатилган материалларни тешилмайдиган контейнерга ёки пластик қопга ташланг.

2. Ишлатилган шприц ва игналарни тешилмайдиган контейнерга ташланг.

3. Бир марталик қўлқопларни ечинг ва тешилмайдиган контейнерга ташланг ёки агар улар кўп марталик бўлса уларни 0,5% хлор эритмасига солиб қўйинг.

4. Қўлларни яхшилаб ювинг.

5. Қон кетишини кузатинг, аёлда ҳаётий муҳим аъзолар кўрсаткичларини аниқланг ва бачадонни яхши қисқарганлигига ишонч ҳосил қилинг.

6. Касаллик тарихига ёзиб қўйинг.

3. Қорин аортасини босиш

1. Киндикдан озгина чапга ва юқорига қўлингизни мушт қилиб қўйинг.

2. Қорин аортасини бевосита қорин девори орқали босинг.

3. Иккинчи қўл билан а. femoralis (сон артерияси)ни пайпаслаб босиш даражасини аниқланг.

4. Қон кетиши тўхтагунча босишни давом эттиринг, бачадон қисқаришини ва вагинал қон кетишини кузатиб туринг.

4. Бачадонни бимануал босиш

Тайёргарлик.

1. Аёлга муолажа ҳақида тушунтиринг, уни диққат билан эшитинг.

2. Аёлни эмоционал қўллаб-қувватланг.

3. Индивидуал ҳимоя воситаларини кийинг.

Бимануал босиш.

1. Қўлларни ювинг ва чуқур зарарсизлантирилган дезинфекцияланган ёки стерил қўлқоп кийинг.

2. Ташқи жинсий аъзо ва ораликни артиб тозаланг.

3. Бир қўлингизни мушт қилиб кин олдинги гумбазига киритинг ва бачадон олдинги деворини босинг.

4. Бошқа қўлингизни қорин устидан бачадонни орқасидан ушланг, қоринни шундай босингки, бачадон орқа деворини симфиз томонга итаринг.

5. Қон кетиш тўхтагунча ва бачадон қисқаргунча давом эттиринг.

Муолажадан кейин.

1. Қўлқоп ечишдан олдин ишлатилган материалларни контейнер ёки пластик қопга солинади.

2. Қўлни яхшилаб ювинг.

3. Қиндан қон кетиши ва аёлнинг ҳаёт кўрсаткичларини кузатинг, ба-

чадон яхши қисқарганлигига ишонч ҳосил қилинг.

Масалалар.

1. Ҳомиладор аёл 21 ёш, биринчи туғруқ, туққандан сўнг 15 дақиқадан кейин йўлдош ажралди ва туғилди. Парда ва бўлаклари ҳаммаси бутун. Қон кетиш кузатилди.

I. Қон кетишнинг сабаби нима ҳисобланади?

А. Бачадон гипотонияси.*

Б. Нормал йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиши.

В. Туғруқ жароҳати.*

Г. Клитор варикоз кенгайган веналарининг ёрилиши.

Д. Йўлдошнинг дефекти.

2. Биринчи ҳомиладор аёл туғруқнинг иккинчи даврида келди. Йўлдош туғилгандан сўнг қон кетиш кузатилди. Қон кетишнинг сабаби нима ҳисобланади?

А. Туғруқ йўллари юмшоқ тўқимасининг йиртилиши.*

Б. Плацентанинг пастда жойлашиши.

В. Қон ивиш тизимининг бузилиши.*

Г. Йўлдош дефекти.*

Д. Бачадон гипотонияси.*

3. 29 ёшли ҳомиладор аёлда шиддатли туғруқ бўлди. Учинчи давридан кейин кўп қон кетиш кузатилди. Йўлдош ва юмшоқ тўқималари бутун. Утеротониклар юборилди, қон кетиш давом этаяпти.

I. Қандай диагноз қўясиз?

А. Бачадон атонияси.*

Б. Бачадон гипотонияси.

В. Клитор ёрилиши.

Г. Қин орқа девори ёрилиши.

Д. Бачадон ёрилиши.

II. Сизнинг кейинги тактикангиз?

А. Бачадонни мушт билан массажи.

Б. Ампутация.

В. Экстирпация.*

Г. Параметрийни клеммалаш.

Д. Бачадон бўйни йиртигини тикиш.

4. 30 ёшли И. исмли ҳомиладор аёл туғруқхонага II давр охирида келтирилди. Анамнезида 1 туғруқ ва 4 сунъий аборт, охиргиси бачадон деворларини қайта кириш билан асоратланган. Ушбу ҳомиладорлик 6. I соатдан сўнг тирик етилган қиз туғилди, вазни 3500, узунлиги 50 см, Ангар шкаласи бўйича 8/9 балл. III даврда йўлдош ажралиш белгилари бўлмасдан, қон кетиш кузатилганлиги сабабли бачадон бўшлиғи ва деворлари қўл билан текширилди ва плацентанинг қисман чин ўсганлиги

аникланди.

I. Сизнинг диагнозингиз?

A. Плацентанинг ўсиб кириши.*

Б. Бачадон атонияси.

В. Бачадон гипотонияси.

Г. Плацента дефекти.

Д. Коагулопатик қон кетиш.

II. Олиб бориш тактикангиз:

A. Ампутация.

Б. Экстирпация.*

В. Аортани мушт билан босиш.

Г. Консерватив олиб бориш.

Д. Спазмолитиклар.

5. А. исмли ҳомиладор аёл акушерлик клиникасига фаол кучаниқлар билан келтирилди. 4 та ҳомиладорлик бўлган, 1 та нормал туғруқ билан яқуиланган, қолганлари аборт. Туғруқхонага келгандан 30 мин. дан сўнг етилган тирик ўғил туғилди, вазни 4200. 30 мин. ичида плацентанинг кўчиш белгилари йўқ. Қон кетиш йўқ.

I. Тахминий диагноз?

A. Плацентанинг зич ёпишиши.*

Б. Йўлдошнинг қисилиши.

В. Бачадон гипотонияси.

Г. Бачадон ёрилиши.

Д. Бачадон атонияси.

II. Кейинги тактика?

A. Бачадон ампутацияси.

Б. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш.*

В. Утеротониклар юбориш.*

Г. Туғруқдан кейинги палатага кўчириш.

Д. Қорин пастига муз ва юк қўйиш.

6. Ҳомиладор аёл туғруқнинг учинчи даврида, туғруқ 10 мин. олдин бўлиб ўтди. Етилган тирик ўғил туғилди, 3700. Чукалов-Кюстнер белгиси мусбат. Қиндан тўқ қоли ажралма кам миқдорда келаяпти.

I. Нима қилиш керак?

а. Метилэргометрин юбориш.

б. Йўлдошнинг мустақил туғилишини кутиш.

в. Йўлдошни қўл билан ажратиб олиш.

г. Ташқи усуллар билан йўлдошни туғдириб олиш.*

д. Қорин пастига муз қўйиш.

7. 30 ёшли қайта туғувчи тиббиёт марказида етилган тирик чақалоқ туққан, вазни 4,2 кг. Бола туғилгандан сўнг унга 0,2 мг Эргометрин юборилган. Плацента 5 мин.дан сўнг асоратсиз ажралди, қон кетиш тўхтамади. Томир уриши 88та мин., АҚБ 110/80 мм.сим.уст. Бачадон қисқарган ва каттиқ. Плацента бутун.

I. Тахминий диагноз.

- А. Туғрук йўллари йиртилиши.*
- Б. Гипотоник қон кетиши.
- В. Коагулопатик қон кетиши.
- Г. Бачадоннинг ёрилиши.
- Д. Йўлдош қисмларининг бачадонда қолиши.
- II. Шифокор тактикаси.
- А. Метилэргометрин юбориш.
- Б. Йўлдошнинг мустақил туғилишини кутиш.
- В. Йўлдошни қўл билан ажратиш олиш.
- Г. Ташқи усуллар билан йўлдошни туғдириб олиш.
- Д. Туғрук йўллари кўриб текшириш, йиртилган аъзоларни чоклаш.*

8. 34 ёшли В. исмли ҳомиладор аёл туғруқхонага туғруқнинг 1 даврида келтирилди. Мазкур ҳомиладорлик учинчиси, асоратсиз кечган. Биринчи 2 та ҳомиладорлик аборт билан яқунланган. Туғруқхонага келгандан 3 соатдан сўнг тирик етилган киз туғилди. Бола туғилгандан 10 мин.дан сўнг кучаниқсимон оғриқлар пайдо бўлди, бир вақтнинг ўзига 400 мл қон кетди. Бачадон киндик соҳасида шарсимон. Плацентанинг кўчиш белгилари мусбат.

- I. Диагноз
- А. Йўлдош қисилиши.*
- Б. Плацентанинг зич ёпишиши.
- В. Бачадон гипотонияси.
- Г. Бачадон ёрилиши.
- Д. Бачадон атонияси.
- II. Олиб бориш тактикаси.
- А. Окситоцин юбориш.
- Б. Утеротониклар юбориш.
- В. Наркоз.*
- Г. Бачадон ампутацияси.
- Д. Йўлдошни қўл билан ажратиш.*

9. К. исмли 26 ёшли ҳомиладор аёл тез ёрдам машинасида туғруқнинг 2 даврида туғруқхонага келтирилди. 15 мин.дан сўнг туғруқ содир бўлди. Туғруқдан 10 мин. кейин туғруқ йўлларида қўп қон кетиш кузатилди. Бачадон зич, думалоқ шаклда. Плацентанинг ажралиш белгилари манфий. Қон кетиш миқдори 400 мл ва давом этмоқда.

- I. Тактика:
- А. Окситоцин юбориш.
- Б. Бачадон ташқи массажи.
- В. Йўлдошни қўл билан кўчириш ва ажратиш.*
- Г. Сийдик пуфагини катетеризацияси.
- Д. Қорин пастига муз қўйиш.

II. Асоратнинг келтириб чиқарган сабаб нима?

- А. Туғруқдан олдин сув кетиши.
- Б. Туғруқнинг 3-даврining нораціонал олиб борилиши.*
- В. Туғруқда спазмолитик қўллаш.
- Г. Қўп марта қин текшириш ўтказиш.
- Д. Ҳомила юрагини тез-тез эшитиш.

10. Туғруқдан кейин эрта чилла даври. Қон кетиши 250 мл, қон кетиши давом қилаяпти. Бачадон туби киндик соҳасида, юмшоқ. Ташқи массаждан кейин бачадон қисқарди, лекин яна бўшабди. Кетган қон миқдори 400 мл, аёлнинг рангги оқарган, боши айланаяпи. АҚ/Б- 90/50 мм сим. уст., пульс 100 марта минутага.

А. Диагноз.

А. Бачадон гипотонияси.*

Б. Бачадон атонияси.

В. Туғруқ йўллари жароҳати.

Г. Бачадон ёрилиши.

Д. Коагулопатик қон кетиши.

Тактика.

А. Бачадон ичини қўл билан текшириш.

Б. Бачадон ташқи массажини давом қилиш.

В. Бачадонни қисқартирувчи дорилар юбориш.

Г. Сийдик қопини катетеризация қилиш.

Д. Қорин пастига муз қўйиш.

12. Биринчи ҳомиладор аёл туғруқнинг иккинчи даврида келди. Йўлдош туғилгандан сўнг қон кетиш кузатилди.

А. Қон кетипнинг сабаби нима ҳисобланади?

А. Туғруқ йўллари юмшоқ тўқимасининг йиртилиши.*

Б. Плацентанинг пастда жойлашиши.

В. Қон ивиш тизимининг бузилиши.*

Г. Йўлдош дефекти.*

Д. Бачадон гипотонияси.*

Б. Туққан аёлда оралиқнинг III даражали йиртилиши. Тактикангиз?

А. Оралиқни тикиш.*

Б. Лапаротомия.

В. Гемотрансфузия.

Г. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш.

Д. Гистероскопия.

ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. “Акушерликда қон кетиш” тушунчасига нима қиради?

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида пайдо бўладиган қон кетиши.

Йўлдош олдинда келишида пайдо бўладиган қон кетиши.

Туғруқнинг 3-даврида ва эрта чилла даврида қон кетиши.

2. Йўлдош ва қисмларининг бачадон ичида қолиб кетганида қўлланиладиган чоралар?

Бачадонни қисқартирувчи воситалар инъекцияси.

Йўлдошни Абуладзе, Креде-Лазаревич усули бўйича туғдириб олиш.

Йўлдошни қўл билан ажратиш ва олиш.

3. Йўлдош қаттиқ бирикишининг 3 та сабабини кўрсатинг:

Яллиғланиш, чандиқли ўзгаришлар, ўсмалар, ривожланиш нуқсонлари туфайли бачадон деворининг ўзгариши.

Йўлдошдаги ўзгариш, сурункали инфекция, токсикозлар, муддатидан

ўтган ҳомиладорлик.

Хорион ферментатив хусусиятининг бузилиши.

4. Йўлдош патологик ёпишганида қандай муолажа ўтказиш зарур:

Йўлдошни қўл билан кўчириш ва ажратиш.

Чин ва тўла бириккан йўлдошда лапаротомия қилиб бачадонни олиб таплаш.

Бир вақтнинг ўзида анемияга қарши чора-тадбирларни олиб бориш.

5. Туғруқни 3-ва илк чилла даврида қон кетишининг 4 та сабабини айтинг:

Бачадон бўшлиғида йўлдош қисмларининг қолиб кетиши.

Бачадон гипотонияси.

Бачадон атонияси.

Туғруқ йўли юмшоқ тўқималари жароҳати.

6. Бачадон гипо - ва атониясини келтириб чиқарувчи 5 та сабабини кўрсатинг:

МНС ва организмнинг толиқиши, туғруқ фаолиятининг сустлиги.

Ҳомиладорлик токсикозлари.

Бачадоннинг анатомик етишмовчилиги: ривожланиш аномалиялари, миомалар, бачадон чандиқлари ва бошқ.

Бачадоннинг функционал етишмовчилиги: бачадоннинг чўзилиб кетиши (йирик ҳомила, қўл сувлилиқ).

Болалик жойининг олдинда ёки пастда жойлашуви.

7. Бачадон гипотониясининг 4-та белгисини кўрсатинг:

Бачадондан қон бир тўхтаб, бир кетади.

Пайпаслаганда бачадон катталашган, бўшашган.

Бачадон механик, термик ва медикаментоз таъсирга жавоб беради.

Ташқи массажда озгина қисқаради, сўнгра яна бўшашади.

8. Қон кетишини тўхтатиш учун қандай 5 та муолажа қилиш зарур:

Сийдик пуфагини катетер билан бўшатиш.

Бачадонни ташқи массаж қилиш.

Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш ва мушт устида массаж қилиш.

Бачадонни қисқартирувчи воситалар қилиш.

Ўтказилган терапия ёрдам бермаса, лапаротомия-бачадон томирларини боғлаш, бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси.

9. Қон кетиш кучи қандай 3 сабабга бўлиқ, нормада қанча бўлиши керак?

Йўлдош кўчган қисми ҳажмига.

Йўлдошнинг бириккан жойига.

Кетган қон тана оғирлигининг 0,5% дан ошмаслиги керак.

10. Йўлдош чин ёпилишининг 3 турини айтинг?

Placenta accreta.

Placenta increta.

Placenta percreta.

11. Туғруқнинг III ва илк чилла даври патологияси сабабларининг 3 асоий гуруҳини айтинг?

Бачадон мушак ва нерв элементларидаги дистрофик ўзгаришлар метаболизмининг бузилиши ва бачадон нуқсонли ривожланганлиги сабабли унинг қисқариш қобилятининг бузилиши.

Шифокорнинг нотўғри, ўринсиз ҳаракатлари, утеротоникларни дозасини кўп бериб юбориш, асоссиз бачадонни тапши массаж қилиш.

Креде буйича ажралмаган йўлдошни ажратишга уриниш, йўлдошни чиқазиш учун киндикдан ушлаб тортиш.

Катта ҳомила, эгиз ҳомила, кўпсувликда бачадоннинг чўзилиб кетганлиги.

12. Ажралган йўлдошнинг бачадонда сиқилиб қолганлигининг 3 белгиси?

Йўлдош ажралганлик белгилари мавжудлиги.

Йўлдошни ажратиш усуллари санаб беринг.

Бачадон мускулатурасининг унинг пастки сегментида сиқилиб қолиши (қўл билан кириб бўлмайд).

13. Йўлдош патологик ёпишишининг 4 асосий белгисини айтинг.

Йўлдош ажралганлик белгилари бўлмаслиги.

Бачадон пайпаслаганда гипотоник.

Бачадондан қон кетиши.

Йўлдошни ажратиш усуллари самарасиз.

14. Атоник қон кетишга нима хос?

Кўп миқдорда қон кетиши.

Бачадон атоник.

Бачадон механик, медикаментоз ва бошқа таъсирларга жавоб бермайди.

15. Илк чилла даврида патологик қон йўқотилганда 3 тадбирни айтинг:

Утеротоник воситаларни қўллаш.

Бачадон ичини қўл билан текшириш ва бачадонни муштумда уқалаш. қон ва қон ўрнини босувчи суюқликларни томирга юбориш.

16. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш, муштда уқалаш ва утеротоник воситалар юборишга қарамасдан бачадонни гипотоник қон кетиш давом этса, қанақа 4 кетма-кет тадбирлар қўлланилади?

Жарроҳликка тайёрлов пайтида, Бакшеев бўйича клемма қўйиш.

Бачадон бўйнини электростимуляция қилиш (аппарат мавжуд бўлса).

3 жуфт магистрал томирларни боғлаш.

Бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси.

17. Қон йўқотиш миқдорини аниқлашнинг 5 усулини айтинг?

Жинсий йўллардан чиқаётган қон, идишга йиғиб ҳажмини аниқлаш усуллари.

Қон шимдирилган тагликларни ўлчаш.

Аёл вазнига нисбатан фоизда ўлчаш усули.

Вена қони ва плазманинг нисбий оғирлигини аниқлаш.

Спектрофотометрик.

18. Қон йўқотганда қанақа 2 клиник ҳолат ривожланади:

Компенсация ҳолати.

Декомпенсация ҳолати.

19. Организмни компенсация билан таъминловчи 4 механизмини айтинг:

Суюқликни тўқималардан томир ичига оқиб тушиши.

Йиғилган қонни талок, жигар, бачадон ва бошқа органлардан мобилизацияси

Томирларнинг фаол қисқариши – спазм.

Юрак ишининг ўзгариши (тезлашиш, дақиқа ҳажмининг ўзгариши).

20. Қон йўқотишда организмни компенсация механизми пасайишига олиб келувчи 6 омилини санаб ўтинг?

Жисмоний ва психик зўриқиш.

Совуқ қотиш.

Ҳомиладорликдаги гипертензия ҳолатлари.

Туғруқ жароҳати.

Оғриқнинг таъсири.

Озиқланишнинг бузилиши.

21. Қон кетиши билан курашишнинг 2 асосий йўналишини айтинг:

Қон кетишни тўхтатиш;

Беморни геморрагик шокдан чиқариш.

22.3. АКУШЕРЛИКДА ГЕМОРРАГИК ШОК

Мақсад. Геморрагик шок босқичлари ва унга қарши кураш чоралари, ТТИҚИ-синдром тушунчаси, даволаш ва олдини олиш усулларини билиш.

Режа.

1. Акушерликда қон кетишининг учраши.
2. Патологик қон кетишининг сабаблари.
3. Геморрагик шок тўғрисида тушунча.
4. Қон йўқотишнинг оғирлик даражалари.
5. Геморрагик шок ривожланишининг босқичлари ва белгилари.
6. Геморрагик шокни ташхислаш.
7. Тарқалган томирлар ичида қон ивиш синдроми.
8. Даволаш тамойиллари.

Ҳар йили бутун дунёда 127000 аёл қон кетиш сабабли ҳаётдан кўз юмади. Булар оналар ўлимининг 25% ни ташкил этади. Россияда оналар ўлимининг 42% - қон кетишлардан келиб чиқади. Оналар ўлимига олиб келадиган қон кетишлар кўпинча гипертензив синдромлар (58%) ва экстрагенитал патологияси сабабли (59%) ривожланади. Шу билан бирга қон кетиши туғруқ асоратларининг 25% ида ягона сабаб бўлади.

22.3.1. АСОСИЙ ОМИЛЛАР

1. Оилавий поликлиникада аёлнинг ҳомиладорлик даврида етарлича текширилмаганлиги.

2. Аҳволи тўғри баҳоланмаганидан.

3. Интенсив терапия етарлича кўрсатилмаган.

Шунинг учун қон кетишлар профилактикаси ва интенсив даволаниш акушерликда долзарб муаммо деб ҳисобланади.

Физиологик чилла даврида йўлдош майдончасига 150-200 бачадон спирал артериялари очилади. Шунинг учун йўлдош кўчганида аёлда

физиологик қон кетиши кузатилади. Патологик қон кетмаслигининг сабаблари бу бачадон қисқариши ҳисобига «миотампонада» бўлиши, ва томирлар қисқариши, буралиб қолиши, уларнинг ичида тромблар ҳосил бўлиши ҳисобига «тромботампонада» кузатилади.

22.3.2. ПАТОЛОГИК ҚОН КЕТИШИНING САБАБЛАРИ

Акушерлик қон кетишлари кўпинча туғруқнинг 3 даври ва илк чилла даврида кузатилади.

1. Йўлдош ажралиш ва туғилиш жараёнининг бузилиши
2. Бачадон гипотонияси
3. Туғруқ йўллари жароҳат лари
4. Гемостаз тизимининг бузилиши

Геморрагик шок - бу тўқималар ва барча аъзоларнинг қон билан таъминланишининг кескин камайиши, тўқималарнинг кислородга танқислиги ва модда алмашувининг бузилиши. Геморрагик шок - бу организмда экстремал вазият ҳисобланадиган ва ўта кучли қон кетишидан кейин ривожланадиган ҳолат бўлиб, барча ҳаётий зарур аъзолар ва тизимларда патологик ўзгаришлар билан ифодаланади. Ўткир ва мул қон кетиши натижасида айланиб юрган қон ҳажми тезда камайиши, ҳимоя механизми декомпенсацияси юз беради.

Геморрагик шок ривожланишига 1500 мл дан кўпроқ қон кетиши, ёки умумий айланаётган қон ҳажмининг 20% ва бундан кўплиги ёки 1кг тана вазнига 30 мл қон йўқотилиши сабаб бўлади.

22.3.3. ҚОН ЙЎҚОТИШНИНГ ОФИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ

1-даражаси - йўқотилган қон миқдори айланаётган қон ҳажмининг 15 % игача, клиник белгиси тахикардия бўлади.

2-даражаси - кетган қон миқдори 20-25 % ни ташкил этади, клиник белгилари - тахикардия ва гипотензия.

3-даражаси – кетган қон миқдори 30-35 % ни ташкил этади, клиник кўринишида тахикардия, гипотензия ва олигурия кузатилади.

4-даражаси – кетган қон миқдори 35-40 % дан зиёд, клиник белгилари - тахикардия, кескин гипотензия, коллапс, беморнинг ҳушидан кетиши. Бу ҳолат ҳаётга ўта хавфли бўлади.

22.3.4. ГЕМОРРАГИК ШОК РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ

Кўп миқдорда қон йўқотиш организм учун кучли стресс омили ҳисобланади ва гиповолемияга олиб келади. Ҳаётий зарур аъзолар (биринчи навбатда мия, юрак) гемодинамикаси турғунлигини таъминлаш учун кучли компенсатор механизми ишга тушади: симпатик нерв системаси тонуси ортади ва қонда катехоламинлар кўпайишига олиб келади. Қонга АКТГ, АДГ, альдостерон ва глюкокортикоидлар кўп миқдорда чиқади, ренин-ангиотензин тизими фаоллашади. Бу периферик томирлар вазоконстрикциясига олиб келади. Юрак фаолияти тезлашади, қон айланишининг марказлашиши, тўқималардан қон томирларга суюқлик ўтиши ва аутогемодилюция кузатилади. Периферик қон томирлар спазми ҳисобига артерио-венос шунтлар очилади ва организмда суюқлик ушланиб қолади.

Қон айланишининг марказлашишига олиб келувчи бу мослашув механизми қон босими ва юракнинг дақиқалик ҳажмини вақтинча ушлаб туради, лекин организм ҳаёт фаолияти давомийлигини таъминлай олмайди. Қон кетиши давом этиши компенсатор механизмларининг камайишига ва интерстициал бўшлиққа қон суюқ қисмининг чиқиши ҳисобига қон куйилиши, реологиясининг бузилиши, қон айланишининг кескин секинлашуви, сладж-синдроми ривожланувига олиб келади. Буларнинг барчаси чуқур тўқима гипоксиясига ва ацидоз ривожланишига олиб келади.

Қонда вазоактив метаболитлар йиғилиши ҳисобига қон ивиш хусусияти бузилади ва майда қон томирларда тромблар ҳосил бўлади (томирлар ичида тарқалган қон ивиш синдроми). Қон секвестрацияси айланувчи қон ҳажмининг камайишига олиб келади. Айланувчи қон ҳажмининг кескин камайиши ҳаётий зарур аъзоларнинг қон билан таъминланиши бузилишига ва полиорган етишмовчилигига олиб келади. Коронар қон айланиши пасаяди ва бу юрак етишмовчилигига олиб келади. Ушбу патофизиологик ўзгаришлар геморрагик шок оғирлигидан далолат беради.

22.3.5. ГЕМОРРАГИК ШОК КЛИНИКАСИ ҚҲЙИДАГИ БОСҚИЧЛАРДАН ИБОРАТ

I босқич - компенсацияланган шок (йўқотилган қон ҳажми 800 - 1200 мл)

II декомпенсацияланган: қайтариб бўладиган (1200 – 2000 мл), қайтариб бўлмайдиган (2000 дан кўп)

I-босқичида йўқотилган қон айланувчи қон ҳажмининг 15-20 % ини ташкил этганда ривожланади. Бу босқичда компенсация катехоламинлар гиперпродукцияси ҳисобига бўлади. Клиник кўринишида қон томир фаолиятининг функционал ўзгаришлари юзага келади: тери қопламнининг ва кўринарли шиллик қаватларнинг рангпарлашиши, тахикардия (1 дақиқада 100 мартагача), қисман олигурия, веноз гипотония. Артериал гипотония оз миқдорда ёки умуман бўлмаслиги мумкин.

II-босқичида – йўқотилган қон миқдори айланувчи қон ҳажмининг 30-35% ини ташкил қилганда ривожланади ва бунда қон айланишининг чуқур ўзгаришлари кузатилади. Артериал қон босими пасаяди. Мия, юрак, жигар, буйрак, ўпка, ичакларнинг қон билан таъминланиши бузилади. Тўқималар гипоксияси ва ацидознинг аралаш шакли ривожланади. Бундан ташқари, тахикардия (1 дақиқада 120-130 марта), хансираш, тери қопламлари рангсизланиши фонида акроцианоз, совуқ тер, безовталаниш, олигурия (30 мл/соат дан паст), юрак товушларининг пасайиши, марказий веноз босими пасайиши кузатилади. Бу ҳолатда етарли даражада ёрдам кўрсатилса, шокни қайтарса бўлади. Лекин йўқотилган қон айланувчи қон ҳажмининг 50% (40-60%) ни ташкил этганда шокнинг қайтмас босқичи кузатилади. Микроциркуляция бу-

зилиши давом этиши натижасида капилляростаз, плазма йўқотиш, қон шаклли элементларининг агрегацияси, метаболик ацидоз ўсиши давом этади. Систолик артериал босими жуда ҳам пасаяди. Пульс 1 дақиқада 140 дан ошади. Тери қоплами оқаради ёки мармарсимон бўлади, совук тер, оёқ-қўллар кескин совуқлашади, анурия, ҳушини йўқотади. Гематокрит кўрсаткичининг ошиши ва плазма ҳажмининг камайиши шок терминал босқичининг асосий белгиларидан ҳисобланади.

Акушерлик амалиётида геморрагик шок клиникаси умумий қонунларидан ташқари, ўзига хос хусусиятлари бор (22.4.-жадвал). Хусусан, плацента олдинда келганда юз берадиган геморрагик шок артериал гипотензия, гипохром анемия, ҳомиладорлик охирида айланувчи қон миқдорининг физиологик ўсишининг камайиши билан характерли. 24 % аёлларда кескин бўлмаган тромбоцитопения, гипофибриногенемия, фибринолитик фаоллигининг кучайиши ва тарқалган томирлар ичида қон ивиши (ТТИҚИ) синдроми ривожланади.

22.4.-жадвал

Гиповолемик шок клиник белгилари

Эрта гиповолемик шок	Кечки гиповолемик шок
Ўйқувчанлик, ҳавотирлик, безовталик	Ҳуши орган ёки йўқ
Кучсиз ва тез - тез пульс (бир дақиқада 110 ёки кўп)	Жуда тез ва кучсиз пульс
Бир мунча тезлашган нафас (нафас олишлар 30 марта бир дақиқада ёки кўп)	Фавқулодди тез ва кучли нафас
Рангпарлик	Тери қопламларининг ранглар ва совуқлиги
Нисбатан паст қон босими (систолик 90 мм с.м. ўстдан паст)	Жуда паст қон босими (систолик 60 мм с.м. ўстдан паст)
Сийдик ажраллини камайган, лекин соатига >30 смЗ	Сийдик ажраллини <30 мм соатига

Эрта чилла даврида гипотоник қон кетиши туфайли келиб чиқувчи шокда қисқа вақтли компенсациядан сўнг нафас етишмовчилиги, ТТИҚИ синдроми билан боғлиқ бўлган профуз қон кетиш, гемодинамиканинг турғун ўзгаришлари билан характерланадиган қайтмас ҳолат юзага келади.

Нормал жойлашган йўлдош вақтидан илгари кўчганда характерли бўлган ТТИКИС нинг сурункали шакли, гиповолемия ва сурункали томирлар қисқариши ҳисобига ривожланади. Бу хил патологияда геморрагик шок анурия, мия шиши, нафас олишнинг ўзгариши билан кечиб, фибринолиз камайиши фонида ривожланади.

Бачадон ёрилиши туфайли келиб чикувчи шок гиповолемия, ташқи нафас етишмовчилиги каби клиник белгилар билан намоён бўлади. Кўп миқдорда қон кетиши туфайли ТТИҚИ синдроми юзага келади.

Геморрагик шок диагнози айниқса кучли қон кетганда ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Шок компенсатор босқичининг эрта диагностикасида даволаш жуда яхши натижа беради. Шок оғирлигини йўқотилган қон миқдори ёки АҚБ кўрсаткичларига қараб баҳолаш етарли эмас. Гемодинамика адекватлиги қуйидаги белги ва кўрсаткичлар ёрдамида аниқланади:

1. Тери қопламлари рангги ва ҳарорати хусусиятига
2. Пульсни баҳолаш
3. АҚБни ўлчаш
4. «Шок индекси»ни баҳолаш
5. Соатбай диурезни аниқлаш
6. Марказий веноз босимни ўлчаш
7. Гематокрит кўрсаткичларини белгилаш
8. Қоннинг кислота-ишқор мувозанатининг хусусияти

Тери рангги ва ҳароратига қараб периферик қон айланиши ҳақида фикр юритиш мумкин. АҚБ кўрсаткичлари паст бўлса-да терининг пушти рангда ва илиқ бўлиши, тирноқнинг пушти рангги периферик қон айланиши компенсация ҳолатида эканлигидан далолат беради. АҚБ нинг нормал ёки бир мунча пасайган кўрсаткичлари бўлса-да тери ҳароратининг совуқлиги ва рангпарлиги қон айланишининг марказийлашуви ва периферик қон айланишининг ўзгариши ҳақида маълумот беради.

Тери қопламининг мармарсимонлиги ва акроцианоз қайтмас ҳолатга яқинлашувчи томир парези периферик қон айланишининг чуқур ўзгаришидан далолат беради.

Пульс частотаси бемор ҳолатининг оддий ва бошқа белгилар билан таққослаганда муҳим кўрсаткичи ҳисобланади. Масалан, тахикардия гиповолемия ва ўткир юрак етишмовчилигини кўрсатади. Бу ҳолатнинг дифференциация қилишда марказий веноз босимини ўлчаш зарур. АҚБга ҳам шу нуқтаи назардан қаралади. Геморрагик шокда гиповолемия даражасини кўрсатувчи асосий кўрсаткич «шок индекси» ҳисобланади. Бир дақиқадаги пульс частотасининг систолик АҚБ га нисбати «шок индекси» англатади. Соғлом одамда бу кўрсаткич 0,5 га тенг, айланувчи қон ҳажми 20-30% пасайганда 1 га, 30-35% пасайганда «шок индекси» 1,5 га тенг бўлади.

Соатбай диурез аъзоларда қон айланишини характерловчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Диурезнинг 30 мл га камайиши, периферик қон айланишининг етишмаслигидан, 15 мл дан камайиши декомпенсациялашган қайтмас шок яқинлашувидан далолат беради.

Бемор аҳволини комплекс баҳолашда марказий веноз босими аҳамиятли кўрсаткич ҳисобланади. Унинг кўрсаткичи даволашнинг асосий йўналишини белгилаб беради, кўрсаткич пасайиши (50 мм сув.уст.) гиповолемия ҳолатини англатади, ор-тиши эса (150 мм сув.уст.) юрак фаолияти декомпенсациясидан далолат беради.

Юқоридаги кўрсаткичлар билан бир қаторда гематокрит кўрсаткичи ҳам организмнинг қон билан таъминланиши адекват ёки адекватмасли-

гини кўрсатувчи тест ҳисобланади. Гематокрит 30% дан паст бўлганда хавф солувчи белги, 25% дан камайиши қон йўқотишнинг оғир даражасини кўрсатади. Шокнинг III босқичида гематокрит кўтарилиши унинг кечиши қайтмас эканлигини кўрсатади (22.5.-жадвал).

22.5.- жадвал

Геморрагик шок клинико-лаборатор ташхиси

Шок босқичи	Клиник белгилари	Қон босими	Пульс	Маркалий веноз босими, сув устуни, см	Шок индекси	Айланмаётган қон миқдори қамбийиши	Қетган қон миқдори	
							мл	%, вазишга нисбатан
Шок белгилари йўқ	Бўлмайд	120/70	88	-	-	10% гача	500,0	0,6% гача
I	Эк-хуш жойида. Тери оқиб ранга. IIb – 100г/л, III – пасайган. Олтурия. Гиперкоагуляция.	100/60	90-96	5-15	0,5 ва >	15-25%	700-1300	1,0-1,5%
II	Эк-хуш жойида. Бесонга ўтган, терлаш, тери ранги оқариш, акроцианоз. Ныфас олтиш 1 дақиқада 20 ва >. IIb – 80г/л, III – пасайган. Олтурия. Қон инини вақти Ди-Уайт бўйича – 10 мин.>	90/50	120	< 5	1,5 ва >	30-35%	1300-1800	1,5-3%
III	Эк-хуш йўқотилади. Тери ранги кескин оқарган, мрамрелмон. Ныфас олтиш 1 дақ. – 30 ва ундан кўпроқ. IIb – 80г/л дан паст. III – паст. Анурия. Қон инини вақти Ди-Уайт бўйича 15 минут ва >	60/40 ва ундан паст	140	Ота яқин	2 ва >	35%дан >	1800 ва ундан кўпроқ	3% ва ундан кўпроқ

Геморрагик шок асоратлари қуйидаги бузилишлар билан ифодаланади: микроциркуляция бузилиши, модда алмашуви бузилиши, коннинг ивиш хусусияти бузилиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, ўткир жигар етишмовчилиги, нафас етишмаслиги, миёда қон айланишининг бузилиши, юрак етишмаслиги, «шокли бачадон».

22.4. ТАРҚАЛГАН ТОМИРЛАР ИЧИДА ҚОН ИВИШ СИНДРОМИ (ТТИҚИС)

Коннинг ивиш хусусияти бузилиши натижасида қон кетиши бир неча акушерлик асоратларидан келиб чиқади. Бу кўпинча нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида, йўлдошнинг олдин келишида, ҳомила суви она қонига тушганда, бачадон қисқаришининг бузилиши (бачадон гипотонияси, атонияси), натижада кўп қон кетиб, қондаги фибриногеннинг умумий миқдори бирдан камайиб кетганда (гипофибриногенемия), она қорнида нобуд бўлган ҳомила узок ушланиб туғилганда кузатилиши мумкин.

Коннинг ивиш хусусияти 3 фазадан иборат. 1-фазада одатда ноактив тўқималар ва қондаги тромбопластин моддаси танада бирорта жароҳат содир бўлса, кальций моддаси таъсирида актив ҳолатга келади, бу 3-5 минут давом этади.

2-фазада протромбин активлашган тўқима ва қон тромбопластини таъсирида тромбинга ўтади. Бу фаза 3-5 секунд давом этади.

3-фазада тромбин таъсирида суюқ фибриноген фибринга айланади, бу фаза ҳам 3-5 секунд давом этади. Коннинг ивиш жараёнига қанча фибриноген кетса, унинг қондаги миқдори шунча камаяди, туғруқ даврида қонни ўз-ўзидан тўхтатиш учун анчагина миқдорда фибриноген зарур бўлади. Туғруқдаги қон йўқотиш физиологик миқдордан қанча кўп бўлса, фибриногеннинг қондаги миқдори камайиб гипофибриногенемияга, ҳаддан ташқари кўп йўқотилганда эса фибриноген қонда бутунлай йўқолиб, афибриногенемияга олиб келиши кузатилади. Натижада коагулопатик қон кетиш юзга келади.

Қонга бир қанча тромбопластин субстанцияси тушганда қон ивиши кучайиб, томирларда майда қон лахталари ҳосил бўлади. Ушбу ҳолат тарқалган томирлар ичида қон ивиш синдроми деб аталади (ТТИҚИС). Бу синдромда, бир томондан, фибриногеннинг қондаги умумий миқдори камайдиган, иккинчи томондан, томирларда қон юришини қийинлаштиради ва уларнинг фаолияти ишдан чиқишига олиб келади.

Коннинг ивиш хусусияти тезлашиши натижасида организмдаги бунга қарама-қарши фаолияти – қон лахталарини эритиш ёки фибринолитик тизим авж олади. Бу ҳам ҳаёт учун зарур, чунки бу тизим аъзолар томирларидаги қон лахталарини эритиб, уларнинг фаолиятини тиклашга ёрдам беради.

Геморрагик шок ва кейин ривожланган ТТИҚИ синдроми тараққий этишида 4 босқич бўлиб, биринчи босқичида қон ивиш жараёни тезлаша-

ди ва гиперкоагуляция фазаси (3-5 мин) бошланади. Одатда бачадондан оқиб чиққан қон 5-6 минут ичида ивिसа, патологик қон кетишда қон ивиши учун жуда оз вақт кетиши мумкин. Агар ҳомиладорлик гипертензив синдром билан оғирлашганда сурункали гиперкоагуляция кузатилади ва бу босқич бир неча кун давом этиши мумкин.

Иккинчи босқичида гипокоагуляция фазаси (бир неча мин. ёки соат) ёки қон ивиши секинлашиб қонда ҳосил бўлган майда тромблар мия, юрак ва бошқа ички аъзолар томирлар бўшлиғида тўпланиб, улар фаолиятининг бузилишига олиб келади, сўнгра фибринолитик тизимнинг активланиши кузатилади. Буни аниқлаш учун Ли-Уайт методи қўлланилади: пробиркага вена қон томиридан 10 мл қон олиб, ҳар 20 секундда ивиш жараёни кузатиб борилади. Агар қон 10 минутда ивिसа, қон ивиш жараёнининг бироз пасайгани ёки гипокоагуляция аниқланади.

Учинчи босқичда пробиркадаги қон ҳам, бачадондан оқиб чиқаётган қон ҳам ивимади, буни афибриногенемия деб айтилади. Фибрин ва фибриноген парчаланиши ва уларнинг дегидратация маҳсулотларининг қўпайиши кузатилади ва кучли қон кетиши содир бўлади.

Аёлга ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, касалликнинг тўртинчи босқичи – тузалиш даври бошланади.

22.4.1. ДАВОЛАШ.

Геморрагик шок ва ТТИҚИ синдромини даволаш жуда масъулиятли иш бўлиб, бунда шифокорлар акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, гематолог билан ҳамкорликда иш олиб борадилар.

Даво қуйидагиларни ўз ичига олади:

Оператив даво (бачадон ампутацияси, экстирпацияси, а.iliaca ни боғлаш).

Янги музлатилган плазма - 1 л.

Криопреципитат, эритроцитар масса, альбумин.

Протеазалар ингибиторлари (контрикал, гордокс).

Этамзилат, дицинон.

Реополиглюкин, кристаллоидлар, изотоник эритма (натрий хлорид, Рингер, глюкоза).

Глюкокортикоидлар (гидрокортизон, дексаметазон).

Допамин, адреналин.

Ўпкани сунъий вентилициялаш.

Диуретиклар қўлланилади.

Беморни геморрагик шок билан боғлиқ бўлган критик босқичдан чиқариш даволашнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Йўқотилган қон ҳажмини тиклаш учун коллоид эритмалардан рефортан, стабизол ва қон препаратларидан эритроцитар масса билан плазма қўлланилади.

Кейинги кунларда кўп қон йўқотиш асоратларини бартараф этишга ва олдини олишга қаратилган даво тадбирлари ўтказилади.

Бу босқичда шифокор ҳаракати буйрак, жигар, юрак фаолиятини яхшилашга, сув-туз ва оқсил алмашувини нормallasштиришга, қоннинг глобулинлар ҳажмини кўтаришга, анемияни даволашга, инфекциянинг олдини олишга қаратилган.

22.4.2. ҚОН КЕТИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Бачадон мускуллари қисқаришининг бузилиши натижасида қон кетишининг олдини олишни қиз бола ҳаётининг илк давридан бошлаш керак. Бунда қиз бола организмни чиниктириш, ҳайз бузилишини ўз вақтида даволаш лозим.

Аёлнинг ҳар хил ички касалликларини ўз вақтида даволаш, ҳаддан тапқари семизликка йўл қўймаслик, гимнастика билан шуғулланиш, жинсий аъзолар яллиғланиши, сунъий абортнинг олдини олиш кабилар ҳам туғруқ жараёнидаги оғир асоратларнинг олдини олишга ҳар томонлама ёрдам беради.

Ҳомиладорлик даврида ўз вақтида ва тўғри овқатланиш, ҳомиладорлик асоратларини вақтида даволаш. Туғруқда патологик қон йўқотишнинг олдини олиш лозим.

Масалалар.

1. Ҳомила 5 ҳафта олдин нобуд бўлган. Туғруқ 38 ҳафта ҳомиладорликда ўлик ҳомила билан. Йўлдош мустақил кўчиб ва ажралиб чиқди. Йўлдош, пардалари бутун. Йўлдош туғилгандан сўнг қон кетиш бошланди. Бачадон қаттиқ. Жинсий йўллари орқали чиқаётган қон ивимапти. Прो-биркага венадан олинган қон 15 мин дан сўнг ҳам қуюлмапти.

Диагноз?

- А. Коагулопатик қон кетиши.*
- Б. Йўлдош қолдири.
- В. Бачадон бўйни йиртилиши.
- Г. Йўлдошнинг нотўғри ёпишиши.
- Д. Бачадон гипотонияси.

Б. Тактикаси.

- А. Бачадонни мушт билан массажи.*
- Б. Бачадон экстирпацияси.*
- В. Утеротониклар.*
- Г. Туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарини кўриш.
- Д. Бачадон ичини қўл билан текшириш.

Ўргатувчи тестлари

1. Акушерликда геморрагик шок сабаблари қандай?

Бачадон йиртилиши.

Йўлдошнинг қисман чин ўсиб кириши.

НЖЙБК да қон кетиши.

Гипотоник ва атоник қон кетиши.

Йўлдош олдинда ётишида қон кетиши.

2. Қандай акушерлик асоратларида ТТИҚИ синдроми ривожланади?

Бачадон йиртилиши.

Қоғаноқ сувлари билан эмболия.

Ўлик ҳомила.

Ҳомиладорлик гипертензия ҳолатларда.

НЖЙБК.

3. ТТИҚИ синдромига диагноз қўйишда қўп қўлланиладиган 3 усулни

айтинг

Қон ивиш вақтини Ли-Уайт бўйича аниқлаш.

Коагулограммани текшириш.

Тромбоэластография.

4. Геморрагик шокнинг II босқичига нима хос?

1,5-3% тана вазнига тенг қон йўқотилган, гематокрит пасайган.

Эс-хуши жойида, терлаш, акроцианоз.

Систолик босим 90-100 мм.с.у. гача пасайган.

Тахикардия 120 марта 1мин.

Ли-Уайт бўйича қон ивиш вақти 10 мин.дан кўп.

5. Геморрагик шокнинг I босқичига нима хос?

Тана вазнидан 1-1,5% қон кетганда бўлади.

Тери рангги нормада, эс-хуши жойида.

Тахикардия 100 марта 1мин.

Артериал босим нормада ёки сал паст.

Олигурия.

6. ТТИҚИ синдромининг 3 шакли:

Ўткир.

Ўртача ўткир.

Сурункали.

7. ТТИҚИ синдромининг 4 босқичи:

Гиперкоагуляция.

Талаб қилиш босқичи.

Патологик фибринолиз.

Тикланиш.

8. ТТИҚИ синдромининг ўткир ва ўртача ўткир турларини даволаш:

Бачадон экстирпацияси, турруқни тезлаштириш.

Ўпканинг сунъий вентилизацияси.

1 л гача янги музлатилган плазма қуйиш.

Донор қони ва тромбоцитларни қуйиш.

Контрикал.

9. Гипокоагулопатик ҳолатини тез аниқлашнинг 2 усулини айтинг:

Иккита пробирка билан синама, сорлом аёл, бемор қонлари.

Қон ивиш вақтини Ли-Уайт бўйича аниқлаш.

10. Қоннинг ивиш системаси бузилганлиги сабабли қон кетишига нималар хос?

Бачадон дам қисқариб, дам бўшашиб туради.

Жинсий йўллاردан суюқ ивимайдиган қон ажралади.

Инъекция қилинган, томирлар ажратилган жой, бачадон бўйни чўл-торидан қон кетади (ампутация қилинган бўлса).

Кўпинча НЖЙБК ва ўлик ҳомилада қоғаноқ сувлари эмболияси кўп қон кетганда презклампсияда кузатилади.

Қон кетиш доимий бўлади.

Саволлар.

1. Туғрукнинг III даврида қон кетиш сабаблари
2. Қандай қилиб йўлдошни қўл билан ажратиб олиш мумкин?
3. Эрта туғруқдан кейинги даврда қон кетиш сабаблари?
4. Бачадон бўшлиғини қўл билан текширишни тасвирлаб бering.
5. Қандай дорилар бачадонни қисқартиради?
6. Патологик қон кетиш деб нимага айтилади?

XXIII БОБ ТУҒРУҚ ФАОЛИЯТИ НУҚСОНЛАРИ

Мақсад. Дард тутиш аномалияси таснифини, дарднинг бирламчи ва иккиламчи сустлиги сабабларини, асоратларини ўрганиш, даволаш тамойиллари билан танишиш.

Режа.

1. Дард тутиш аномалияси таснифи.
2. Дарднинг бирламчи сустлиги сабаблари.
3. Дарднинг иккиламчи сустлиги сабаблари.
4. Даволаш усуллари.

Одатда ҳомиладор аёллар туғишга 10-15 кун қолганда вақти-вақти билан қорин пастида ва белда бироз оғриқ сезади. Бу оғриқ ҳомиладор аёлни унча безовта қилмайди. Туғиш вақти-соати етганда бу оғриқ туғруқ дардига ўтиб, аввалига ҳар 8-10 минутда 20-25 секунд давомида тутади, ҳомила туғилишига яқинлашган сари дард тутиши давомли бўлиб, 50-60 секундгача, дардлар ораси қисқариб, ҳар 3-4 минутдан 2-3 минутгача етиши мумкин. Бунда шуни ҳисобга олиш керакки, биринчи туғаётган аёлларда бачадон оғзи очилиши 1 соат давомида 1 см ни ташкил қилса, қайта туғаётганларда 1,5-2 см ни ташкил қилади. Шунинг учун биринчи туғаётганларда 15-16 соат, қайта туғаётган аёллар 6-12 соат ичида туғади.

Туғруқда дард тутишнинг нуқсонлари деярли тез учраб туради. Туғишнинг нормал ўтиши, кўпинча дард тутишнинг тўғри, мунтазам ва кучли бўлишига боғлиқдир. Агар дард тутиш заиф, сийрак бўлса, туғиш узокка чўзилиб, баъзан тўхтаб қолади (23.1-расм). Дард тутиш паузаси чўзилганда бола кўпинча бўғилиб қолиши ва баъзан ўлиб қолиши мумкин. Бундан ташқари, туғиш йўлларида микроблар кириб (айниқса ҳомила суви кетиб қолганда), бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит) вужудга келиши ҳамда ҳомирани ҳам зарарлаши мумкин. Бундай аёлларда чилла даврида ҳам ҳар хил жинсий аъзо касалликлари кўп учрайди.

ТУҒРУҚ ФАОЛИЯТИ НУҚСОНЛАРИ ТАСНИФИ:

1. Патологик прелиминар даври
2. Дард тутиш сустлиги:
 - бирламчи; иккиламчи; бачадон инертлиги
3. Ҳаддан ташқари кучли дард тутиши
4. Дард тутишнинг дискоординацияси: тўлғоқ сустлиги; дискоординация (23.2-расм); бачадон бўйнининг дистоцияси; бачадон тетануси;

пастки сегмент гипертонуси.

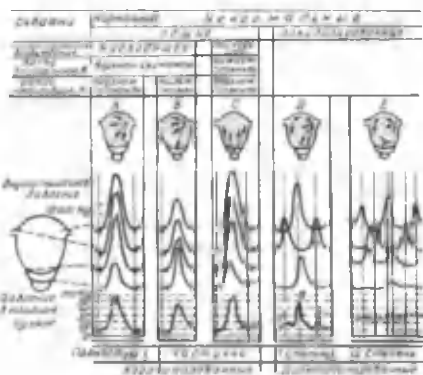
Дард тутишнинг сустлиги

Дард тутиш сустлашиб қолганда бачадон мускуллари етарли даражада қисқара олмайди. Дард тутиш сустлиги икки асосий турга: бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади. Дарднинг сустлиги туғруқ вақтидаги оврикли патология ҳисобланиб, 8-10% ҳолларда учрайди.

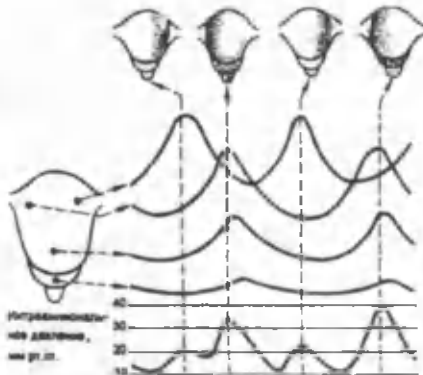
Дард тутишнинг бирламчи сустлиги

Дарднинг бирламчи сустлигида дард туғруқ бошланишидаёқ суст бўлиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Бунда дард бошланишидаёқ суст бўлиб, норитмик, қиска (15-25 секунд), паузаси узок (12-15 дақиқа) бўлади. Айрим вақтларда дард узокроқ тутса ҳам натижасиз ва кучсиз бўлади.

Бирламчи дард тутиш сустлиги асосий сабаблари: ЭГК (инфекцион, эндокрин, камқонлик), презклампсия, инфантилизм, бачадон аномалияси, бачадон чандиклари, эндоиометрит, миома, бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши (кўп турадиган аёл, эгизаклар, кўп сувлик, йирик ҳомила), 30 ёшдан ошганда турадиган аёл.



23.2.-расм. Нормал ва патологик бачадон қисқаришида кўзғалиш тўлқинларини тарқалиш кўриниши



23.3.-расм. Дард тутишнинг дискоординациясида бачадон қисқариши: бачадон мушаклари қисқариш чизиқларининг учлари бир-бирига мос келмайди.

Дард тутишнинг бирламчи сустлигига кўпинча жинсий аъзолар, айниқса бачадоннинг етилмаганлиги (инфантилизм ва аномалияси), яъни бачадоннинг икки ва бир шохли бўлиши, бачадон мускулларида чандиклар бўлиши ва бошқалар сабабчидир. Бундай аёлларда бачадон мускуллари яхши ривожланмаганлигидан у етарли даражада қисқара олмайди ва дард сусайишига сабаб бўлади.

Бундай ҳолат кўпинча кўп ҳомилали (икки-уч ва бундан кўп) аёлларда ёки қоғаноқ суви кўп бўлган ҳолларда тез-тез бачадон деворининг ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида ҳамда кўп туққан аёлларда бачадон му-

шакларининг чўзилувчанлиги пасайиши оқибатида рўй бериши мумкин. Бу асорат ёши 30 дан ошган, биринчи марта туғаетган аёлларда бачадон мускул қаватида чўзилмайдиган бириктирувчи тўқима кўпайганлиги натижасида мускулларининг қисқариш қобилияти сусайиши сабабли кўп қузатилади.

Катта ёшдаги аёлларда бачадон мускул қаватида бириктирувчи тўқима кўпаяди, баловатга етмаганларда эса бачадон мускуллари етарли тараққий етмаган бўлади. Шу сабабларга кўра бачадон мускулларида қисқариш қобилияти суст бўлади. Жинсий аъзоларда бўлган яллиғланиш жараёни таъсирида бачадон деворида жойлашган нерв охирилларининг рефлекси патологик бўлиши натижасида ҳам суст бўлади.

Ҳомила кўндаланг ётганда, думбаси билан келганда ва плацента олдин келганда ҳам дард тутишнинг бирламчи сустлиги рўй беради. Чунки ҳомиланинг олдин келувчи қисми чанок тешигига сукилмайди, бунинг натижасида бачадон бўйнидаги нерв чигаллари яхши китикланмайди ва бачадоннинг қисқариши суст бўлади. Дарднинг суст бўлишига нерв-психик ҳолат ҳам сабаб бўлиши мумкин. Баъзан биринчи туғиш оғир ва мураккабланишлар билан тукқан аёллар иккинчи ва сўнгги туғишларида ташвишланишлари, бунинг натижасида ҳам дард тутиши суст бўлиши мумкин. Булардан ташқари, умумий касалликлар (юрак-қон томир, ўпка сили, жигар, буйрак ва бошқа касалликлар) ҳам дардни сусайтириши мумкин. Дарднинг бирламчи сустлиги агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Дарднинг бирламчи сустлиги асосан туғрукнинг биринчи даврида, яъни бачадон бўйни очилиши даврида учрайди, бунда асосан бачадон қисқариши суст бўлиб, ритми ва давоми сустлашади, қисқариш оралиғи узоклашади. Баъзан дард тутиши бирмунча чўзилса ҳам, дард жуда қисқа ва кучсиз бўлади. Бачадонга қисқараётган вақтда қўл билан тегилса унинг қаттиқланиши сезилмайди. Бачадон бўйнининг очилиши ва ҳомиланинг олдин келувчи қисмининг туғилишига имконият ҳам бўлади.

Қоғанок ёрилмай туриб туғрукнинг узокка чўзилиши унчалик хавфли эмас. Бу ҳолат онага ҳам, ҳомилага ҳам унчалик зарар етказмайди. Аммо қоғанок ёрилгандан кейин аҳвол ўзгаради, туғрук чўзилиши натижасида ҳомила бўғилиб қолиши ва туғрук йўлларида бачадонга инфекция ўтиш хавфи туғилади.

Агар ҳомила боши чанокқа нисбатан бир мунча нотўғри жойлашган бўлса, бачадон бўйни чандикли ёки кам чўзилувчан бўлса ҳам ҳомила бошининг туғрук канали бўйича сурилишига ҳалақит бериши натижасида бирламчи сустлик вужудга келади.

Бачадон мускулларининг қисқариш хусусиятининг бузилиш сабаблари турлича бўлиб, ҳозиргача айрим бир сабабни келтириш қийин.

Силлик мускуллардаги қисқариш хусусияти кўндаланг мускулларга ўхшаб кетади. Аммо туғиш жараёнини бошқарувчи омил бирмунча фарк қилади.

Бачадонни қисқартирувчи оқсилларнинг концентрацияси эстрогенларнинг таъсирига боғлиқдир. Агар эстрогенлар етишмаса, бу хилдаги

оксил ҳам кифоя қилмайди. Шунга кўра бачадоннинг қисқариши ҳам суст бўлади.

Бачадоннинг мотор хусусияти энергетик ҳолатига ҳам боғлиқ. Маълумки, мускулларнинг қисқариш хусусияти 70-80% ҳолларда кўмир кислотасини парчалашига боғлиқ.

Агар туғиш жараёни чўзилиб кетса, унда бачадон мушакларида кислород камлиги вужудга келиб, углекислота парчаланиши реакцияси издан чиқади.

Дард тутишнинг иккиламчи сустиги

Дарднинг иккиламчи сустиги дард бошланишидан бошлаб бироз вақт яхши, мунтазам, етарлича давомли бўлиб туриб, сўнгра суст, натижасиз бўлиб қолади. Дард сустигини аниқлашда доянинг кузатувчанлиги катта аҳамиятга эга.

Дард тутиш даври борган сари узайиб, улар орасидаги вақт камайиши ўрнига узаяди ёки бир неча соат ўтгандан сўнг ҳам дард тутиши бирдай бўлиб қолаверади ҳамда дард қисқа тутиб, самарасиз бўлади, яъни бачадон оғзининг очилиши жуда суст бўлади ёки бирдай қолади. Ҳомиланинг чанокка яқин турган қисми (боши ёки думбаси) олдинга қараб силжимайди.

Иккиламчи дард тутиш сустиги сабаблари: ЭГК, очлик, асаб системаси чарчаганлиги, окситоцин билан гиперстимуляцияси, ҳомила боши билан она чанори ўлчамлари мос келмаслиги.

Бу ҳолат туғишнинг ярмида юз беради. Бундай сушлашиш туғиш жараёни чўзилиб кетганда, ҳомила боши билан чанок ўлчамлари бир-бирига мос келмаганда (ҳомила боши катта ёки тор чанок бўлганда), шунингдек ҳомила боши чанок киришига нотўғри жойлашганда вужудга келади. Ҳомила боши суяклари қаттиқ, бачадон бўйнининг очилиши қийин ва қоғанок пардалари қалин бўлиши ҳам дарднинг аввал кучли бўлиб, сўнгра аста-секин сушлашишига сабаб бўлади. Туғиш жараёнининг иккиламчи сустигида ҳомиланинг туғиш канали бўйича сурилиб секинлашиши, туғруқ йўлларининг жароҳатланишига олиб келади. Ҳомила эса асфиксия, туғруқ жароҳати, туғруқ учинчи даврида ва эрта чилла даврида эса кўпинча қон кетиш ҳолати кузатилади.

Туғиш дарди сустиги диагнозини асосан тураётган аёлни 4 соат давомида синчиклаб кузатиш натижасида аниқлаш мумкин. Бунга партограмма олиб борилганда ёрдам беради.

Кам учрайдиган дард тутиш аномалияларидан бири бачадон мушакларининг инертлигидир. Бунда туғруқ жараёнининг бошланишида ҳар замонда тутадиган суст дард кейинчалик бутунлай йўқолиб кетади. Бу билан бачадон оғзи очилиши ҳам тўхтайди. Бу акушерликда энг оғир асорат ҳисобланиб, баъзан бачадоннинг қисқаришини кучайтирадиган ҳар қандай дорига ҳам бачадон мушаклари қисқариш билан жавоб бермайди, бундай асоратларда туғруқни операция йўли билан тугатишга тўғри келади.

Дарднинг сустигини даволашда нерв системасини тинчлантирадиган дорилар: кечасига димедрол, аналгин ёки новопассит 1 таблеткадан бериш лозим. Аёлга тез ҳазм бўладиган юқори калорияли овқатларни оз

оздан 4-5 маҳал бериш керак. Овқат рационига кефир, творог, қаймоқ ва бошқалар, шунингдек сервитамин овқатлар киритиш тавсия қилинади.

Аёлнинг сийдик ва ахлат чиқариш фаолиятларига аҳамият бериш лозим. Бунда аёл шахсий гигиенага қатъий риоя қилиши лозим. Аёлнинг ичи бир сутка давомида келмаган бўлса, тозаловчи ҳўкна қилиш лозим.

Аёл яхши ухламай чарчаган бўлса, уйқу дорилар ёрдамида ухлатиш дарднинг сустлигини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳозирги даврда электруйқу аппарати ёрдамида уйқу келтириш ҳамда гамма оксимой кислотаси (ГОМК) 20% ли 20 мл ни 10% ли глюкоза 20 мл эритмаси билан аста-секин кон томирига юборилади. Уйқу вақтида (2-2,5 соат давом этади) дарднинг тутиши нормаллашиб қолиши мумкин. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бу дориларни шифокор- анестезиолог бергани маъқул.

Агар дард тутиши яхшиланиб кетмаса, уни тезлатувчи усулларни қўлланган маъқул.

Ҳамма вақт дардни сунъий қўзғатиш ёки тезлаштиришдан аввал организмни шунга тайёрлаш учун иссиқ овқат, ширин чой, шоколад, кофе бериш лозим. Шундан сўнг агар қаршилик қилувчи омиллар (буларга ҳомила боши билан она чаноғи ўлчамларининг мос келмаслиги, яъни клиник тор чанок, бачадонда бирон-бир жарроҳликдан сўнг чандиқ мавжудлиги, илгари жинсий аъзоларда кузатилган оғир септик касалликлар, бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилиш хавфи, кўп ҳомилалик, ҳомила сувининг кўплиги қабилар қиради) бўлмаса, дардни тўғридан-тўғри тезлатувчи усуллардан бири қўлланилади. Буларга 5 бирликда (1мл) окситоцин 5% ли глюкозанинг 500 мл ига аралаштирилиб 8-10 томчидан томирга юборилади. Бунда ҳар 5 минутда томчилар сони 5 тага кўпайтириб борилиб, умумий сонини 30-35 га етказиш мумкин. Сўнгги вақтларда дардни зўрайтирувчи янги дорилар простагландин F₂ – энзапрост (2,5 мг ва 2,5 бирлик окситоцин 500 мл 5% ли глюкоза эритмасига аралаштирилиб) кон томирига томчилатиб юборилади.

Шулар билан бир қаторда ҳомила гипоксиясига қарши дорилар: 5% аскорбин кислотасидан 10 мл ва кокарбоксилаза 50 мг 5% ли глюкоза билан бирга томирга юбориш керак. Туғруқ вақтида ҳар 3 соатда асфиксияга қарши профилактик чоралар кўриш лозим. Ҳомила суви олдин кетиши натижасида эндометритнинг белгилари пайдо бўлса, антибиотиклар (гентамицин, цефалоспоринлар) бериш зарур.

Окситоцин ва энзапростни томчилаганда аёлнинг умумий аҳволига, бачадоннинг қисқаришига эътибор бериб бориш лозим. Окситоцинни спазмолитик ва оғриқ қолдирувчи дорилар (но-шпа 2 мл ёки 2% л и 2 мл папаверин гидрохлорид ва бошқалар) билан бирга бериш лозим. Дард зўрайтирилаётганда шифокор ёки акушерка аёлнинг ёнида бўлиши керак.

Ўргатувчи тестлар

1.Патологик прелиминар давр қандай таърифланади?

Бачадон қисқариши оғриқли.

Бачадон қисқариши тартибсиз.

Туғруқдан олдин бачадон бўйни етилиши йўқ.

Ҳомиланинг олдинда ётган қисми ҳаракатчанлиги.

2. Тўлғоқ сустлигининг 5 асосий сабабларини айтинг:

Кўп туғувчиларда қорин мушаклари прессининг бўшлиги.

Олдинги қорин деворида нуқсонлари (тўғри мушаклар қочиши, қорин оқ чизиги чурралари).

Катта ҳомила.

Ҳомила боши нотўғри сукилиши ва ҳомила нотўғри жойлашиши.

Ҳомилани чаноғи билан келиши.

3. Туғруқ нуқсонлари асосида қандай ўзгаришлар ётади?

Прогестерон ва эстрогенлар синтези мувозанати бузилиши.

а ва b адренорецепторлар ҳосил бўлишининг камайиши.

Она ва ҳомилада простагландинлар синтези камайиши ва окситоциннинг бир маромда тушишининг камайиши.

Ҳужайраларда қисқарувчи оксиллар синтези ва биокимёвий жараёнлар камайиши.

Ритм бошловчисининг жойлашиши ўзгариши.

Ҳомила ва она простагландинлари мувозанатининг бузилиши.

4. Туғруқ бирламчи сустлигига нималар хос?

Бачадон бўйни текисланиши ва очилиши секинлашуви.

Туғруқнинг дард кучи суст.

Дард сони ва давомийлиги кам.

Клиник тор чаноқ кузатилмасдан ҳомила бошининг ҳаракати бўлмайд.

Туғруқ давомийлиги чўзилиб кетади .

5. Туғруқ сустлигида туғруқ вақтида бўладиган 5 асосий асорат:

Ҳомила ички гипоксияси.

Қоғаноқ сувларининг эрта кетиши.

Ҳомила интранатал ўлими.

Туғруқда эндометрит.

Она ва ҳомиланинг туғруқдаги жароҳати.

6. Туғруқ аномалиялари ривожланиши учун хавф омиллари:

Биринчи туғувчиларнинг ўсмир ва кекса ёшдалиги.

Акушерлик ва гинекологик анамнезга мойиллик.

Жинсий йўллarning сурункали инфекцияси.

Соматик, нейроэндокрин ва психоневрологик касалликлар борлиги.

Чаноқ нуқсонлари.

Миометридаги структур нуқсонлари (бачадон миомаси, аденомиоз, бачадонда чандиқ ва бошқалар).

7. Тез ва кучли туғруқнинг 5 та асосий асоратларини айтинг:

Ҳомилада туғруқ жароҳати.

Онанинг туғруқ жароҳати.

НЖЙБК.

Ҳомила ички гипоксияси.

Янги турилган чақалоқ асфиксияси.

8. Туғрук аномалияси ривожланиш хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорларда профилактик муолажалар ўтказиш:

Туғрукка физиопсихопрофилактик тайёрлаш.

2 ҳафта давомида ҳомиладорлик 36 ҳафтасидан бошлаб витамин В6, фолат кислота ва аскорбин кислота буюриш.

Спазмолитик терапия, галаскорбин, трентал, курантил буюриш.

Туғрукнинг муваффақиятли ўтиши тўғрисида аёлга психозмоционал ҳолат яратиб бериш.

Рационал овқатланиш, уйку ва дам олишни тартибга солиш.

9. Бачадон дисфункцияси гипотоник формаларига нима қиради?

Бирламчи туғрук сустлиги.

Иккиламчи туғрук сустлиги.

Тўлғоқлар сустлиги.

10. Бачадон қисқариш фаолияти дисфункцияси гипертоник формаларига нималар қиради?

Патологик прелиминар давр.

Туғрук фаолияти дискоординацияси (бачадон бўйни дистоцияси, пас-тки сегмент гипертонуси).

Ўта кучли туғрук фаолияти.

Бачадон тетануси.

11. Дискоординациялашган туғрук фаолиятида кузатиладиган асосий асоратлар?

Қоранок сувларининг вақтида кетмаслиги.

Ҳомиланинг ички гипоксияси ва ўлими.

НЖЙБК.

Қоранок сувлари эмболияси.

Туғрукда она жароҳати.

Гипотоник ва атоник қон кетишлар.

12. Бачадон тетанусига нималар хос?

Бачадон доимий тоник зўриқишда бўлади.

Бир вақтнинг ўзида бир неча ҳайдовчи ритм пайдо бўлади.

Туғрук тўхтаб қолганда ёки секинлашганда.

Тери рангги оқарган, акроцианоз, тери мармарсимон.

Сийдик тугилиб қолиши.

13. Туғрук йўллари аномалияси профилактикасига нималар қиради?

Туғрук сустлиги ривожли хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорни туғрукка-ча тайёрлаш.

Туғрукда спазмолитик ва окситоксик воситаларни тўғри қўллаш.

Туғруклар орасидаги оралик 3 йилдан кам бўлмаслиги керак

Қиз болаларни соғломлаштириш.

Абортларнинг олдини олиш.

14. Туғрук сустлигида қўлланиладиган бачадонни қисқартирувчи воситалар:

Окситоцин.

Энзапрост.
Простенон .

XXIV БОБ ТОР ЧАНОҚ

Мақсад.

Анатомик тор чанок тушунчаси, унинг шакллари ўзлаштириш ҳамда анатомик тор чанокда туғруқ биомеханизмининг хусусиятларини ўрганиш. Функционал тор чанок кузатилганда туғруқнинг кечиши. Туғруқнинг клиникаси ва уни олиб боришни ўзлаштириш.

Режа.

1. Торайган чанок ҳақида тушунча бериш.
2. Торайган чанок турларини ва учраш даражасини билиш ва аниқлаш.

Ҳар хил шаклдаги анатомик тор чанокда туғруқ механизмини ўзлаштириш.

3. Функционал тор чанок сабаблари ва учраши.
4. Функционал жихатдан тор чанокда туғруқнинг кечиши, диагностикаси ва тор чанок даражаларини ўзлаштириш.
5. Функционал жихатдан тор чанокда туғруқни олиб бориш тактикаси.

Анатомик торайган чанок деб, унинг ҳамма ёки асосий ўлчамларидан бирининг камида 1,5-2 см торайишига айтилади. Анатомик торайган чанок туғувчи аёллар орасида ўртача 2,5-3,5% ни ташкил этади. Анатомик торайган чанокнинг хусусиятлари ва шакллари билиш ҳомиладорликнинг ўтиши ва туғруқ натижасини аниқлашда жуда катта аҳамиятга эга. Туғруқ пайтида ҳомила боши ва аёл чаноғи ўлчамларининг бир-бирига тўғри келмаслиги натижасида ҳосил бўлувчи клиник тор чанок ўзининг асоратлари билан ҳомила ва она учун кийинчилик туғдиради.

24.1. ТОР ЧАНОҚ ТАСНИФИ

1. Шакли бўйича:

I. Тор чанокнинг кўп учрайдиган шакллари (24.1.-расм).

- а) ҳамма томонидан баравар торайган чанок;
 - б) кўндалангига торайган чанок;
 - в) ясси чанок (оддий ясси ва рахитик ясси) (24.1-жадвал).
- 2) Тор чанокнинг кам учрайдиган шакллари.
 - а) бир текис торайган ясси тор чанок;
 - б) қийшқ торайган асимметрик чанок
 - в) остемалациядан шикастланган чанок;
 - г) кифосколиотик чанок;
 - д) воронкасимон чанок;
 - е) спондиolistетик чанок;
 - ё) инфантил чанок;
 - ж) экзостоз ва суяк ўсмалари натижасида торайган чанок.

II. Торайиш даражаси (Малиновский М.С. бўйича):

- 1- даражали тор чанок-чин конъюгата 10-8 см га тенг.

2- даражали тор чанок_чин конъюгата 8-6 см га тенг.

3- даражали тор чанок-чин конъюгата 6 см дан кам бўлади.

Чанокнинг шакли	D. spinarum	D. cristarum	D. trichanterica	C. externa	C. diagonalis	C. vera
Нормал	25	28	31	20	13	11
Бир текис торайган	24	26	29	18	11	9
Оддий ясси	25	28	31	18	11	9
Рахитик ясси	27	27	31	17	10	8
Кўндаланг торайган	25	25	30	20	13	11

24.1.-жадвал

Тор чанок ўлчамлари

Ҳозирги пайтда асосан биринчи даражали тор чанок учраса, учинчи даражали тор чанок деярли учрамайди.

Клиник нуктаи назардан чанок ва ҳомила ўлчамлари бир-бирига тўғри келиши ва туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкинлигини ҳал қилиш учун қуйидаги қўшимча ўлчамларни аниқлаш керак:



1. Катта чанок ўлчамлари.

2. Чанок айланаси.

3. Диагонал конъюгата.

4. Чин конъюгата.

5. Кичик чанокнинг чиқиш ўлчамлари (тўғри ва кўндаланг).

6. Михаэлис ромбининг ўлчамлари.

7. Соловьев индекси.

8. Катта чанокнинг қийшиқ ва ён ўлчамлари.

9. Қов бирикмаси баландлиги.

10. Симфизнинг ўртасидан 2-3 думғаза умуртқалари бирикмасигача бўлган масофа (қовдумғаза ўлчами).

Чанок торайиш даражасини ва шаклини аниқлашда юқорида келтирилган ўлчамлардан ташқари пельвиометрия ва ультратовуш текшириш жуда катта аҳамиятга эга. Рентгенопельвиометрия орқали чанокнинг қуйидаги тўрт шакли тафовут қилинади.

1. Гинекоид (genecos-аёл) чанок кичик чанокқа кириш айлана ёки кўндаланг овал шаклида бўлади.

24.1.-расм. Тор чанокнинг турлари: 1 катор- нормал чанок, бир текис торайган чанок;

2 катор- ясси чанок, бир текис торайган- ясси чанок; 3 катор- кўндаланг торайган чанок, қийшайиб торайган чанок.

2. Андроид (androg-эркак) чаноккичик чанокда кириш учбурчаксимон бўлиб, ков бурчаги ва ёйи тор бўлади.

3. Антропoid чанок (кўндалангига торайган чанок) кичик чанокка кириш бўйламаовал шаклида бўлиб, чанокнинг тўғри ўлчамлари кўндаланг ўлчамларига нисбатан узунрок бўлади.

4. Платипелoид (ясси) чанок-чанокда кириш кўндаланг овал шаклида бўлиб, кўндаланг ўлчамлари тўғри ўлчамларига қараганда узунрок бўлади.

Тор чанокни юзага келтирувчи сабаблар она ва ҳомила ўртасида модда алмашиш бузилиши, яъни фетоплацентар комплексининг патологияси,

болалик ва ўсмирлик давридаги касалликлар, бола ҳаётидаги қониқарсиз муҳит, оғир юқумли касалликлар, эндокрин системанинг патологияси, суяк шикастланишлари ва бошқалардир.

Тор чанокни аниқлашда анамнез йиғиш, умумий объектив ва акушерлик текшириш усуллари қўлланилади, жумладан қорин кўриниши (24.2.-расм), бел-думгаза ромби шаклини кўздан кечириш (24.3.-расм), акушерлик анамнези, чанокни ўлчаш, қин орқали текшириш йўли билан конъюгатани аниқлаш, ҳомила ўлчамлари ва бошқалар аҳамиятга эга.

24.2.-расм. Тор чанокли аёлларда қорин кўриниши:

1 – осилган, 2 – ўтқир учли қорин



24.3.-расм. Михазлис ромби кўриниши: 1- нормал, 2- бир текис торайган чанок, 3- ясси чанок, 4- кўндаланг торайган чанок.

24.2. ЧАНОҚ ТОР БЎЛГАНДА ТУҒРУҚНИНГ УТИШИ

Чанокнинг торайиш шаклига қараб туғруқ механизми ўз хусусиятларига эга бўлади.

Ҳамма томонидан барабар торайган чанокда туғруқ механизми

Ҳамма томонидан барабар торайган чанок деб, ўлчамлари бир хилда торайган чанокқа айтилади.

Бундай чанокларда туғруқ механизми нормал ўлчамли чанокдагидай ўтиб, лекин ҳар бир лаҳза ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

1. Ҳомила боши чанокқа кириш текислигида эгилади, шу сабабли бу ҳол унга ўқ-ёйсимон чок билан чанокқа кириш текислигининг қийшиқ ўлчамларидан бирида туришга имкон беради.

2. Ҳомила бошининг эгилиши кичик чанокнинг кенг қисмидан тор қисмига ўтаётган пайтига тўғри келади. Ҳомила боши чанок тор қисмида янада кўпроқ қаршиликка учраб, янада кўпроқ эгилади, кичик лиқилдок пастга тушади ва чанок марказига яқинлашади ҳамда чанокнинг ўтказувчи ўқига тўғри келади.

Ҳомила бошининг бундай эгилиши Редерер асинклитизми деб ном олган. Ҳомила бошининг бундай эгилиши ўзининг энг кичик айланаси билан чанокнинг энг тор жойидан ўтишга имкон беради.

3. Ҳомила боши максимал эгилганлиги туфайли у бўйига чўзилиб кетади ва долихоцефалик конфигурация деб аталади.

Бу уч хусусият туғруқ механизмининг биринчи ва иккинчи лаҳзаларида учрайди. Ҳомила боши ўқ-ёйсимон чок билан чанок чиқиши текислигининг тўғри ўлчамида ётади ва ҳомила боши ёзилади. Шундай қилиб, туғруқнинг давом этиши анча ўзгаради.

Кўндаланг торайган чанокда туғруқ механизми

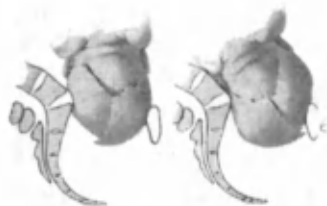
Кўндалангига торайган чанок деб, кўндаланг ўлчамлари 1 см ёки ундан кўпроқ камайиб чин конъюгатанинг ўлчамлари нормал ёки катта чанокқа айтилади. Бундай чанокли аёлда ҳомила бошининг юқорида тўғри туриб қолиши кузатилади. Бунда ҳомила боши ҳаддан зиёд эгилади ва эгилган ҳолда ўқ-ёйсимон чок билан чанокнинг ҳамма текисликларидан тўғри ўлчами билан қайтади ва ҳомила энса олдинда ётиши олдинги тур механизмида, яъни нормал биомеханизмда туғилади, агар орқа тур бўлса, айланиш чанок бўшлиғида бўлиб, кўпинча турли хил асоратларга олиб келади.

Ясси чанокда туғруқ механизмининг хусусиятлари

Рахитик ясси чанокда фақат чанок киришининг тўғри ўлчами қисқарган, оддий ясси чанокда — чанокнинг барча тўғри ўлчамлари қисқарган. Ясси чанокларда туғруқ механизми куйидаги хусусиятларга эга.

1. Ҳомиланинг боши ўқ-ёйсимон чок билан кичик чанок оғзининг кўндаланг ўлчамида туради. Ҳомила боши чанок оғзида бироз орқага қайрилади ва ёзилади.

2. Ҳомила бошининг асинклитик сукилиши юзага келади (олдинги ва орқа асинк-



24.4.-расм. Бошнинг олдинги ва орқа асинклитик сукилиши



24.5.-расм. Киндикнинг олдинга тушиши.

литизм).

3. Ҳомила бошининг хаддан ортик (ўта) брахиоцефал конфигурацияси кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган хусусиятлар туғрук механизмининг I- лаҳзаси учун хосдир. II-III-IV лаҳзалар одатдагидай ўтади.

24.3. ТОР ЧАНОҚНИНГ АСОРАТЛАРИ

Туғрук пайтида тор чанокли аёлларда куйидаги асоратлар бўлиши мумкин.

1. Қоғанок сувининг вақтидан олдин кетиши.

2. Киндикнинг олдинга тушиши

3. Туғрук дардининг сустлиги ва унинг чўзилиши.

4. Функционал тор чанокнинг юзага келиши.

5. Она юмшоқ тўқималари ва ҳомила бошининг шикастланиши.

6. Ҳомиланинг чала туғилиши, чаноғи билан келиши, кўндаланг ётиши.

Тор чанокда туғрукнинг ўтиши ва унинг оқибатлари ҳомиланинг ўлчамлари, ҳомиланинг олдинда ётувчи қисмининг тўғри суқилиши ва унинг конфигурациясига, тўлғоқнинг кучига ва аёлнинг умумий аҳолига боғлиқ бўлади.

Тор чанокда туғрукни бошқариш энг қийин ва асосий масалалардан бири ҳисобланади ва туғрукни олиб боровчи шифокорнинг малакасига боғлиқдир.

Тор чанокли ҳомиладорларни олиб боришда амбулаториянинг вази-фаси куйидагилардан иборат:

а) ҳомиладор аёлларни барвақт ҳисобга олиб, уларни алоҳида диспансер гуруҳларига киритиш.

б) тор чанокли ҳомиладор аёлларни туғрук пайтидан 2-3 ҳафта олдин акушерлик стационарига юбориш лозим.

Бу ҳомиладор аёллар учун туғрукни бошқариш режасини тузиш шарт.

Ҳомилани антенатал нормал ривожини таъминлаш, инфантилизм ва бошқа болалар касалликларининг олдини олиш, ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, вояга етгач, ички секреция безлари фаолиятини кузатиб туриш каби тадбирлар орқали торайган чанок вужудга келишининг олдини олиш мумкин.

24.4. КЛИНИК ТОР ЧАНОҚ

Функционал, клиник тор чанок деб, туғрук пайтида ҳомила ўлчамларининг ҳомиладор аёл чаноғи ўлчамларига тўғри келмаслик ҳолатига ай-тилади. Туғрукнинг узоқ кечиши ёки жаррохлик аралашувлари ёрдамида кечишидан қатъи назар, ҳомила ўлчамларига тўғри келмайдиган ҳар бир ҳол функционал жиҳатдан тор чанок ҳисобланади.

Учраши: Функционал жиҳатдан тор чанок умум туғруқларга нисбатан 1,5-2,5% ҳолларда учрайди. Функционал жиҳатдан тор чанокда туғруқнинг кечиши ҳомиладор аёл чаноғи билан ҳомила ўлчамларининг бир-бирига мос келмаслигига боғлиқ. Тор чанокда кўпинча туғруқ даври чўзилиб кетади, қоғанок сувларининг барвакт кетиши ҳомила киндигининг тушиши, нормал жойлашган плацентанинг барвакт кўчиши, эндометрит, ҳомила асфиксияси, жароҳатлар учраб туради. Ҳомиладор аёллар чаноғининг функционал торлигини исботловчи клиник белгилар қуйидагича: бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлиб, туғруқ кучлари яхши бўлишига қарамай, ҳомиланинг туғруқ йўлларида суст ҳаракатланиши ёки олдинга ҳаракатнинг йўқлиги, ҳомила бошининг чанокда сурилиши, конфигурацияси хусусиятлари, Вастен белгисининг кўрсаткичи, Цангемейстер ўлчамининг ташқи конъюгатадан катталиги, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари, бачадон деворининг ёрилиш хавфи белгилари ва бошқалар киради.

Туғруқ кучлари нормал бўлиб, бачадон бўйнининг тўлиқ очилган ҳолатида ҳомила бошининг илгарилама ҳаракатлари сустлиги ёки умуман йўқлиги ўлчамларнинг мутлоқ ёки нисбатан тўғри келмаслигидан далолат беради. Ҳомила бошининг сурилиш механизми (туғруқ механизми) чанокнинг ушбу формасига тўғри келиши ёки келмаслиги мумкин. Биринчи ҳол мослашиш механизми бўлиб, иккинчи ҳол эса салбий ҳисобланади. Ҳомила бошининг яхши конфигурацияланиши туғруқнинг нормал тугалланишида муҳим рол ўйнайди.

Ҳомила боши чанок оғзига суқилгандан кейин Вастен белгиси аниқланади. Текширувчи қўлининг кафтини симфиз юзасига қўйилиб юқорига олдинда ётган ҳомила боши соҳасига сирпантирилади; 1) ҳомила бошининг олдинги юзаси симфиз сатҳидан баланд бўлса, ҳомила боши чанокқа мутлоқ тўғри келмайди (Вастен белгиси мусбат), 2) ҳомила боши чанокқа салгина тўғри келмаса олдинги юзаси симфиз билан бир сатҳда туради (Вастен белгиси баравар), 3) ҳомила боши чанокқа мос келганда ўқнинг олдинги юзаси симфиз сатҳидан пастда бўлади (Вастен белгиси манфий).

Цангемейстер ўлчамининг ташқи конъюгата ўлчамидан катталиги тор чанокнинг ишончли далили ҳисобланади, сийдик пуфагининг сиқилиши симптоми ҳам тор чанок борлигини билдиради ва бунда сийдик чикаришнинг тўхташи ёки камайиши кузатилади.

Таснифи: Функционал жиҳатдан тор чанок ҳомила чанок ўлчамларининг тўғри келмаслиги жиҳатидан 3 даражага бўлинади (Калганова бўйича):

I даражали функционал тор чанок озгина тўғри келмаслиги кузатилганда: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш хусусиятлари нормал туғруқ механизмига мос бўлади, боши яхши конфигурацияланади, Вастен белгиси манфий бўлади, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан кам, туғруқ кучи нормал бўлиб, туғруқ даври 2-4 соатга чўзилади.

II даражали функционал тор чанок (нисбий тўғри келмаслик) белгилари: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш хусусиятлари анатомик тор чанок шаклига мос келади, ҳомила боши кескин конфи-

гурацияланади, ҳомила боши кичик чанок текисликларида узоқ туради, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари борлиги, Вастен белгиси «баравар», Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгата ўлчамига баравар келади.

III даражали функционал тор чанок (мутлоқ тўғри келмаслик): бундай хилда туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқилиш механизми ушбу тор чанок формасига хос бўлмайди, бошнинг конфигурацияси кам ёки конфигурация бутунлай кузатилмайди, Вастен белгиси мусбат, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан катта, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари намоён бўлади ва тўлғоқ ўз вақтидан олдин келади. Туғруқ кучлари нормал, бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлишига қарамай, ҳомиланинг илгариларга ҳаракатлари суғу ёки умуман йўқ, бачадон деворининг ёрилиш ҳавфи белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Диагностикаси: Функционал жиҳатдан тор чанокнинг диагностикаси ҳомиладор аёлнинг акушерлик анамнезини ўрганишдан бошланади. Агар олдинги ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетган ёки оператив ара-лашувлар (кесарча кесиш, акушерлик қисқичлари, вакуум-экстракция, краниотомия) ёрдамида, ҳомила асфиксия ҳолатида ёки ўлик туғилган бўлса, ҳозирги туғруқ жараёнида асоратлар бўлиши ҳавфи бор. Маълумки, анатомик тор чанок туғруқда функционал жиҳатдан тор чанок келиб чиқишининг асосий сабаби ҳисобланади. Шунинг учун чанокни ўлчаш, ҳомиладорни кўздан кечириш, ташқи кузатув асосида тор чанок борлигини тасдиқловчи белгилар: умумий инфантилизм, бўйи 150 сантиметрдан паст, болаликда кечган рахит белгилари, сколиоз, кифоз аниқланади. Анатомик тор чанокқа шубҳа туғилганда рентгенопельвиометрия, ультратовуш текширув ёрдамида унинг асосий ўлчамларини аниқлаш мумкин.

Туғруқни бошқариш. Туғруқни бошқариш учун аввало чанокни функционал жиҳатдан баҳолаш керак. Функционал жиҳатдан тор чанокда туғруқнинг кечиши ҳомила боши ва чанок ўлчамларининг бир-бирига тўғри келиш - келмаслигини ўз вақтида аниқлашга борлиқ.

Туғруқни олиб бориш тактикасини ўрганишда қуйидагиларни назарда тутиш керак: акушерлик анамнези, ҳомиладорлиқнинг кечиши, чанок шакли ва ўлчамлари, кўпчилик ҳолларда туғруқ даврида пешона-нинг олдинда ётиши, ҳомила бошининг тўғрилиги жиҳатидан баҳоланади. Фақат бир неча ҳолларда, яъни туришини бачадон очилиш даврида баҳолаш мумкин.

Функционал тор чанокнинг биринчи ва иккинчи даражасида туғруқни бошқаришда кутиш ҳолатига амал қилинади.

Учинчи даражали функционал тор чанокда она ва ҳомила ҳаётини сақлаш мақсадида кесарча кесиш операцияси, ҳомила ўлик бўлганда эмбриотомия қилинади.

II-III даражали функционал тор чанокда акушерлик қисқичларини ишлатиш ман қилинади. Агар ҳомила ўлик бўлса, краниотомия қилиш мумкин.

Функционал жихатдан тор чанокни ўз вақтида аниқлаш, туғрукни бошқариш тактикасини тор чанок даражасига боғлиқ ҳолда олиб бориш натижасида перинатал ўлим ва бошқа асоратлар камайиши мумкин.

Профилактикаси. Функционал жихатдан тор чанокда учрайдиган асоратларнинг олдини олишда оилавий поликлиника муҳим рол ўйнайди. Агар аёлларда анатомик тор чанок ёки функционал тор чанокка олиб келиши мумкин бўлган сабаблар аниқланса, аёл юқори хавф гуруҳига киритилади ва ҳомиладорни текшириш мақсадида акушерлик бўлимига туғруқдан 7-10 кун олдин ётқизилади. Бу ерда туғдириш усуллари аниқланади ва рационал олиб борилади.

Амалий кўникмалар.

1. Цангейм-естер синамаси

Мақсад: клиник тор чанокни аниқлашда фойдаланилади.

Асбоблар: чанок ўлчагич.

1. Аёл кушеткага ҳомила позициясига қараб ётқизилади.
2. Чанок ўлчагич бир учи ромбсимон чуқурчанинг юқори бурчагига қўйилади, иккинчи учи симфизнинг юқори равоғига қўйилади.
3. Чанок ўлчагичнинг биринчи учи ромбсимон чуқурчанинг юқори бурчагига қўйилади, иккинчи учи ҳомиланинг бошига қўйилади.
4. Биринчи ҳолда олинган оралиқ масофа иккинчи ҳолдагидан катта бўлса «Цангейм-естер манфий» дейилади.
5. Агар биринчи ҳолда олинган оралиқ масофа иккинчиси билан тенг бўлса, «Цангейм-естер тенг» дейилади.
6. Агар биринчи ҳолда олинган оралиқ масофа иккинчисидан кичик бўлса, «Цангейм-естер мусбат» дейилади, бу ҳолда туғруқ кесарча кесиш билан тугалланади.

2. Вастен синамаси

Мақсад: чанокни функционал баҳолаш.

Шароит: ҳомиладор аёл кушеткага горизонтал ҳолатда ётқизилади.

1. Чап қўлнинг иккинчи ва учинчи бармоқлари ҳомила бошига қўйилади.
2. Ўнг қўлнинг иккинчи ва учинчи бармоқлари қов суягининг юқори равоғига қўйилади.
3. Агар чап қўлнинг бармоқлари ўнг қўлнинг бармоқларидан юқори турса, «Вастен мусбат» дейилади.
4. Агар чап қўлнинг бармоқлари ўнг қўлнинг бармоқларидан паст турса, «Вастен манфий» деб баҳоланади.
5. Агар чап қўл бармоқлари ўнг қўл бармоқлари билан бир текисликда турса, «Вастен тенг» деб баҳоланади.

Масалалар

1. Қайта туғувчи 26 ёшдаги аёл. III ҳомиладорлик, III туғруқ. Туғруқда 20 соатдан бери. 22 соат аввал сувлар кетган. Тана ҳарорати 38,8, титрок, йирингли ажралмалар. Суртма таҳлилида– лейкоцитлар кўп миқдорда. Чанок ўлчамлари: 26-27-31-17. Ҳомила жойлашуви бўйлама, олдинда ке-

лувчи қисми – бошча. Бошча чанокқа тақалган. Ҳомила бошчасининг би-
париетал ўлчами 12 см. Вастен белгиси +. Контракцион ҳалқа симфиз ва
киндик ўртасида жойлашган. Ҳомила юрак уриши минутага 160 марта,
бўғиклашган.

Р. V. Бачадон бўйни тўлиқ очилган, қоғаноқ пардаси йўқ, ҳомила бош-
часи чанокқа кириш қисмига тақалган, бошчада туғруқ шиши. Диагонал
конъюгата 10 см.

1. Диагноз II. Туғруқни қандай олиб борилади?

2. Қайта туғувчи 28 ёшдаги аёл. II ҳомиладорлик, II туғруқ. Чанок
ўлчамлари: 23-26-29-18, ҚА – 107 см, БТБ – 35 см. Ҳомила жойлашуви
бўйлама, олдинда келувчи қисми – бошча. Ҳомила юрак уриши минутага
136 марта, аниқ. Сувсизлик даври 5 соатни ташкил этди. Р. V. Бачадон
бўйни тўлиқ очилган, қоғаноқ пардаси йўқ, ҳомила бошчаси чанок ки-
риш қисмига яхши тақалган. Ўқ-ёйсимон чок чанокқа кириш қисмининг
тўғри ўлчамида, кичик лиқилдок думғазага қараган. Диагонал конъюгата
11 см.

1. Диагноз II. Туғруқни қандай олиб борилади?

3. 26 ёшдаги туғувчи аёл туғруқнинг I даврида қабул қилинди. II туғруқ.
1- туғруқ ҳомила ўлими билан тугалланган. Михаэлис ромби яссиллашган.
Чанок ўлчамлари: 26-26-31-17. Соловьёв индекси 15 см. Тўлғоқлар кучли,
ҳар 2 минутда 40-45 секунддан. Цангемейстер ўлчами 17 см. Р. V. Бачадон
бўйни 8 см очик. Қоғаноқ пуфаги аниқланади. Ҳомила бошчаси чанокқа
тақалган. Диагонал конъюгата 10,5 см.

**1. Диагноз II. Туғруқни олиб бориш режаси? III. Юзага келиши мумкин
бўлган асоратлар?**

4. Биринчи туғувчи аёл, 28 ёшда, чанок ўлчамлари: 25-28-31-18. Со-
ловьев индекси 14 см. Ҳомиланинг тахминий вазни 3000 г. Ҳомила жой-
лашуви бўйлама, биринчи позиция, олдинда бошча. Тўлғоқлар ҳар 1-2
минутда, кучли, 40 секунддан. Сувлар 1 соат аввал кетди. Р. V. Бачадон
бўйни силлиқлашган, четлари юмшоқ, оғзи 10 см очик. Қоғаноқ парда-
си йўқ. Ҳомила бошчаси кичик сегменти билан кичик чанокда, ўқ-ёйси-
мон чок кўндаланг ўлчамда, промоторийга яқин. Кичик лиқилдок катта
лиқилдок билан бир текисликда. Диагонал конъюгата 11 см.

**1. Диагноз II. Туғруқни олиб бориш режаси? III. Юзага келиши мумкин
бўлган асоратлар?**

5. Қайта туғувчи аёл 26 ёш, туғруқнинг биринчи даврида келган. Туғруқ
иккинчи. Биринчи ҳомиладорликдан ўлик ҳомила туғилиши кузатилган.
Михаэлис ромби – яссиллашган. Чанок ўлчамлари 26-26-31-17. Соловьёв
индекси 15 см. Кучаниқ ҳар 2 минутда 40-45 секунддан. Цангемейстер ўл-
чами 17 см. Очирилиши 8см, қоғаноқ пуфаги бутун. Ҳомила боши кичик
чанок кириш қисмига тақалган. Диагонал конъюгата 10,5см.

Диагноз. Туғруқни олиб бориш тактикаси, асоратлари.

6. Ҳомиладорлик патологияси бўлимига 26 ёшли ҳомиладор келган.
Ҳомиладорлик вақти 38 hafta. Чанок ўлчамлари 23-26-29-18 см. Диаго-
нал конъюгата 11 см, эхография кўрсаткичлари: ҳомила бош ҳолатида,
тахминий вазни - 2300гр. Бачадон тубида йўлдош етилишининг 3 даража-
си. Доплерометрияда қон айланиши ситемаси она-йўлдош - ҳомила II да-
ражали бузилиши, камсувлилиги аниқланган. Диагноз? Туғруқни қандай

ўтказиш керак?

7. 34 ёшли туғувчи аёл. III ҳомиладорлик, II туғрук. I ҳомиладорлик 3 йил аввал туғрук кийин кечганлиги сабабли ўлик ҳомила туғилиши билан тугалланган. Ҳомила вазни 3400 гр, мияга қон қуйилган. II ҳомиладорлик 1 йилдан кейин аборт билан тугалланган. Ҳозирги ҳомиладорлик анамнезига кўра вақтидан ўтган. Чанок ўлчамлари 27-28-30-17,5. Михаэлис ромбининг юқори бурчаги яссилашган.

P.V. Бачадон бўйни тўла очик, ҳомила бошчаси чанокқа тақалган. Ўқёйсимон чок кўндаланг ўлчамда, кичик лиқилдоқ чапда, катта лиқилдоқ ўнгда. Диагонал конъюгата 10,5 см. Вастен белгиси +. Яхши туғрук фалиятида 2 соат ичида ҳомила бошчаси конфигурацияси кузатилмади. I. Диагноз? II. Туғрукни олиб бориш режаси?

8. Муддатли туғиш, катта ҳомила, вазни 4300 гр. Туғишнинг 3-даври 10 дақиқа давом этади. Йўлдошнинг тўлик ажралиш аломатлари йўқ. Қон йўқотиш 250 мл га етди. Қон оқиши давом этаяпти. Диагноз? Нима қилиш керак?

9. Туғадиган аёл туғишнинг 2 даврида 1 соатдан буён турибди. 5-ҳомиладорлик, 4-туғиш. Ҳомиланинг тахминий массаси 4200 гр. Ҳомила юрак уриши ритмик, аниқ-160 мин. Тўлғокнинг кучаниш характери ҳар 3 дақиқада - 35-40 сек. давом этади. Чанок ўлчамлари 25-28-31-20 см. Қин текширувида бачадон орзи тўла очик. Ҳомила боши кичик чанокқа кираяпти. Ҳомила калла суяклари зич, чоки ва чуқурчалари яхши билинмайди. Чанок - думғаза дўмборига етиб бўлмайди, сув кетаяпти, чиқиндилар билан аралашган. Диагноз? Тактикангиз?

Ўргатувчи тестлар.

1. Ҳомиладорликда чанокнинг ва ҳомила бошининг клиник мос келмаслигини қандай белгиларидан билиш мумкин.

Туғруқдан олдин чанокқа кириш текислигида турган ҳомила боши ҳаракатчан.

Ҳомиланинг нотўғри ётиши ва жойлашиши.

Бачадон тубининг ҳомиладорлик охирида юқорида туриши.

Осилган ёки чўқкайган қорин.

2. Тўғри жавобларни кўрсатинг:

АТЧ - бунда ҳамма ўлчамлар ёки 1 та ўлчам 1,5-2 см га қисқарган бўлади.

АТЧ - чин конъюгатанинг ўлчами қисқарган чанок.

КТЧ - бу ҳомила боши ўлчами ва она чаноғининг бир-бирига мос келмаслиги.

3. АТЧ нинг 3 та торайганлик даражасини кўрсатинг:

I даражаси-чин конъюгата 10-8 см га тенг.

II даражаси-чин конъюгата 8-6 см га тенг.

III даражаси-чин конъюгата 6 см ва ундан кам.

4. Анатомик ва клиник тор чанокқа таъриф беринг?

АТЧ - бу чанок бир ёки барча ўлчамларининг 1,5-2 см ва кўпга торайганлиги.

КТЧ - ҳомила боши ва она чаноғи ўртасидаги номутаносиблик

5. Тор чаноқнинг кўп учрайдиган формаларини айтинг:

Умум торайган тор чанок.

Оддий ясси чанок.

Ясси рахитик чанок.

Кўндалангига торайган чанок.

Кичик чанок кенг текислиги тўғри ўлчами торайган чанок.

6. Ясси рахитик чаноқнинг 5 белгисини айтинг:

Ёнбош суяклар қанотлари ёйилган, дистанция *spinae* дистанция *cristarum* га яқинлашган.

Михазлс ромби учбурчак шаклида бўлади.

Промонториум ковга яқинлашган.

Чанокқа кириш буйрак кўринишида бўлади.

Чанок кириш текислигининг тўғри ўлчами торайган.

7. Кўндалангига торайган чаноқнинг 4 белгисини айтинг?

Чанок кўндаланг ўлчамларининг 0,6-1 см ва бундан кўпга торайган-лиги.

Чанокқа кириш ва торайган текисликлари тўғри ўлчамлари нисбатан торайган ёки кенгайган.

Чанокқа кириш айлана ёки бўйлама – овал кўринишида бўлади.

Ёнбош суяклари қанотлари кам ёйилган.

Қов равоғи тор.

8. Ҳомиладорликда қайси 4 белгига асосланиб клиник тор чаноқни аниқлаймиз?

Бошининг ўта конфигурацияси

Вастен ва Цангемейстер белгиларининг мусбат бўлиши.

Вақтидан олдин кучаниш бошланиши

Яхши туғруқ фаолияти ва бачадон бўйнининг тўлиқ очилганлигига қарамадан ҳомила бошининг ҳаракати бўлмаслиги

Сийдик тутилиши

9. АТЧ да ҳомиладорликда кузатиладиган 5 асоратларни санаб ўтинг:

Қоғаноқ сувларининг барвақт кетиши.

Ҳомила майда қисмларининг тушиши.

Ҳомила нотўғри ҳолатининг ҳосил бўлиши.

Ҳомила чаноғи билан келиши.

Ҳомила бошининг нотўғри сукилиши.

10. КТЧ га олиб келувчи 5 асосий сабабни айтинг?

Анатомик тор чанок

Катта ҳомила

Гидроцефалия

Ҳомила боши конфигурацияси йўқлиги

Ҳомила бошининг нотўғри сукилиши

11. АТЧ да туғруқнинг клиник кечиши хусусиятлари?

Чўзилиб кетган туғруқ.

Туғрук кучлари сустлиги.

Қоғаноқ сувининг барвақт кетиши, киндик ва ҳомила майда қисмларининг тушиб кетиши.

Ҳомила гипоксияси.

Туғрукнинг III ва ilk чилла даврида қон кетиши.

12. Тор чанок билан туғруқда кузатиладиган асоратлар:

Туғруқда эндометрит.

Клиник тор чанок.

НЖЙБК.

Перинатал ўлим.

Туғрукнинг III ва ilk чилла даврида қон кетиши.

Туғруқда она ва бола жароҳати.

Туғрук кучлари нуқсонлари.

Юқори фоизда оператив туғрук.

13. Тор чанок билан чилла даврида кузатиладиган асоратлари?

Чилла даври септик касалликлари

Илк чилла даврида гипотоник ва атоник қон кетишлар

Сийдик йўли билан жинсий аъзолар ўртасида оқма яралар пайдо бўлиши

Чанок бирикмаларининг жароҳати

Юмшоқ туғрук йўллари жароҳати

14. АТЧ ривожланишининг асосий сабаблари:

Болаликда тўйиб овқатланмаслиги.

Ёшлигида ўтказилган касалликлар: рахит, полиомиелит, болалар церебрал фалажи ва б.

Чанок, оёқлар ва умуртқа синиши, жароҳати.

Суяк сили.

Остеомаляция.

15. Умуртқанинг қандай деформацияси тор чанок ривожланишига олиб келади?

Кифоз.

Сколиоз.

Спондилолистероз.

Думғаза деформацияси.

16. Ҳозирги пайтда чанокнинг кўндаланг торайишига олиб келувчи омиллар:

Акселерация.

Спортчи қизларнинг ҳайзни тўхтатиш учун гормонлар қабул қилиши

17. Ҳозирги пайтда тор чанокнинг қайси 3 хили кўп учрайди

Кўндалангига торайган.

Кичик чанок кенг текислиги тўғри ўлчами торайган чанок.

18. АТЧ ни аниқлашнинг асосий усуллари:

Анамнез.

Умумий кўрик

Ташқи пельвеометрия.

Қин орқали кўрик.

19. АТЧ ни аниқлашда қўшимча усуллар:

УТТ

Рентгенопельвеометрия.

Компьютер томографияли пельвеометрия.

Магнит-резонанс томография.

20. АТЧни аниқлашда қайси анамнез маълумотлари ёрдам беради?

Болаликда ўтказилган рахит, полиомиелит.

Чанок, умуртқа, оёқларнинг жароҳатлари.

Олдинги туғруқларнинг асоратли кечиши.

Анамнезидан оператив туғруқ.

Чақалоқларда ўлик туғилиш, мия жароҳатлари, эрта неонатал даврда неврологик статуснинг бузилиши, эрта болалар ўлими.

21. Ҳомиладорни ташқи кўрувда қайси маълумотлар тор чанок борлигини кўрсатади?

Бўйи 150 см дан паст.

Боши квадрат шаклида, оёқлар деформацияси.

Ўткир учли ва осилган қорин.

Чанок эгилиш бурчаги кичиклашади.

Михазлс ромби ўлчамлари камайиши ва унинг деформацияси.

22. АТЧ да кесарча кесишга 6 асосий кўрсатмани айтинг:

Катта ҳомила.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.

Ҳомила сурункали гипоксияси.

Ҳомила чаноғи билан ёки нотўғри ётиши.

Кесарча кесишдан кейинги ҳолат.

Акушерлик анамнезига мойил, 30 ёшдан ўтиб биринчи туғувчилар.

23. Анатомик тор чанокда туғруқни бошқариш тамойиллари.

Туғруқда чанокни функционал баҳолаш

Вақтидан олдин қоғанок сувларининг кетиши профилактикаси

Туғруқ фаолияти аномалияси профилактикаси.

Ҳомила гипоксияси профилактикаси.

Ҳомила ва аёлнинг аҳволини кузатиш.

XXV БОБ

ҲОМИЛАНИНГ КЎНДАЛАНГ ВА ҚИЙШИҚ ЁТИШИ

Мақсад.

Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ётиши тушунчаси, сабаблари, диагноз қўйиш туғруқнинг кечиши асоратлари ва уни олиб боришни ўргатиш.

Режа.

1. Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ётиши ҳақида тушунчани библиогра.

2. Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётиши сабабларини ўрганиш.

3. Диагноз қўйиш, туғруқнинг кечиши.

4. Туғруқнинг асоратлари ва туғруқни олиб бориш.

Кўпинча ҳомила бачадонда узунасига ётади. Бу 99,5% ни ташкил қи-

лади. Қолган 0,5% ҳолларда ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётади, яъни ҳомила ўқи бачадоннинг бўйлама ўқини тўғри ёки ўткир бурчак ҳосил қилган ҳолда кесиб ўтиши 200-250 туғруқда биттага тўғри келади.

Агар ҳомиланинг бўйлама ўқи бачадоннинг бўйлама ўқи билан тўғри бурчак ҳосил қилса, ҳомиланинг кўндаланг ётиши, ўткир бурчак ҳосил қилса, ҳомиланинг қийшиқ ётиши дейилади. Ҳомиланинг қийшиқ ётиши кўндаланг ётишидан кўра кўпроқ учрайди.

Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётиши ҳар хил сабабларга кўра вужудга келади. Бу ҳолат биринчи туғувчилардан кўра, қайта туғувчиларда кўпроқ учрайди. Бунга қуйдагилар сабаб бўлади:

1. Кўп туққан аёлларда қорин девори кўпинча шунчалик бўшашиб кетадики, ҳомила ўз шаклини осонликча ўзгартирадиган бўлиб қолади.

2. Кўп сувлилиқ ҳам бачадон деворини анча кенгайтириб юборади. Натижада ҳомиланинг кимирлашига қулай шароит туғилади. Шунга кўра жуда кўзғалувчан ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ҳолатда туриб қолиши осон бўлади.

3. Эгиз ҳомилада, кўпинча ҳомилалардан биттаси кўндаланг ёки қийшиқ ётиб қолиши мумкин.

4. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ҳолатда туриб қолиши кўпинча бачадон таракқиёти аномалиясида учрайди. Масалан, *uterus arcuatus* да бачадоннинг кўндаланг ўлчови унинг узунлигидан катта бўлади, шунга кўра ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ жойлашади. Бачадон деворида миома бўлганда ҳам шу ҳолатларни учратиш мумкин.

5. Чанок тор бўлганда ҳам ҳомиланинг кўндаланг бўлиб қолишига қулай шароит туғилади. Қориннинг осилиб тушиши, қоранок сувининг кўп бўлиши, ҳомила бошининг катталиги, вақтдан илгари туриш ва ўлик ҳомилада ҳам ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ҳолатда ётганлигини кузатиш мумкин.

Диагноз қўйиш. Аввало ташқаридан бачадон шаклини аниқлаш йўли билан ҳомиланинг қандай ётганини билиш мумкин. Кўпинча ҳомиладор аёлнинг фақат қорнини кўриш биланок буни аниқласа бўлади. Бачадонни қорин девори орқали текширилганда унинг узунасига чўзилмай кўндаланг жойлашган бўлиши жуда муҳимдир. Бачадон туби унинг шу муддатдаги бўйлама ётишидаги ҳолатдан анча пастда бўлади. Ҳомиланинг боши ва думбаси она қорни ён деворларини пайпаслаб кўриб аниқланади (Леопольд-Левицкий усули). Кўндаланг ҳолатларда ҳомиланинг қандай ҳолатда эканлиги бошининг туришига қараб аниқланади.

Агар ҳомиланинг боши чап томонда турган бўлса, бу биринчи ҳолат, агар ўнгда турган бўлса, иккинчи ҳолат ҳисобланади. Ҳар бир ҳолатнинг икки хил кўриниши бор: агар ҳомиланинг орқаси олдинга (онанинг қорин

девори томонига) қараган бўлса, олдинги кўриниш, орқага (онанинг умуртқаларига) қараган бўлса, орқа кўриниш бўлади. Одатда биринчи ҳолат ва олдинги кўриниш кўп учрайди (25.1., 25.2- расмлар).

Қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадон туби ва суяги усти соҳасидан ҳомиланинг йирик қисмларини топиб бўлмайди. Пайпаслаганда ҳомиланинг фақат кўндаланг ётганигина эмас, балки унинг ҳолати ва қайси кўринишда эканлиги аникланади.

Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш орқали ҳам унинг қайси ҳолатда ётганини аниқлаш мумкин. Агар ҳомиланинг юрак уриши аёл киндигининг чап ёнида эшитилса, ҳомиланинг биринчи ҳолатда, ўнг ёнида эшитилса, иккинчи ҳолатда эканлиги аникланади.

Ҳомиланинг кўндаланг ётганлигини ва қайси кўринишда эканини сув кетгандан кейин турруқ вақтида ички текшириш йўли билан ҳам аниқлаш мумкин. Бачадон бўйни тўла очилмай туриб, кин орқали текшириш қоғаноқнинг ёрилиб кетиш хавфини тўддиради. Сув кетган бўлса, олдинга келувчи қисмлари, елка камари, қўл, кўкрак қафасини топиш осон бўлади.

Ҳомиланинг қайси ҳолатда ётганини қўлтиқ ости чуқурчаси орқали ҳам аниқласа бўлади. Агар қўлтиқ ости чуқурчаси чап томонга берк бўлса, биринчи ҳолат, аксинча бўлса, иккинчи ҳолат бўлади.

Ўмров суяклари ва куракларнинг туришига қараб ҳам ҳомиланинг қайси ҳолатда эканлигини аниқлаш мумкин. Агар бунда ҳомиланинг кураклари олдинга, ўмров суяклари орқага қараган бўлса, олдинги кўриниш, аксинча бўлса-орқа кўриниш бўлади. Баъзан сув кетишидан ҳомиланинг қўли кинга тушиб қолади (бу патологик ҳолатдир). Бунда диагноз қўйиш осон бўлади. Қайси қўлнинг- чап ёки ўнг қўлнинг тушганлигини ҳам билиш катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳомиланинг тушган қўли билан фараз қилиб «кўришиш» керак. Агар тушган қўл шифокорнинг ўнг қўлига тўғри келса-бу ҳомиланинг ўнг қўли, аксинча бўлса - чап қўли эканлигини кўрсатади.

Тушган қўлни тўғри қилиб, қафтини олдинга қаратган ҳолда қўйилганда, агар катта бармоқ ўнгга қараган бўлса, бу ўнг қўл, чапга қараган бўлса, чап қўл бўлади. Шундай қилиб, ҳомила биринчи ҳолатда



25.1.-расм. Ҳомиланинг кўндаланг ётиши. Биринчи ҳолат олдинги кўринишда, бачадон бўйнининг очилиш даври, қоғаноқ ёрилмаган.



25.2.-расм. Ҳомиланинг кўндаланг ётиши, иккинчи ҳолат, орқа тури.

бўлганда ўнг қўлнинг тушиши- олдинги кўриниш, чап қўл тушса, орқа кўриниш эканлигидан далолат беради. Иккинчи ҳолатда ўнг қўлнинг тушиши орқа кўринишни, чап қўлнинг тушиши-олдинги кўринишни кўрсатади.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганда аёлда субъектив ҳолат унчалик билинмайди. Аммо уларда ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи, қоғаноқ сувининг эрта кетиб қолиши кўп учрайди.

Туғруқнинг кечилиши. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётиши энг оғир ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бунда ҳомиланинг мустақил, ўзи айланиб турилиши камдан-кам учрайди. Ҳомила кичик, яхши қўзғалувчан бўлганда ва қийшиқ ётганда мустақил турилиши мумкин. Баъзан ҳомила муддатига етмай она корнида ўлганига анча бўлиб, чириган (маперация) бўлса ёки катта бўлмаса, у ўз-ўзидан бурилиб ёки иккига букилган ҳолда турилиши мумкин. Ўз-ўзидан бурилиб турилганда туғруқ фаолияти кучли бўлиши натижасида ҳомила қисмлари кетма-кет туғилади: бунда ҳомила елкаси чанок кириш қисмига маҳкам суқилади, танаси букилган ҳолатни олади, думбалари, оёқлари туғилиб бўлгач, иккинчи елкаси ва ниҳоят ҳомиланинг боши туғилади. Бу ҳолатни ўлган ва чала ҳомилаларда кузатиш мумкин.

Ҳомила букланиб турилганда, иккига бўлинган ҳолда олдинги елка, сўнгра корнига босилган (сиқилган) ҳолда тана ва боши, энг охирида думбаси ва оёқлари чиқади. Кўпинча туғруқ ҳомила нотўғри ётган ҳолда бошланади. Оғир ҳолатлар туғруқнинг биринчи даврида рўй беради. Ҳомила нотўғри ётганда туғруқ акушерлик ёрдамисиз ўтса, одатда бачадон ёрилиши, ҳомила она корнида ўлиб қолиши мумкин. Ҳомила кўндаланг ва қийшиқ ётганда олдинда келувчи қисм бўлмайди, шунинг учун қоғаноқ суви иккига — олдинги ва орқа сувга бўлинмайди. Бундай ҳолда бачадон бўйни тўла очилиб бўлмасданок, босим таъсирида қоғаноқ ёрилади, қоғаноқ сувининг вақтидан илгари кетиб қолиши одатда туғруқ дардининг сусайишига сабаб бўлиши мумкин.

Сув кетганда киндик тизимчасининг қинга тушиши ҳам оғир патологик ҳолат ҳисобланади. Қоғаноқ сувининг олдин кетиб қолишига сабаб ҳомиланинг олдинда келувчи қисми йўқлигидир (одатда ҳомила боши билан туғилганда ҳомила бошида тақалиш камари вужудга келиши натижасида қоғаноқ суви олдинги ва орқа сувга бўлинади ҳамда киндик тушиши учун шароит бўлмайди).

Ҳомила кўндаланг ва қийшиқ ётганда бачадон ичида дард натижасида босим кучли бўлиб, тақалиш камари бўлмаганига кўра қоғаноқ босимга бардош беролмай ёрилиб, суви кетиб қолади ва дард кучи таъсирида ҳомила бачадоннинг пастки сегментига жойлашадида, сира қўзғалмайдиган бўлиб қолади. Ҳомиланинг орқа умуртқаси қайрилади, кўпинча ҳомила кўли тушиб, кўкариб қолади. Ҳар сафар дард тутганда

хомила чаноқ кириш йўлига елкаси билан чуқурроқ тикилиб кира боради, шундай қилиб чўзилиб, кенгайиб таранглашган бачадоннинг пастки сегментига ҳомиланинг кўп қисми жойлашади (25.3.-расм). Натижада кўндаланг ва қийшиқ ҳолатнинг ўтиб кетган тури вужудга келади.



25.3.-расм. Ҳомиланинг кўндаланг елка билан келиши.



25.4. расм. Ҳомиланинг бачадонда ётиши: кўндаланг ётганидаги ўтиб кетган ҳолати.

мила шу қисмига жойлашиб қолади. Ретракцион ҳалқа эса, юқорида айтганимиздек, бачадоннинг актив ва пасив қисмларини ажратувчи ҳисобланиб, унинг жойлашиши бачадоннинг пастки сегменти хаддан ташқари кенгайиб кетганидан далолат беради. Бачадоннинг думалок бойлами (lig. rotundum), айниқса чап томондагиси таранг тортилади. Бу ҳамма белгилар ҳомиланинг хаддан ташқари кўндаланг ётиб қолганлигини кўрсатади. Бунда кўпинча ҳомила туғилишга имкон тополмай, нобуд бўлади (25.4.-расм).

Туғаетган аёл бетоқат бўлади, томир уриши тезлашади, бачадон пастки сегментидаги оғриқ зўраяди. Бу вақтда тўсатдан қичқириб юборади, баъзан аёл қорнида «бир нарса йиртилганидан» шикоят қилиб, аҳволи оғирлашади. Аёл оқариб кетади, пульси сусаяди, қон босими пасайиб кетади, қиндан қон келади. Ҳомила қорин бўшлиғига чиқади, шунга кўра оғриқ шакли ўзгаради.

Баъзи ҳолларда ҳомила кўндаланг ётганда туғруқ оқибати бошқача бўлиши ҳам мумкин. Бунда туғруқ кучининг иккинчи сустлиги вужудга келиб, туғруқ тўхтайти, бачадон ортиқ қискармайди, туғруқ йўллари очик бўлиши натижасида юқорига кўтарилувчи инфекциянинг авж олиши учун қулай шароит яратилади. Ҳатто септик ҳолат вужудга келади (эндометрит, перитонит, сепсис ва бошқалар). Кўндаланг ва қийшиқ жойлашган ҳомила камдан-кам ҳолларда ўз-ўзидан айланади, шунда бош ёки чанок қисми биринчи бўлиб туғилади. Аммо одатда ҳомила бундай ҳолатда туғила олмайди.

Туғруқни бошқариш. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётганлигини ҳомиладорликнинг 7-8- ойларидан аниқлаш мумкин. Чунки бундан эрта муддатларда ҳомила ҳали қўзғалувчан бўлади. Баъзан 7-8-ойларда ҳам

кўзралувчан бўлади ва ўзининг ётиш ҳолатини тез-тез ўзгартириб туради. Агар аёл ҳомиланинг катта қисми жойлашган ёнбошида кўпроқ ётса, унинг кўндаланг ҳолатдан бўйлама ҳолатга ўтишига қулайлик туғилади. Агар ҳомила боши чап ёнбошида, думбалар эса бачадоннинг ўнг бурчагида бўлса, ҳомиладор чап ёнбоши билан, аксинча бўлса ўнг ёнбоши билан ётиши керак.

Агар ҳомила қийшиқ ёки кўндаланг ҳолатда қолаверса, ҳомиладорликнинг 35- ҳафтасида аёл туғруқхонага юборилади.

Ҳозирги пайтда ҳомила тирик бўлса кўп ҳолларда кесарча кесиш усули қўлланилади. Бу операция агар ҳомила катта, чанок кичкина бўлса, катта ёшдаги (30 ёшдан ошган) аёлларда, плацента олдин келганда, агар кўндаланг ётишнинг ўтиб кетган тўғри бўлмаса, ҳомила тирик бўлса-да, инфекция бўлмаса ҳомила ҳаётини сақлаш учун ҳаракат қилинади.

Бундай ҳолларда чанок ичи аъзоларидаги ўсмаalarda (миома, киста), бачадондаги илгариги кесарча кесиш операциясидан кейин ва абортда бачадон тешилганда тикилган чандиқлар, бачадоннинг ёрилиш ҳавфи бўлганда кесарча кесиш операцияси қўлланилади. Кесарча кесиш операцияси қованокны ёрмасдан олдин қилинади, шунда инфекция тушиши ҳавфи бўлмайди. Баъзи ҳолларда қованок суви эрта кетиб қолиб, ҳомила киндиги сув билан биргаликда қинга сирғаниб тушиб қолади, бунда дарҳол кесарча кесиш операцияснни бошлаш керак.

Кўндаланг ва қийшиқ ётиш прогнози туғруқни бошқарувчи шифокорнинг маҳоратига боғлиқ. У вақтида диагноз қўйиб, аёлни туғруқхонага ётқизиши ва туғдириш режаларини тузиб, аёлга ёрдам бериши керак.

Кўндаланг ётишнинг олдини олиш учун туғруқ ва чилла даврини тўғри олиб бориш керак. Бачадон ва қорин деворлари бўшашиб қолишининг олдини олиш учун махсус профилактика чоралари қўлланади. Шу билан бирга жисмоний тарбия машғулотларидан фойдаланиш ва бандж тақиш кенг тарқалган тadbирлардан ҳисобланади. Жисмоний машғулотларни туғруқхоналарда ва уйда патронаж ҳамшира кузатувида ва мустақил амалга оширилади.

Масалалар

1. Туғруқхонага туғувчи аёл ҳомилани кўндаланг ҳолатда, қўли тушган ҳолатда келтирилди. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмаяпти. Диагноз? Бу ҳолатда қандай туғруқ жараёни ўтказиш мумкин?

2. Туғруқхонага 25 ёшли қайта ҳомиладор вақтидан олдин ҳомила сувлари кетиши туфайли ҳомиладорликнинг 38- ҳафтасида келтирилди. Анамнезида ўз вақтида акушерлик қискичлари ёрдамида туққан. Лекин оғир нефропатия туфайли туғиш фаолияти йўқ. АҚБ 150-90 мм. сим. уст. Юз ва қорин деворлари ҳамда оёқда шишлар борлиги аниқланган. Ҳомила ҳолати кўндаланг. Думба-чанок ҳаракатчан. Кичик чанок қисмида жойлашган. Ҳомила юрак уриши бўғиқ, ритмик, минутига 140. Қин текширувида бачадон бўйни узунлиги 2,5 см. Бачадон бўйни каналига 1 бармоқ сигади, қованок пуфаги йўқ. Ҳомила чанок-думба қисми кичик чанок қисмида, бармоқ промоториумга етиб бормайди.

Диагноз? Бу ҳолатда туғишнинг усули?

Ўргатувчи тестлар.

1. Ҳомиланинг кўндаланг жойлашиш белгилари қандай?

Ҳомиланин олдинда ётган қисми бўлмайди.

Ҳомиланинг боши ўнг томонда ёки чапда жойлашади.

Ҳомиланинг юрак уриши киндик соҳасида ёки киндикдан юқорида эшитилади.

Рентгенограммада она умуртқаси ва ҳомиланинг умуртқа поғонаси тўғри бурчак ҳосил қилиб кесишади.

2. Ҳомиланинг кўндаланг ётиши асоратлари қандай?

Ҳомила олди сувининг туғруқдан олди ва эрта кетиши.

Туғруқ йўлидан кўқарган, шишган қўлчанинг осилиб тушиши.

Ҳомила елкаси кичик чанокқа кириш текислигида.

Ҳомила елкаси кичик чанокқа тикилиб қолган.

Бачадон йиртилиши.

3. Ҳомиланинг нотўғри жойлашишида ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари:

Ҳомиланинг муддатида олдин турилиши.

Туғруқдан олдин сув кетиши.

Туғруқдаги эндометрит.

Кечиккан, ҳомиланинг кўндаланг келиши.

Киндик ва майда қисмларининг тушиб қолиши.

4. Ҳомиланинг кўндаланг келиши сабаблари қандай?

Анатомик тор чанок.

Кўпсувлилик.

Кўпҳомилалик.

Йирик ҳомила.

Йўлдошнинг олдин келиши.

5. Ҳомила кўндаланг ётганда туғруқнинг кечиши ва юзага келиши мумкин бўлган асоратлар:

Туғруқ кучларининг сустлиги.

Қоғаноқ сувларининг барвақт кетиб қолиши.

Туғруқнинг чўзилиб кетиши .

Киндик ва майда қисмларининг тушиши.

Бачадон ёрилиш ҳавфи.

Туғруқдаги эндометрит.

6. Ҳомила кўндаланг ётишининг олдини олиш ва терапевтик чора-тадбирлар:

Жисмоний зўриқишни камайтириш.

Қабзиятнинг олдини олиш.

Ҳомила ҳолатига мос ёнига ётқизиш.

35-36- ҳафталигида туғруқхонага ётқизиш.

7. Ҳомила кўндаланг ётишига хос белгиларини айтинг?

Ҳомила бўйлама ўқи, бачадон бўйлама ўқини тўғри бурчак остида кесиб ўтади.

Ҳомила олдинда ётган қисми ёнбош суягида киррасидан юқорида жойлашган.

Ҳомила вазияти бошига қараб аниқланади: боши чапда I - вазият, боши ўнгда II-вазият.

Ҳомила вазиятини кўриниши ҳомила орқасига қараб белгиланади.

Ҳомила олдинда ётган қисми аниқланмайди.

8. Ҳомила нотўрри жойлашганда диагноз қўйиш:

Кўрув.

Пальпация.

УТТ.

Қин орқали текширув

9. Ҳомила кўндаланг ётганда туғруқни олиб боришнинг энг қулай усули:

Кесарча кесиш.

10. Ҳомила кўндаланг ётганда туғруқда пайдо бўладиган кесарча кесишга кўрсатмалар:

Кўндаланг ётишнинг ўтиб кетганлигида, тирик ҳомила ва инфекция белгилари йўқ бўлса.

Бачадон ёрилиш хавфи пайдо бўлганда.

Қоғанок сувларининг эрта кетиши.

Ҳомила майда қисмлари ва киндиги тушиб қолиши.

XXVI БОБ

АКУШЕРЛИК ЖАРОҲАТЛАРИ

Мақсад. Туғруқ йўлидаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши ва уларни тикишни, бачадоннинг ағдарилиб чиқиши ва бачадон ёрилишининг сабаблари, диагноз қўйиш, бу асоратларнинг олдини олишни ўрганиш.

Режа.

1. Туғруқ йўлидаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши.

2. Бачадон бўйни, қин ва оралиқ йиртилишини тиклаш.

3. Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши.

4. Бачадон ёрилишининг сабаблари, диагноз қўйиш.

26.1. ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ВА ЧОТНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Туғруқнинг иккинчи даврида кўпинча туғруқ йўлидаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, туғруқнинг учинчи ва бундан кейинги илк давларида қон кетишига (агар артерия ёки йирик вена қон томирлари шикастланса) сабаб бўлиши мумкин. Жароҳат клитор ён-атрофида бўлса, бу аъзо қон томирига бой бўлгани учун кўп қон кетишига олиб келади. Акушерлик жароҳати туғруқ йўли ва чот тўқималари, қин девори, бачадон бўйнининг озроқ жароҳатланишидан тортиб, ҳатто бачадон йиритилиши каби асоратлардан иборат бўлиши мумкин.

Ташқи жинсий аъзолари, чот шикастланиши ва йиртилиши биринчи марта туғаётган, айниқса чала, шунингдек муддатидан ўтиб туққан аёлларда кўп учрайди. Бундан ташқари, кинга кириш қисмининг яллиғланиши — вульвит, қиннинг яллиғланиши — кольпит касалликлари ҳомиладорлик даврида яхши даволанмаганда ҳам учрайди. Туғруқ вақтида қин

юмшоқ тўкималари ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида йиртилиши мумкин. Бу тўкималар туғруқда акушерка оралиқни йиртилишдан эҳтиёт қилмаганда, туғруқ йўллариининг чўзилиш қобилияти сусайганда (30 ёш ва бундан ошган биринчи туғаётган ҳамда жинсий аъзолари яхши тараккий этмаган аёлларда), ҳомилани акушерлик қисқичи билан тортиб чиқарилганда йиртилиши мумкин.

Факат шиллик қават сал тилинган бўлса ва қон кетмаса, шу ерга 5% ли йод эритмасидан суртиш мумкин. Аммо бачадон бўйни, қин девори ва клитор шикастланган, айниқса қот оралиғи йиртилган бўлса, уни албатта шифокор тикиши керак.

Клитор ёнидаги жароҳатни сийдик йўлига металл катетер киргизиб қўйиб, кетгут билан тикилади, сўнгра стерилланган дока тампонни қон тўхтагунча бироз босиб туриш лозим.

26.2. ҚИН ВА ВУЛЬВА ГЕМАТОМАЛАРИ

Қин ва қин даҳлизиди гематома (қон тўпланиши натижасида ҳосил бўлган шиш) чуқур жойлашган қон томирларининг бузилиши натижасида шиллик қават ва тери остига қон қуйилишидан ҳосил бўлади, бунда шиллик қават ёки тери шишади ва аёл кучли оғриқ сезади. Агар гематома унчалик катта бўлмаса, шу ерга музли халта қўйиш керак. Гематома секин-аста катталаша борса, операция йўли билан қонаётган томирни топиш ва бойлаш керак. Бунда гематома устидаги тери ёки шиллик қават кесилади, унинг тагига тўпланган қон лахталари олиб ташланади ва ёрилган қон томирини топиб, бойланади ёки тикилади. Шиллик қават ва терини кетгут ва ипак билан тикиш лозим.

Чотнинг йиртилиши туғруқ вақтида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Турли сабаблар туфайли қот йиртилиши 10-12% учраса, ҳомила чала турилганда бу 15-20% ни ташкил этади. Бундай жароҳат кўпинча биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомиланинг боши ёки елкалари чиқаётганда рўй бериши мумкин. Чотнинг йиртилиши акушерканинг малакасига ҳам боғлиқ. Чунки у туғруқ вақтида қотни авайлаб ушлаб туриши ва ҳомила бошини тўғри ушлашни билмаса, қот кўпроқ йиртилади. Қот йиртилишининг 3 даражаси кузатилади:

I даражали йиртилишда қот териси йиртилади;

II даражада қот териси, юза мускуллар ва фасциялар йиртилади;

III даражада юқорида айтилганлардан ташқари, қот тўкималари ва тўғри ичакнинг қисқартирувчи ва идора қилувчи мускул (леватор) лари йиртилади. Айрим вақтларда тўғри ичак девори ҳам йиртилиши мумкин. Ҳар бир акушерка туғруқ пайтида қотни йиртилишдан муҳофаза қилиш билан бирга ҳомила бошининг шикастланишига ҳам йўл қўймаслиги лозим.

Чотнинг йиртилиш хавфи белгилари нимадан иборат? Ҳомиланинг боши чанок тубига тушганда қотдаги тўкималар чўзилади, натижада улардаги қон айланиши бузилади, вена қон томирлари тарқоқ бўлганлиги учун улардан қон ўтиши қийинлашади, натижада қот териси таранглашиб, кўкиш рангга киради, бу унда йиртилиш хавфи борлигини кўрсатувчи белгидир. Агар артерия қон томирларида қон юриши қийинлашса, қот териси оқариши мумкин. Бундай ҳолларда қот йиртилмасдан туриб,

уни кесиш, яъни перинеотомия ёки эпизиотомия қилиш керак. Бунда чот териси 5% ли йод билан артилиб, қайчи билан 2-2,5 см узунликда ҳомила боғи ёки думбаси қиқаётган вақтда қирқилади. Аввал ҳомиланинг боши билан чот ўртасига қайчи қўйиб, сўнгра эт кесилиши керак. Кесилган тўқимани тикканда кўпинча у асоратсиз битиб кетади.

Йиртилган чот ўз вақтида тикилмаса, кўп қон кетишига ва чилла даврида турли асоратлар содир бўлишига сабаб бўлади. Чот қайси даражада йиртилишидан қатъи назар, йўлдош тушгандан кейин, агар қон кетмаётган бўлса 1,5-2 соатдан сўнг, қон кетаётган бўлса дарров тикиш керак.

Қин ва чотнинг йиртиғини тикиш учун қуйидаги асбоблардан фойдаланиш керак: 2 та қин ойнаси, 3 та қорнцанг, 2 та пинцет, 1 та букилган ва 1 та тўғри қайчи, 5 та қон тўхтатувчи қискич, 2 та нина ушлагич, 3-4 ҳар хил йўғонликдаги ниналар, металл катетер, кетгут, ипак, стерилланган дока тампонлар. Агар чотдаги йиртилиш 1-2 даражали бўлса, оғриқсизлантириш учун 0,25-0,5% ли новокаин эритмасини (60-100 мл) жароҳатланган тўқималар атрофига юборилади, агар 3 даражали йиртилиш бўлса, уни тикиш учун томир ичига наркоз берилади (калпсол, кетамин).

Операция кичик операция ҳонасида олиб борилади, тикишдан олдин аёлнинг ташқи жинсий аъзолари ва улар атрофи стерилланган дока бўлақлари ёрдамида дезинфекцияловчи эритмалар билан ювилади, сўнгра спирт билан артиб, 2 ёки 5% ли йод эритмаси суртилади.

Чот оралиғидаги жароҳатни тикишни қин деворларининг йиртилган жойидан бошлаш керак. Йиртилган шиллиқ қаватни тикишда ҳар қайси чокнинг масофаси 1 см дан бўлиши керак, нинани жароҳатнинг 0,5 см четидан санчилади. Агар жуда чуқур йиртилган бўлса, ичкаридаги тўқималар ҳам қўшиб тикилади, шиллиқ қаватни тикиб бўлгач, кетгут учлари қирқиб ташланади. Чот оралиғининг йиртилган териси ипак билан тикилади, бойланган ипак учларини тугундан 1 см қолдириб қирқилади.

Қин ва оралиқ йиртилишини тиклаш.

Туғруқ вақтида содир бўлувчи 4 даража йиртилиш мавжуд:

- Биринчи даражали йиртилиш қиннинг шиллиқ қавати ва бириктирувчи тўқималарни ўз ичига олади.

- Иккинчи даражали йиртилиш қиннинг шиллиқ қавати, бириктирувчи тўқималар ва мушак қаватини ўз ичига олади.

- Учинчи даражали йиртилиш анал сфинктердан тортиб ҳамма қисмларнинг тўлиқ йиртилишини ўз ичига олади.

- Тўртинчи даражада тўғри ичак шиллиқ қаватининг йиртилишлари.

Биринчи ва иккинчи даражали йиртилишларини тикиш.

Биринчи даражали йиртилишлар кўпинча ўз-ўзича, чок қўйилмасдан битиб кетади.

Ёрдам кўрсатишининг асосий қонунларига амал қилинг.

Руҳан қўллаб-қувватланг ва лидокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш ёки пудендал оғриқсизлантиришдан фойдаланинг.

Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва бачадон тубини босиб туришни сўранг.

Қин, оралик ва бачадон бўйнини диққат билан кўриб чикинг (26.1.-расм).

Агар ёриқлар узун ва чуқур кетган бўлса, уларни баҳоланг ва улар 3 ёки 4 даражаларга тегишли эмаслигига ишонч ҳосил қилинг.

- Қўлқопдаги бармоғингизни анусга киритинг;
- Бармоғингизни оҳиста кўтаринг ва сфинктерни аникланг;
- Сфинктер тонуси ва тўлиқлигини баҳоланг.

Қўлқопингизни бошқа стерил зарарсизлартирилганига алмаштиринг.

Агар сфинктер жароҳатланган бўлса, 3 ва 4 даражали йиртилишнинг тикиш бўлимига қаранг.

Агар сфинктер жароҳатланмаган бўлса, тикишни давом эттиринг.

Ёриқ атрофи соҳасини антисептик эритма билан саришталанг.

- Лидокаин 2% эритмасидан 10 мл атрофида олиб, бевосита қин шиллик ости соҳасини ва оралик терисини инфильтрация қилинг.

- Дори юборганингиздан кейин 2 дақиқа кутинг, сўнгра мўлжалланган кесим ўрнига қисқич ўрнатинг. Агар аёл чимчиланишни сезса, яна 2 дақиқа кутинг ва синовни такрорланг.

- Қин шиллик қаватини узлуксиз чокда №2-0 (26.2.-расм) тикинг:

- Тикишни қин ёриғи тепа қисмидан 1 см тепарок ўтиб бошланг. Чокни қинга кириш даражасигача давом эттиринг;

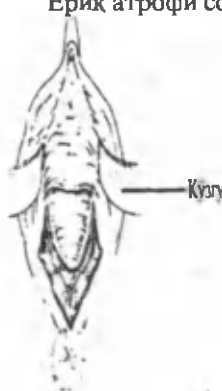
- Қинга киришда ёриқлардан икки четини ўша жойда бирлаштиринг;

- Қинга кириш соҳасида игнани ичидан ташқарига йўналтириб ўтказинг ва лигатурани бовлаб қўйинг.

- Оралик мушакларини алоҳида чоклар билан № 2-0 (26.3.-расм) тикинг. Агар ёриқ чуқур кетган бўлса, бўшлиқни ёпиш учун иккинчи қатор чоклар қўйинг.

Қинга кириш қисмидан бошлаб алоҳида (ёки тери ичи) чоклар № 2-0 билан терини тикинг (26.4.-расм).

Агар ёриқ чуқур бўлса, ректал текширув ўтказинг. Тўғри ичақда чоклар йўқлигига амин бўлинг.



26.1.-расм. Оралик ёриқларини кўриб чиқиш.



26.2.-расм. Қин шиллик қаватини тикиш.



26.3.-расм. Оралик мушакларини тикиш.



26.4.-расм. Терини тикиш.

Учинчи ва тўртинчи даражадаги оралик йиртилишини тикиш.

Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг.

Рухан қўллаб-қувватланг. Пудендал оғриксизлантириш ёки кетамин қўлланг. Баъзида, агар ёрик четлари яхши кўриниб турса, лидокаин билан маҳаллий оғриксизлантириш ҳамда петидин ва диазепам т/и аста-секин (аралашмасидан) юборишни қўллаш мумкин.

• Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва тубига босиб туришини сўранг.

Қин, бачадон бўйни, оралиқ ва тўғри ичакни кўриб чиқинг.

Анал сфинктер ёрилиш эҳтимолини кўриш учун:

о Қўлқопдаги бармоғингизни анусга киритиб, уни аста кўтаринг;

о Сфинктер бор - йўқлигини аниқланг;

о Тўғри ичакни пайпасланг ва унда ёриқлар мавжудлиги эҳтимолини кўриб чиқинг.

Қўлқопингизни стерил зарарсизлантирилган қўлқопга алмаштиринг.

Ёриқларни антисептик эритма билан саришталанг ва ахлат қолдиқларини олиб ташланг.

Лидокаин ва бошқа дориларга аллергик таъсири йўқлигига амин бўлинг.

Қин шиллик қавати, оралиқ тери остлари ва оралиқ мушаклари соҳасига чуқур қилиб 10 мл 2% лидокаин эритмасини оғриксизлантириш учун юборинг.

• Дори юборганингиздан кейин 2 дақиқа кутинг, сўнгра мўлжалланган кесим ўрнига қисқич ўрнатинг. Агар аёл чимчиланишни сезса, яна 2 дақиқа кутинг ва синовни такрорланг.

• Тўғри ичакни алоҳида № 3-0 ёки 4-0 чоклардан фойдаланиб, шиллик қаватини бирлаштириш учун чокларни 0,5см оралиқда тикинг (26.5.-расм).



26.5.-расм. Тўғри ичак девори мушак қатламини тикиш.



26.6.-расм. Анал сфинктерга чок қўйиш.

• Мушак қатламини фасциялар билан бирга алоҳида чокларда тикинг;

• Тиқиш соҳасини кетма-кет антисептик эритма билан саришталанг.

• Агар сфинктер жароҳатланган бўлса,

• Сфинктер четларини Аллис қискичида ушлаб олинг (жароҳатланганда сфинктер қисқаради). Сфинктер мустаҳкам бўлади ва қисқич билан тортилганда йиртилиб кетмайди (26.6.-расм);

• Лигатура № 2-0 дан фойдаланиб, сфинктерни 2 та ёки 3 та алоҳида чокларда тикиб чиқинг.

- Тикиладиган жойни қайтадан антисептик эритма билан саришталанг.

- Қўлқопдаги бармоғингиз билан анусни текширинг ҳамда тўғри ичак ва сфинктер тўғри тикилганига амин бўлинг. Сўнгра қўлқопингизни ечиб, стерил зарарсизлантирилган қўлқоп кийинг.

- Қин шиллик қавати, оралиқ мушакларини ва терини тикиб чиқинг.

Тикилган чоқ оралиғини парвариш қилиш.

Тикилган чоқ оралиғини аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини эҳтиёт қилган ҳолда ҳар куни 2-3 маҳал оч пушти рангли калий перманганат эритмаси билан ювилади (бунда доқа тампонни ерга теккизмаслик керак), сўнгра стерилланган қуруқ доқа билан четларини артиб қуригилади. Аёл сийганидан ҳамда ҳожатга борганидан сўнг албатта ташқи жинсий аъзолари ювилиб, тикилган чоклар қуригилади, сўнгра спирт ва йод эритмаси суртилади.

Чилла даврида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда чок ипини 4-5 кундан кейин сўкилади. Олиб ташлашдан бир кун олдин аёлга сурги дори бериш керак.

Чокни сўкишда стерилланган ўткир қайчи ва 2 та пинцетдан фойдаланилади. Чокни сўкилгандан сўнг эртасига аёл туриб юриши мумкин.

Муолажадан кейинги парвариш

• 4 - даражали йиртилишида олдини олувчи антибиотикларнинг 1 марталик

микдорини белгиланг:

- Ампициллин 500 мг ичиринг;
- + метронидазол 400 мг ичиринг.

Жароҳатнинг инфекция белгиларини диққат билан кузатинг

Хўкна қилманг ва 2 ҳафта давомида ректал текшириш ўтказманг.

Имкон бўлса, 1 ҳафта давомида бўшаштирувчи дорилар ичишини белгиланг.

26.3. БАЧАДОН БЎЙНИНИНГ ЙИРТИЛИШИ

Олдинги туғруқда бачадон бўйни йиртилиб, тикилган бўлса, қайта туғруқда худди шу чандик бўлиб қолган жой йиртилиши мумкин. Бачадон бўйнининг йиртилиши кўпинча (20%) биринчи бор туғаётган аёлларда учрайди.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 2 турга бўлинади:

- 1) ўз-ўзидан йиртилиши;
- 2) бирон-бир операция йўли билан туғдирилганда (зўрлаб) йиртилиши.

Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши зўрлаб йиртилишига қараганда кам учрайди. Зўрлаб йиртилишига туғруқ пайтида турли операциялар қўлланиш сабаб бўлади. Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши одатда иккала ён деворларида, лекин кўпроқ чап томонида бўлади.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 3 даражага бўлинади.

Йиртиқ бир ёки икки томонлама (2 см гача) бўлса, бунга биринчи даражадаги йиртилиш дейилади. Йиртилиш 2 см дан кўп бўлсаю, лекин кин гумбазларигача етмаса, бунга иккинчи даражали йиртилиш дейилади. Агар йиртилиш чуқур бўлиб, гумбазгача давом этса ва унга ўтса,

учинчи даражали йиртилиш дейилади. Бачадон йиртилишининг асосий белгиси эса қон кетиши ҳисобланади.

Бачадон бўйни бир ёки ҳар иккала томондан 0,5-1 см атрофида йиртилганда қон кам кетади. Туғруқдан кейинги дастлабки икки соат ичида кинни текшириб кўриш шарт. Акс ҳолда бундай йиртилиш тикилмай қолиб кетиши мумкин. Йиртилиш II ва III даражали бўлганда кўпинча бачадон артериясининг пастки шохи узилади ва оқибатда қон кета бошлайди. Қоннинг кучли ҳамда кўп кетиши ёмон оқибатларга сабаб бўлиши мумкин. Йиртилган бачадон бўйни ўз вақтида тикилмаса, жароҳат кейинчалик нотўғри битиб, бачадон бўйнининг ташқи юзасида яллиғланиш пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Бачадон бўйни жароҳатини ўз вақтида тикиш билан аёлларда рақ касаллигининг ҳам олди олинади.

Бачадон бўйни йиртилишининг олдини олишда бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнини оилавий поликлиникадаёқ ўз вақтида аниқлаш ва даволашга киришиш лозим.

Йиртилган бачадон бўйни тикилишидан аввал ташқи жинсий аъзолар дезинфекция қилинади, операция қилувчи шифокор ҳамда ёрдамчи акушерка операцияга тайёр бўлгандан сўнг кин кўзгу ёрдамида очилади, бачадон бўйнини 2 та қискич билан қисилади ва уларни навбатма-навбат ўнгдан чапга қаратиб бирин-кетин ўрни алмаштирилиб, бачадон бўйнининг ҳамма деворлари синчиклаб қаралади, йиртилган жойи бўлса тикилади. Йиртиқнинг энг юқори (гумбаз яқинидаги) бурчагидан бошлаб кетгут билан тикилади. Чоклар ораси 1 см, иплар учи 1 см қолдириб қиркилади ва жароҳатга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Бачадон бўйни йиртилишини тиклаш.

- Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ҳамда кинни ва бачадон бўйнини антисептик эритма билан саришталанг

- Руҳан қўллаб-қувватланг. Бачадон бўйни йиртилишининг кўп қисмини тикиш учун анестезия шарт эмас. Чуқур ва катта йиртилишини тикиш учун петидин ва диазепам т/и аста-секин юборинг (уларни бир шприцда аралаштирманг) ёки кетаминдан фойдаланинг

- Ёрдамчидан бачадонни массаж қилишни ва бачадон тубига босиб туришни сўранг.

- Тўмтоқ қискич билан бачадон бўйнини ушланг. Ёрикнинг икки томонига қискичлар ўрнатинг ва бачадон бўйнининг ҳамма қисмини кўриш учун қискични қарама-қарши йўналишда тортинг. Бир неча ёриқлар мавжуд бўлиши мумкин.

- Қон кетиши сабаб бўлган ёрикнинг энг тепа қисмидан бошлаб хромли кетгут (ёки полигликол) № 0 билан, узлуксиз чокда тикиб чиқинг (26.7.-расм).

- Агар жароҳатнинг тепа қисми бовлаш учун ноқулай бўлса, уни томир ёки тўмтоқ қискич билан ушлаб олиш мумкин. Қискичларни 4 соатга қолдириг. Қон кетаётган жойларни тикишга уринманг, чунки бун-

дай уринишлар қон кетиши зўрайишига олиб келиши мумкин. Сўнгра:

- 4 соат ўтгач, қисқични қисман очинг, лекин олиб ташламаңг;



- яна 4 соатдан кейин қисқични тўлиқ олиб ташланг.

Бачадон бўйни ёриқлари қин гумбазидан юқорига ўтганда уларни тикиш учун лапаротомия лозим бўлиши мумкин.

26.7.-рasm. Бачадон бўйни йиртилишини тикиш.

Чот ёки қин, айникса, бачадон бўйни жароҳати тикилган аёлларни бирон-бир зарурат (қон кетиш, тана ҳарорати кўтарилиши) бўлмаса, чил-

ла даврининг 8-10 кунигача қинини кўзгу билан кўрмаган маъқул.

26.4. БАЧАДОН АҒДАРИЛИБ ЧИҚИШИ

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши туғруқда учрайдиган оғир ҳодисалардан бири бўлиб, кўпинча йўлдошни туғдириш учун Креде усулини қўпол ва нотўғри қўллаш ёки йўлдош ажралмасдан туриб, туғруқнинг III даврида уни бачадон деворидан ажратиш учун йўлдошни киндик орқали тортиш натижасида вужудга келиши мумкин. Қўп ва тез-тез тукқан аёлларда бачадон ўз-ўзидан ажралайиши ҳам мумкин.

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши жуда оғриқли бўлиб, шок ва қон кетиши билан ўтади. Ағдарилган бачадон қиндан ички юзаси ва унга ёпишган йўлдош билан чиқади. Қов устидан текширилганда бачадонни қорин остида топиламайди. Вақтида тез ёрдам кўрсатилмаса, ағдарилган бачадон томирлари сикилиб, қон айланиши бузилади. Натижада бачадон тўқималарининг озикланиши бузилиб шиша бошлайди, бу эса бачадоннинг чирий бошлашига олиб келиши мумкин.

Акушерка шифокор туғруқнинг III даврини ўзи бошқараётган бўлса, бундай оғир аҳвол рўй бериши мумкинлигини эсда тутиши ва йўлдошни бачадон девори каби ажралганлигига ишонч ҳосил қилмасдан туриб, уни туғдириш йўллари, айникса Креде усулини ўринсиз қўлламаслиги, йўлдошни киндик орқали тортмаслиги керак.

Агар бачадон ағдарилиб тушган бўлса, йўлдош пардалари билан бирга осойишта ажратилади ва дарҳол бачадонни унинг бўйни орқали ўз жойига киргизилади ва тўғриланади. Бу операцияни чуқур наркоз остида шифокор бажаради. Агар бачадон чирий бошлаган бўлса, уни қорин орқали операция қилиб, бутунлай олиб ташлашга тўғри келади.

Бачадон ағдарилишини тиклаш

Кўрсатмаларни баҳоланг.

- Ёрдам кўрсатишнинг асосий қонунларига амал қилинг ва вена ичига суюқлик куйишни бошланг.

- Петидин ва диазепам т/и аста-секин юборинг (шприцда аралаштирманг). Зарур бўлса, умумий оғрикислантириш ўтказинг.

- Ағдарилиб қолган бачадонни антисептик эритмада қунг билан

саришталанг.

- Муолажа бошлангунча ағдарилган бачадонни нам, илиқ ва стерил зарарсизлантирилган сочикка ўраб қўйинг.

Қўлда тузатиш

- Стерил зарарсизлантирилган қўлқоп кийиб, бачадонни ушланг ва бошқа қўлингиз билан уни бачадон орқали, киндик йўналишида, унинг асл ҳолатига итариб қўйинг (26.8.-расм). Агар плацента ажралмаган бўлса, тузатишдан сўнг уни қўлда ажратиб олинг. Шуниси муҳимки, ағдарилишда охириги чиққан бачадон қисми (бачадон бўйнига яқинроғи) асл ҳолига биринчи бўлиб қайтарилсин.

- Агар бачадонни тузатиш уддаланмаса, гидростатик тузатиш ўтказинг.

Гидростатик тузатиш

- Аёлни Тренделенбург (бош оралик даражасидан 0,5 м пастда) ҳолатига келтиринг.

- Тешик қопқоғи, узун (2 м) эгиловчан катта қувурли най ва илиқ сув солинган идиш (3 дан 5 л гача) бор бўлган тизим тайёрланг.

Орка бирикмасини аниқланг

- У қисман буралишда, яъни буралиб қолган бачадон киндалигида тез топилади. Бошқа ҳолатларда уни киннинг букланган жойи силлиқланиб қолган қават сифатида аниқланади.

- Душнинг тешик қопқоғини орка бирикмага жойлаштиринг. Шу вақтнинг ўзида жинсий лабларни қопқа билан бирлашган жойини ушлаб туринг.

- Ёрдамчидан - душни охиригача очишни сўранг (сувли бакни камида 2 м га кўтаринг). Сув тўлиши билан киннинг орка бирикмаси кенгая бошлайди. Бу контракцион ҳалқа катталашишига ва бачадон бўйни бўшашишига олиб келади, натижада буралиб қолган бачадон асл ҳолига келади.

- Умумий оғриқсизлантириш орқали қўлда гидростатик тузатиш қор қилмаса, умумий оғриқсизлантириб, галотандан фойдаланиб қўл орқали тузатишга уриниб кўринг. Галотан бачадонни бўшаштириш хусусияти бўлгани учун тавсия қилинади.

- Буралган бачадонни ушланг ва уни итариб бачадон бўйни орқали киндик йўналишида ўзининг асл ўрнига келтиринг. Агар йўлдоши ажралмаган бўлса, тузатишдан сўнг уни қўлда ажратинг.

- Қўшма абдоминал-вагинал тўғрилаш

- Агар юқорида қайд қилинган муолажа иш бермаса, умумий оғриқсизлантириш ёрдамида абдоминал-вагинал тўғрилашга ўтинг

- Кўрсатмаларни баҳоланг.

- Муолажа қилишнинг асосий қонунларига амал қилинг.

- Қорин бўшлиғини ёринг:

- Ўрта чизик бўйлаб киндикдан пастга қовуқ тўқималари даражасига-



26.8.- расм. Ағдарилган бачадонни қўл билан тўғрилаш

ча, апоневрозгача терини кесиб, вертикал кесим ўтказинг;

- Апоневрозда 2-3 см ли вертикал кесим ўтказинг;
- Апоневроз четларини қисқичда тутиб, қайчида кесимни тепага ва пастга узайтиринг;
- Бармоқлар ёки қайчи ёрдамида қориннинг тўғри мушакларини ажратинг;

• Қоринда (олд қорин девори мушаклари) киндик ёнида бармоқлар ёки қайчи ёрдамида тешик очинг. Қайчида кесимни тепага ва пастга узайтиринг. Хушёрлик билан сийдик пуфагини жароҳатламасдан, қайчида қаватларини ажратинг ва қорин бўшлиғининг пастки қисмини ёринг;

• Қов суяги устига пуфак ретрактори ўрнатинг ва ўзини тутувчи жароҳат кенгайтирувчи асбоб киритинг.

Бармоқлар билан бачадон бўйни ҳалқасини йиринг.

• Тишли қисқични бачадон бўйни ҳалқасидан ўтказинг ва бачадоннинг буралиб қолган тубини ушланг.

• Ёрдамчи қўлда вагинал тузатишга урингунича хушёрлик билан бачадон тубини узлуксиз тортинг.

26.5. БАЧАДОН ЙИРТИЛИШИ

Бачадоннинг йиртилиши туғруқ жараёнидаги энг оғир жароҳатлардан ҳисобланади.

Бачадон тўқимасининг бутунлигининг туғруқ жараёнида бузилиши ёки бачадон тўқимасининг эзилиши ва оқибатда фистулалар ҳосил бўлиши.

Бачадон ёрилишининг кўп учрайдиган жойи - пастки бачадон сегменти. Камроқ ҳолларда ёрилиш гумбазлар соҳасида учрайди. Бачадон танаси ва тубидаги ёрилишлар кўпинча кесарча кесишдан кейинги чандиқлар ёки аборт пайтидаги перфорациядан кейин кузатилади. Ҳомила кўнда-ланг жойлашганда бачадон гумбазларидан узилади. Гумбазларининг узилиши бўйинча ёнидан бўлади (шу соҳада девори нисбатан юпка).

Бачадон ёрилиш ўлчами турлича бўлади. Ёрилишнинг икки тури бор: тўлиқ ва нотўлиқ. Тўлиқ ёрилиш - бачадон сероз қавати, бошқа қаватлар билан зич бирикиб кетган соҳаларда кузатилса, нотўлиқ ёрилишда эса бачадон шиллиқ ва мушак қавати ёрилиб, сероз қисми бутунлигича қолади. Бундай ёрилиш қорин парда остигача бориб гематома ҳосил қилади. Нотўлиқ ёрилиш бачадон деворининг чуқурлигини тўлиқ эгалламайди. Баъзан кичик ёрилишлар кузатилади, бунда жароҳатланиш шиллиқ қаватда ёки сероз қаватда кузатилиши мумкин. Тўлиқ бачадон ёрилиши нотўлиқдан 10 марта кўп кузатилади. Бачадон ёрилишининг П. Л. Персианов (1954) бўйича таснифи (26.1.жадвал).

Бачадоннинг пастки қисми, девори энг юпка жойи бўлиб, унинг шу қисми кўп йиртилади. Этиопатогенези: бачадон ёрилишида икки хил назария мавжуд: Бандль ва Вербов назариялари

Механик назарияга (Бандль назарияси) кўра туғруқ кечишига ҳомила олд келувчи қисми ва чанок ўртасидаги номутаносиблик, механик тўққинлик (тор чанок, ҳомиланинг нотўғри жойлашуви, туғруқ фаолиятининг жуда тез кечиши) бўлиши лозим. Бандль назариясига кўра ҳомила боши

тўсиққа учраса (анатомик ёки функционал тор чанок), у чанокқа кириш қисмига суқилиб кириб, бачадон бўйнини чанок суяқларига қисиб қўяди. Натижада бачадон пастки қисми ҳаддан ташқари чўзилади ва таранглашиб, ниҳоятда юқалашади. Бу бачадон йиртилишининг хавфи юзага келганидан дарак беради. Агар ўз вақтда аёлга ёрдам кўрсатилмаса, натижада бачадон ёрилади

Я.Т.Вербов назарияси бўйича бачадоннинг мускул қаватларидаги патоморфологик ўзгаришлар бўлмаганда соғлом тўқима йиртилмайди, балки патоморфологик ўзгарган бачадон девори ёрилади. Бачадон деворидаги, хусусан илгариги операциялардан кейинги чандиқлар (кесарча кесиш операцияси, бачадон шишларини олиб ташлагандан сўнг ва бошқалар), бачадон деворларининг илгари яллиғланган бўлиши, тез-тез ҳамда кўп туққан аёллар бачадонидаги мускулларнинг кўп қисми яхши чўзилмайдиган бириктирувчи тўқималарга алмашилиши бачадон деворининг ўз-ўзидан йиртилишига сабаб бўлади.

Бачадоннинг ташқи кучлар таъсирида ёрилиши асосан туғруқ даврида ташқаридан босим натижасида пастки сегментнинг ҳаддан ташқари чўзилишидан юзага келади.

Бундай йиртилиш баъзан нотўғри олиб борилган операцияларда ҳам юзага келиши мумкин.

1. Ёрилиш даврига кўра: А) Ҳомиладорлик давридаги Б) Туғруқ давридаги
2.Патогенетик белгиси бўйича А)Ўз-ўзидан ёрилиш - Механик(туғруқ жариёида ва соғлом бачадон деворида механик тўққинлик) - Гистопатик(бачадон деворида патологик ўзгаришлар бўлганда) - Механогистопатик(патологик ўзгарган бачадон деворига механик тўққинлик таъсири) Б) Зўриқил натижасида: (ташқи кучлар таъсирида): - Жароҳатли (туғруқ ёки ҳомиладорлик даврида бачадон пастки сегментида тайёргарликсиз туғруқни қўпол ва нотўғри олиб бориш) - Аралаш: бачадон пастки сегменти чўзилган ҳамда ташқи омиллар таъсири.
3.Клиник кечилиш бўйича - Хавфли - Бошланган - Рўй берган
4. Жароҳатланган табиати бўйича - Эзилган - Потўлиқ - Тўлиқ
5.Жойига кўра: - Бачадон тубидаги - Бачадон танаасидаги - Бачадон пастки сегментидаги - Бачадонни қин тумбазларидан ўзилиши

Бачадон йиртилиш таснифи

Бачадон ёрилиши ҳалигача охиригача ўрганилмаган, лекин шуни айтиш керакки, ёрилиш бачадон мушагидаги дегенератив ўзгаришлар ва механик таъсирларнинг қўшилиб келишидан юзага келиши мумкин.

Бачадон йиртилиши клиник кечишига қараб бачадон йиртилиш хавфи, чала ва тўла йиртилишга бўлинади.

Бачадон йиртилиш хавфи белгилари нима? Ҳомиладор аёл ниҳоятда бетоқат бўлиб, дардни оғрикли келишидан шикоят қилади, бу оғриқ дард орасида ҳам тўхтамайди. Дард борган сари тезлашиб, кетма-кет тутади. Аёл ўзини ҳар томонга ташлаб, ҳатто жойидан сапчиб турмоқчи бўлади, оғриқ ниҳоятда зўр бўлгани учун қорнига қўл теккиздирмайди. Тили ва лаблари қуриydi. Томир уриши тезлашади.

Ташқаридан текширилганда бачадон узунасига чўзилиб, таранглашади, туби баланд кўтарилиб, қовурға ости ёйига қадалади. Одатда киндик олдида ёки ундан юқорида эгарсимон оғрикли қийшиқ кетган чегара

(контракцион) ҳалқани қорин девори орқали аниқлаш мумкин. Бу бачадоннинг «8» симон шаклда бўлишига олиб келади (26.9.-расм).

Шу билан бир вақтда бачадоннинг жуда таранглашган, оғрикли думалок бойламларини ҳам аниқлаш мумкин. Бачадонни пайпаслаганда, айниқса пастида кучли оғриқ кузатилади ёки эшитилмайди. Ўз вақти



26.9.- расм. Бачадон йиртилиш хавфи

да ёрдам кўрсатилмаса, бачадон девори чала ёки тўла йиртилиши мумкин. Бунда жуда эҳтиётлик билан чуқур наркоз остида шифокор кўриши керак.

Агар юқорида айтиб ўтилган белгиларга қиндан озгина қон аралаш суюқлик қўшилса, бу бачадоннинг йиртила бошлаганлигини кўрсатади. Бунда бачадон деворининг фақат шиллиқ ва мускул қавати ёрилиб, сероз қавати бутун қолиши ва унинг остига қон йиғилиши ва сероз қават дўппайиб қолиши мумкин. Бачадон йиртилишининг бу даражасида туғайтган аёлга тез ёрдам кўрсатиб, яъни дардни тўхтатиш йўлларини (енгил наркоз остида) қўллаб, тезда операция қилинмаса, бачадон тўла йиртилиши (бунда бачадон деворининг ҳамма уч қавати йиртилади), қорин бўшлиғига кўп қон кетиши, натижада шок юзага келиши мумкин. Бунда аёл хушидан кетади, кўнгли айниб қусади, совуқ тер босади, юрак уриши тезлашади, аҳволи ёмонлашади ва юзи оқариб, кўзлари ичига ботиб кетади. Қон босими паст бўлганидан уни аниқлаб бўлмайди. Булар ҳаммаси аёлнинг аҳволи ҳаддан ташқари оғир эканлигидан дарак беради. Қоринни ушлаб кўрилганда ҳомила девори остида ётганлиги, унинг бир

томонида қисқариб қаттиқлашган бачадон танаси аниқланади. Бундай ҳолда ташқарига қон кетмаслиги ёки кетса ҳам жуда оз бўлиши мумкин. Лекин аёлда ички қон кетишининг ҳамма белгилари яққол кўриниб туради. Юқорида айтиб ўтилган белгиларни акушерка ажрата билса, бачадон йиртилиш хавфини ўз вақтида аниқлаш қийин эмас.

Бачадон юқоридаги белгиларсиз ёки шу белгиларнинг фақат баъзи бирлари бўлган ҳолда йиртилиши мумкин. Бунга бачадон деворларидаги (юқорида айтиб ўтилгандек) патоморфологик ўзгаришлар ёки операциядан кейинги чандиклар сабаб бўлиши мумкин.

Агар кесарча кесиш операциясидан сўнг аёл бир-икки йил ичида туғса, бачадоннинг йиртилиш хавфи кўпроқ бўлади, чунки бу жой турруқ вақтида юқалашиб кетиши мумкин (М.А.Репина, 1984).

Бачадон деворини, айниқса эски чандик соҳасини қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадондаги чандикнинг баъзи жойи юқалашгани ва оғриғи аниқланади. Агар бачадон йиртила бошлаган бўлса, шу жой янада юқалашади; бу «чуқурча»ни бармоқлар учи билан секин-аста авайлаб аниқлаш мумкин- «токча» белгиси (симптом «ниши» Коган А.А.). Бачадон девори йиртилганда унинг кенг бойламлари орасига қон қуйилиб, гематома ҳосил бўлади. Бунда ҳам юқорида айтиб ўтилганидек, аёлда ички қон кетиши кузатилади, шу вақтда шошилиш ёрдам кўрсатилмаса, аёл нобуд бўлиши мумкин.

Бачадон йиртилиши эҳтимоли бўлган аёллар онлавий поликлиникада, фельдшер-акушерлик пунктларида, участка шифокори ҳисобида алоҳида «хавф» гуруҳида рўйхатга олиниб, ҳар ойда 4-5 марта шифокор кўригидан ўтишлари, туғишдан 2-3 ҳафта олдин албатта туғруқхонага ётишлари керак. Бу гуруҳга чаноғи тор, ҳомиласи муддатидан ўтиши мумкин бўлган, қорин девори бўшашган, кўп ва тез-тез туққан, илгари операция қилинган (кесарча кесиш), бачадондан шиш олиб ташланган ва бошқа аёллар қиради.

Туғруқ пайтида бачадон йиртилиш хавфи кузатилганда қандай шошилиш ёрдам кўрсатилади? Бундай дақиқаларда аёлга чуқур наркоз бериб, дарҳол дардни тўхтатиш ва аҳволига қараб қуйидаги операциялардан бири қилинади:

- а) ҳомилани бўлақларга бўлиб олишнинг ҳамма турлари;
- б) кесарча кесиш.

Агар бачадон йиртила бошлаган белгилар кузатилса, фақат кесарча кесиш операцияси қилинади.

Бачадон йиртилиш хавфи бўлганда ҳомила бошига қисқичлар қўйиш ёки ҳомилани оёғи томонга айлантириб туғдириб олиш қатъий ман этилади.

Кесарча кесиш операцияси қилинганда баъзан бачадон олиб ташланади, кўпинча эса бачадон сақлаб қолиниб, йиртилган жойи тикилиши мумкин.

Бачадон йиртилиш хавфи бўлганда, айниқса чала ёки тўла йиртилганда аёлни бошқа туғруқхонага ёки касалхонага юбориш мумкин эмас, бал-

ки аёл ётган туғруқхонага мутахассис шифокор чакирилиб, шу ерда зарур ёрдам кўрсатилади.

Қандай ва қачон операция қилиш, бачадонни сақлаб қолиш-қолмаслик аёлнинг умумий аҳволига, йиртилиш даражасига, ёшига, акушерлик анамнезига боғлиқ. Бачадон ёрилишининг олдини олишда туғруқни тўғри бошқариш ва йиртилиш хавфи белгиларини ўз вақтида аниқлаш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Бачадондаги ҳар қандай йиртилиш она ва бола учун хавфлидир. Бачадон йиртилишини даволашдан кўра олдини олишнинг аҳамияти катта.

Хавф солувчи бачадон ёрилиши.

Бу бачадон ёрилишидан олдинги ҳолатдир, яъни бу ҳолат бачадон пастки сегменти ва бўйнининг ҳаддан ташқари чўзилиб кетишидан юзага келади. Бу асосан чанок ўлчамлари ва ҳомила қисмлари бир-бирига мос келмаганда тез туғруқ фаолиятида юз бериши мумкин. Бачадон узунасига чўзилади, туби бир томонга тортилади, контракцион ҳалқа киндик соҳасида туриб қолади ва бачадон қумсоат шаклига киради. Юқори бўлаги қаттиқ қисқаради, контурлари кескин аниқ, ё чап, ё ўнг қовурға остида жойлашади. Пастки бўлаги эса бир оз юмшоқроқ, кенгроқ ва чегараси ноаниқроқ бўлади.

Бачадон юмалоқ бойламлари, айниқса чапдагиси асосан таранг, оврикли. Бачадон пастки сегменти пальпация қилинганда кескин оврикли ва ҳомила қисмларини аниқлаб бўлмайди. Қин орқали кўрилганда қоғаноқ пардаси аниқланмай, бачадон бўғзи тўлиқ очилган бўлади ва ҳомила олд келувчи қисми чанокқа кириш қисмида юқорида бўлади. Баъзида туғруқ йўли «туғруқ ғурраси» билан тўлган бўлади.

Амалий кўникмалар.

1. Бачадон бўйни йиртилганда тикиш

Беморни тинчлантириш

1. Антисептик эритма билан қин ва бачадон бўйни артилади.
2. Тикишдан олдин т/и петидин ва диазепам секин юборилади (иккаласи бир шприцда аралаштирилмайди), ёки кетамин, каллипсол ишлатилади.
3. Ассистентдан бачадонни массаж қилишини сўраймиз.
4. Бачадон бўйни қисқич билан ушланади. Қисқич йиртилган жойнинг икки томонидан қўйилади, бачадон бўйнининг ҳамма томонини тортиб кўрилади.
5. Узлуксиз чок билан № 0, хромланган кетгут билан юқори учидан тикилади, юқори учи қон кетиш манбаи ҳисобланади.
6. Агар бир қанча қисми йиртилган бўлса, хромланган кетгут билан узлуксиз чок қўйиб тикилади.
7. Юқори учидан қон кетганда 4 соатга қисқич қолдирилади.
8. 4 соатдан кейин қисқични секин-аста очилади, лекин олинмайди.
9. 4 соатдан кейин қисқич олинади.

2. Қин ва оралиқ йиртилишида тикиш

Туғруқ вақтида қин йиртилиши 4 даражага бўлинади

1- даража: қин шиллиқ қавати ва бириктирувчи тўқима йиртилиши
2- даража: қин шиллиқ қавати, бириктирувчи тўқима ва мушак қавати йиртилиши

3- даража: ҳамма қаватлар йиртилиши анал тешиқ сфинктеригача

4- даража: тўғри ичак шиллиқ қавати йиртилиши.

1-2 Даражада тикиш

1- Беморни эмоционал қўллаб- қувватлаш. Маҳаллий ёки пудендал анестезия қилинади.

2. Ассистентдан бачадонни массаж қилишни сўраймиз.

3. Қин, оралиқ ва бачадон бўйни диққат билан кўздан кечирилади.

4. Агар жароҳат чуқур бўлса, уни 3 - ёки 4 - даража эмаслигига ишонч ҳосил қилиш.

5. Қўлга қўлқоп кийиб бармоқ анусга киргизилади.

6. Эҳтиётлик билан бармоқ кўтарилади ва сфинктер текширилади ва унинг бутунлиги ва тонуси баҳоланади.

7. Қўлқоп стерил қўлқопга алмаштирилади

8. Агар сфинктер зарарланган бўлса, у ҳолда уни 3-4 даражадаги каби тикилади.

9. Агар сфинктер зарарланмаган бўлса, у ҳолда қин шиллиқ қавати, бириктирувчи тўқима ва мускул қавати тикилади

10. Йиртилган жой атрофига антисептик эритма билан ишлов бериллади

11. Қин шиллиқ қаватига, оралиқ терисига ва оралиқ мускул қаватига чуқур инфилтрат ҳосил қилиниб, маҳаллий анестезия қилинади.

12. Қин шиллиқ қавати узлуксиз чок билан тикилади.

13. Қин йиртилган жойидан 1 см юқоридан тикилади. Чок кинга кириш қисмигача давом эттирилади.

14. Қинга кириш қисми йиртилган жойи четларини бир хил ушлаш керак.

15. Қинга кириш соҳасида ички томондан тапқи томонга игна чиқариб лигатура қўйилади.

16. Оралиқ мускуллари алоҳида чок билан тикилади. Агар йиртилган жой чуқур бўлса, соҳани ёпинг учун иккинчи қатор чок қўйилади.

17. Терини алоҳида чок билан тикилади, қинга кириш қисмидан бошлаб тикилади.

18. Агар йиртилган жой чуқур бўлса, ректал текшириш ўтказилади. Тўғри ичакда чок йўқлигига ишонч ҳосил қилинади.

3-4 даражада тикиш.

1. Жароҳатни жарроҳлик хонасида тикилади.

2. Беморни қўллаб-қувватлаш. Адекват анестезия қўлланилади.

3. Ассистентдан бачадонни массаж қилиш сўралади.

4. Қин, бачадон бўйни, оралиқ ва тўғри ичак кўрилади.

5. Анал сфинктери текширилади:

- қўлга қўлқоп кийиб, бармоқни анусга киргизилади ва енгил кўтарилади.

- сфинктер бор ёки йўқлиги аниқланади.

- тўғри ичак юзасини пайпасланг ва йиртилган юзани кўриб чиқинг.

6. Қўлқоп алмаштирилади.
7. Йиртилган соҳа антисептик эритма билан ишлов берилади ва фекалий қолдиқлари олинади.
8. Қин шиллик қавати, оралиқ териси остига ва оралиқ мушак қаватига анестетик юборилади.
9. Тўғри ичак кетгут билан тикилади, алоҳида чоклардан фойдаланилади, шиллик қават 0,5 см оралиқда тикилади.
10. Мушак қавати фасция билан тикилади, алоҳида чоклар билан.
11. Жароҳат соҳасига ишлов берилади.
12. Сфинктер жароҳатланганда:
 - Сфинктерни қисқич билан ушланади. Қисқич билан тортилганда сфинктер йиртилмайди.
 - Сфинктерни 2 ёки 3 та алоҳида чоклар билан тикиб қўйилади.

Масалалар.

1. Тўққан аёлда оралиқни III даража йиртилиши. Тактикангиз?
 - А. Оралиқни тикиш.*
 - Б. Лапаротомия.
 - В. Гемотрансфузия.
 - Г. Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш.
 - Д. Гистероскопия.
2. Тўққан аёлнинг туғруқ йўллари текширилганда оралиқнинг III даража йиртилиши аниқланган. Нима қилиш керак?
 - А. Хирургик ёндошув.*
 - Б. Утеротониклар.
 - В. Бачадон массажи.
 - Г. Гемотрансфузия.
 - Д. Кузатув динамикада.

3. Бемор В. 30 ёшда. 4- ҳомиладорлик. Тиббий марказда вазни 4.2 кг муддатига етган бола туғди. Бола туғилгандан кейин унга 0.2 мг эргометрин юборилган. Йўлдош 5 мин дан кейин асоратсиз ажралган. Бироқ бола туғилгандан 0.5 соатдан кейин унда қиндан кучли қон кетиши бошланган. Пульс 88 та, АБ 110/80 мм.с.м.уст., НОС 18 та, тана ҳарорати 37°C. Бачадон қаттиқ, яхши қисқарган. Йўлдош бутун. Оралиқ жароҳати йўқ. Қин ва бачадон бўйнини текшириш давом этаётган кучли вагинал қон кетиши ҳисобига қийинлашган. Шунинг учун бачадон бўйни ва қин ёрилиши ҳали истисно қилинмади.

Диагноз.

- а. Туғруқ йўлларининг йиртилиши.*
 - б. Коагулопатик қон кетиши.
 - с. Бачадон гипотонияси.
 - д. Бачадон ёрилиши.*
 - е. Бачадон атонияси.
- Б. Тактикаси.**
- а. Туғруқ йўллари жароҳатини тиклаш.*

б. Бачадон экстирпацияси.

в. Утеротониклар.

г. Туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарини кўриш.*

д. Бачадон ичини қўл билан текшириш.

4. Туғруқ бўлимига 33 ёшли ҳомиладор аёл келиб тушди. 6 соатдан сўнг туғруқ кузатилди. 5000.0 вазни етилган тирик ўғил туғилди. 15 мин. дан сўнг мустақил равишда йўлдош ажралди ва туғилди. Туғруқдан сўнгги даврда туғруқ йўлларида қон кетиш давом этапти. Бачадон қисқарган.

I. Тахминий диагноз?

А. Туғруқ йўллари ёрилиши.*

Б. Коагулопатик қон кетиши.

В. Бачадон гипотонияси.

Г. Бачадон ёрилиши.

Д. Бачадон атонияси.

II. Тўққан аёлни олиб бориш тактикаси.

А. Туғруқдан кейинги палатага кўчириш.

Б. Юмшоқ туғруқ йўллари кўриш.

В. Бачадон ташқи массажи.

Г. Ёрикни тикиш.*

Д. Утеротониклар.

5. Ҳомиладор аёл 38 ёшда. Ҳомиладорлик III. 31- ҳафта. Асоратланган акушерлик анамнези. Анамнездан 1,5 йил олдин кесарча кесиш амалиёти ўтказган. Ҳомиладор қорин пастида ва белда тортувчи оғрикларни сезаяпти.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

А. Бачадон ёрилиш хавфи.

Б. Бачадондаги чандигнинг етишмовчилиги.*

В. Бачадон бўйинчасини гумбаздан узилиши.

Г. Бачадоннинг ёрилиши.

Д. Муддатдан олдинги туғруқ.*

6. 31 ҳафталик муддатда бачадондаги чандик етишмовчилиги учун нима характери?

А. Қорин пастидаги ва чандик соҳасидаги оғрик.*

Б. Чандик соҳасининг ингичкаланиши.*

В. Жинсий йўллардан шиллик ажралиши.

Г. Оёқларда ва қорин олд деворидаги шишлар.

Д. Чандик йўналиши бўйича қалинлигининг бир хилда эмаслиги.*

7. Ҳомиладор аёл 38 ёшда. Ҳомиладорлик III. 31- ҳафта. Асоратланган акушерлик анамнези. Анамнездан 1,5 йил олдин кесарча кесиш амалиёти ўтказган. Ҳомиладор қорин пастида ва белда тортувчи оғрикларни сезаяпти.

А. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

а. Бачадон ёрилиш хавфи.

б. Бачадон чандигининг етишмовчилиги.*

в. Бачадон бўйнининг гумбаздан узилиши.

г. Бачадоннинг ёрилиши.

д. Муддатидан олдинги туғрук.*

Б. Диагнозни аниқлаш учун текшириш ўтказиш?

а. УТ текширув.*

б. Қорин пальпацияси.*

в. Қорин бўшлиғи лапароскопияси.

г. Қин текшируви.*

д. Амбулатор кузатув.

В. 31 ҳафталик муддатда бачадондаги чандиқ стишмовчилиги учун нима хос?

а. Қорин пастидаги ва чандиқ проекциясидаги оғрик.*

б. Чандиқ соҳасининг ингичкаланиши.*

в. Жинсий йўллардан шиллик ажралиши.

г. Оёқларда ва қорин олд деворидаги шишлар.

д. Чандиқ йўналиши бўйича қалинлигини бир хилда эмаслиги.*

8. 34 ёшдаги ҳомиладор аёл. Ўз вақтидаги 2 та туғрук. Бўйи 162 см, вазни 72 кг. Бачадон туби баландлиги - 40 см, қорин айланаси - 110 см. Анамнезда 8 тиб.аборт, 1 криминал аборт (метрозндометрит билан асоратланган). 12 соатдан бери туғруқда. Бачадон бўйни тўлиқ очилганига 30 мин. бўлди. Дард ҳар 1-2 мин. 50-55 сек. давом этмоқда, жуда оғриқли. Аёл асабийлашган. Дард тутганда ва улар орасида ҳам қорин пастида кучли оғриқдан шикоятланапти. Кучанишга ҳаракат қилапти. Чанок ўлчамлари: 25-26-31-17. Ҳомиланинг боши чанокқа тикилиб турибди. Бачадоннинг пастки сегментини пайпаслаганда оғриқ бор, контракцион ҳалқа дард йўқлигида киндикдан 2.0 см пастда. Вагинал кўрилганда: қоғанок ларда йўқ, бачадон бўйни тўлиқ очилган, шишган, ҳомила боши чанокқа тикилиб турибди. Промонториумга бармоқ етади - 10.5 см. Диагноз?

А. Бачадон йиртилиши хавфи.*

Б. Анатомик ва клиник тор чанок.

В. Анатомик тор чанок.

Г. Клик клиник тор чанок.

Д. Йирик ҳомила.

9. Поликлиникага қайта туғувчи аёл дард белгиларига шикоят қилиб келди. Анамнезида 3 йил бурун ҳомиланинг нотўғри ётиши сабабли кесарча кесиш операцияси қилинганлиги маълум. Операциядан кейинги даврда қориннинг олдинги девори чоклари йиринглаш ишининг оғирлашуви кузатилган. Чанок ўлчамлари нормада. Ҳомиланинг тахминий вазни 3500 гр. Нима қилишингиз керак? Қандай маслаҳат берасиз? Туғруқ режаси қандай бўлиши керак?

Ўргатувчи тестлар.

1. Бачадоннинг гистопатик йиртилишида шифокор тактикаси қандай?

Гемодинамикани тиклаш мақсадида қон қуйиш.

Тезкор лапаротомия.

Бачадон экстирпацияси (бачадон ўсмаларсиз).

Операция вақтида қон ва қон ўрнини босувчи суюқлик қуйиш.

2. Туғруқ йўлларининг йиртилишида қон кетиш клиникаси қандай?

Бачадон қаттиқ, қисқарган ҳолатда қон кетади.

Қон кетиш бола туғилиши биланок бошланади.

Қон суюқ, оч рангда.

Қон босими пасайиб кетади.

3. Оралиқнинг III даражали йиртилишида қайси тўқималар жароҳатланади?

Қин девори.

Оралик териси.

Оралик мушаклари.

Анус сфинктери.

Тўғри ичак девори.

4. Оралиқ йиртилиш хавфи белгиларини айтинг:

оралиқ тўқималари цианози (қўқариши);

оралиқ тўқимаси шиши ва терисининг ялтираши;

оралиқ терисининг оқариши.

5. Оралиқни кесишнинг қандай 3 хилини биласиз?

Перинеотомия (ўрта чизик бўйлаб).

Эпизиотомия (ён бошига).

Парамедиал кесиш (тўғри ичак ташқи сфинктери четидан).

6. Бачадон бўйни йиртилишининг 3 даражасини таърифлаб беринг?

1 – даражаси – йиртилиш 2 см гача.

2 – даражаси – йиртилиш 2 см дан кўп, лекин қин гумбазига етмайди.

3 – даражаси – йиртилиш қин гумбазларига ўтган.

7. Бачадон бўйни йиртилишини тикиш техникаси:

Кетгут ип билан тикилади.

Тикиш юқори бурчагидан, ташқи бўғзига қараб тикилади.

Биринчи чок йиртик бурчаги юқорисига қўйилади.

Игнани жароҳат четидан киритиб, 0,5 см масофада тикилади.

8. Бачадон бўйни ва қин йиртилиши профилактикаси:

туғруқда спазмолитиклар қўллаш;

туғруқни адекват оғриқсизлантириш;

барвақт кучанишнинг олдини олиш;

утеротоник воситаларни рационал қўллаш;

қин орқали туғдирувчи жарроҳлик усулларини тўғри қўллаш;

рационал туғруққа тайёрлаш.

9. Оралиқ йиртилиш профилактикаси:

қин орқали туғдирувчи жарроҳлик усулларини тўғри қўллаш;

акушерлик ёрдамини тўғри кўрсатиш;

туғруқни адекват оғриқсизлантириш;

туғруққа рационал психопрофилактик тайёрлаш;

оралиқни ўз вақтида кесиш.

10. Бачадон йиртилишининг 4 асосий сабаблари:

ҳомила туғилишига механик тўсқинлик;

бачадон мушакларидаги дегенератив ўзгаришлар;

туғдирувчи жарроҳлик усуллари қўлланилганда зўрлаш;

барча омилларнинг биргаликда келиши.

11. Бандль бўйича бачадон йиртилишига хос 5 клиник белгини ай-

тинг?

Кучли туғруқ фаолияти.

Аёлнинг ўзини тутишини ўзгариши.

Пульс тезлашиши.

Сийишнинг қийинлашиши ёки қийналиб сийиши.

Ҳомила ўткир гипоксияси, ҳомила интранатал ўлими.

12. Бандль бўйича бачадон йиртилиш хавфининг объектив кўрик маълумотлари?

Бачадон пастки сегменти юққалашиши ва оғрик.

Бачадон думалоқ бойламлари таранглашуви ва палпатор оғрик.

Қин ва ташқи аъзолар шиши.

Контракцион ҳалқа баландга кўтарилиб, бачадон қумсоат шаклига кириши.

Ҳомила ўткир гипоксияси, ҳомила интранатал ўлими.

Бачадон бўйни шиши, ҳомила бошида туғруқ шиши.

13. Бачадоннинг гистопатик йиртилиши хавфига ҳос 6 клиник белгилар?

Туғруқ фаолияти сустлиги.

Сийдик қопи атонияси.

Кучсиз, натижасиз туғруқда оғрик ва дард.

Ҳомила юрак уришининг бузилиши.

Чандикда нотекислик ва оғрик.

14. Бачадон ёрилиши хавфининг асосий симптомларини айтинг:

пайпаслаганда бачадон думалоқ бойламлари оғриқлилиги:

контракцион ҳалқанинг баландда туриши;

пастки сегментнинг юққалашиб ва оғриқли бўлиши;

барвақт кучаниқ бўлиши;

бачадон қумсоат шаклига киради;

кучли ва оғриқли дард.

15. Йиртилган бачадонга ҳос 5 белгини айтинг?

Дардни тўхтатиш.

Аёлни кайфияти тушган.

Ҳомила юрак уришининг бўлмаслиги.

ҚБ пасайиши, пульс тезлашиши, териси оқарган.

Жинсий йўллардан қонли ажралма келиши.

16. Бачадонда чандик бўйича йиртилиш бошланганлиги белгилари:

кўнгил айнаш, қусиш;

бош айланиши;

чандикда пальпатор оғрик ;

чандикни пайпаслаганда чуқурлашув «токча» белгисининг аниқланиши;

ҳомила ўткир гипоксияси;

жинсий йўллардан қонли ажралма келиши.

17. Туғруқда бачадон йиртилиш хавфи пайдо бўлганда шифокорнинг тутадиган йўли:

зудлик билан чуқур оғриксизлантириб туғруқ фаолиятини тўхтатиш;

оператив жарроҳлик.

18. Бачадон йиртилиши хавф гуруҳига кирадими?

Бачадон чандиғи бор ҳомиладорлар.

Кўп туғувчилар.

Акушерлик анамнезига мойил ҳомиладорлар.

Тор чанок.

Катта ҳомила.

Ҳомиланинг нотўғри жойлашуви.

19. Поликлиникада бачадон йиртилиши профилактикаси.

Йиртилиш хавфига кирувчи аёлларни хавф гуруҳига ажратиш.

Ҳомиладорлиқнинг 37-38 ҳафтасида туғруққа тайёрлашга ётқизиш.

Бачадондаги чандиқни баҳолаш.

Абортлар профилактикаси.

Бачадонда чандиғи бор аёлларда ҳомиладорлиқни тўғри олиб бориш.

20. Клиник кечиши бўйича бачадон ёрилиш турлари:

Бачадон ёрилиши хавфи.

Бошланган бачадон ёрилиши.

Бачадоннинг буткул ёрилиши.

21. Бачадоннинг гистопатик ёрилишида шифокор тактикаси қандай?

Зудлик билан операция қилиш.

Операция билан бир вақтда қон ва қон ўрнини босувчи суюқликларни куйиш.

Кичик узунасига йиртилганда бачадонни тикиш.

Бачадон экстирпацияси (ортикларсиз).

22. Бошланган даври бўйича бачадон ёрилиши:

Ҳомиладорлик даврида.

Туғруқ даврида.

23. Патогенетик белгилари бўйича бачадон ёрилиши турлари:

Ўз-ўзидан ёрилиши.

Зўрлаб ёрилиши.

24. Ўз-ўзидан бачадон ёрилишининг 3 кўриниши.

Механик.

Гистопатик.

Механогистопатик.

25. Қардан ёрилишига қараб бачадон ёрилиши турлари:

Пастки сегментидан ёрилиши.

Бачадон танасидан ёрилиши.

Бачадон тубидан ёрилиши.

Қин гумбазидан узилиши.

26. Чот йиртилишининг II даражасида қандай тўқималар шикастланади?

Қин деворлари.

Чот териси қавати.

Чанок туби мушаклари.

27. Қуйидагилардан қайси симптомлар қов суяги бирикмаси ажралганида юзага келади?

Юрганда қаттиқ оғрик.
 Қов бирикмасида оғрик.
 «Ўрдаксимон» юриш.
 Қов бирикмасида шиш.
 Қов бирикмасида қон йиғилиши (гематома).

XXVII БОБ

ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ПАТОЛОГИК ҲОЛАТЛАРИ

Мақсад. Чақалоқлар асфиксияси, сабаблари, клиникаси, диагностика-сини ўрганиш. Респиратор дистресс синдром, чақалоқни бирламчи реанимацияси, туғруқ жароҳатлари, инфекцион касалликларини билиш.

Режа:

1. Чақалоқлар асфиксияси, сабаблари, клиникаси.
2. Апгар шкаласи.
3. Респиратор дистресс синдром.
4. Чақалоқнинг бирламчи реанимацияси.
5. Чақалоқларда туғруқ жароҳатлари.
6. Чақалоқлар инфекцион касалликлари.

27.1. ЧАҚАЛОҚЛАР АСФИКСИЯСИ

• Асфиксия - патологик ҳолат бўлиб, туғилган чақалоқда мустақил нафас олиш йўқлиги ёки нафас олиши юзаки, номунтазам ва организмда етарли даражада газ алмашувини таъминлаб бера олмайди

Асфиксия сабаблари

- Хомила гипоксияси.
- Нафас йўллариининг меконий, қораноқ сувлари, шилдик, қонлар билан аспирация си сабабли ўтказувчанлиги бузилиши.
- Марказий нерв тизимининг оғир жароҳатланиши.
- Ўпкалар тўқимасининг функционал етилмаганлиги ёки сурфактантнинг етарлича ишлаб чиқарилмаслиги.
- Қон айланишининг кичик ҳалқасида гемодинамик бузилишлар.
- Хомила нуқсонлари.

27.1.-жадвал

Апгар шкаласи

Симптомлар	0 балл	1 балл	2 балл
Юрак урини	Йўқ	100дан кам	100 ва >
Нафас	Йўқ	Брадипноэ, номунтазам	Балад қичқирини
Мусак топси	Оёқ-қўллари осилиб қолган	Оёқ-қўллари озорқ букилган	Оёқ-қўллари актив ҳаракатди
Рефлекслар	Йўқ	Юа тиричили	Йўтал,аксирини, қичқирини
Терининг ранги	Умумий оқарини ёки цианоз	Нунти ранг ва акроцианоз	Нунти ранг

Чақалоқ аҳволини Апгар шкаласи ёрдамида баҳолаш (1- мин ва 5 мин дан сўнг) 8-10 балл -аҳволи яхши, 7 балл - чегарали аҳвол, 6 балл - енгил даражали асфиксия, 5-4 балл - ўрта даражали асфиксия, 4 балл ва ундан паст - оғир даражали асфиксия, симптомлар йўқлиги - ўлик туғилиш.

Чақалоклар асфиксияси дейилганда МНС, нерв-рефлектор фаолиятининг сусайиши натижасида қон айланишининг бузилиши тушунилади. Асфиксия ривожланишида ҳомиланинг ўткир ва сурункали гипоксияси аҳамиятга эга. Бирламчи апноэ - бу ўткир перинатал гипоксияга нисбатан бошланғич физиологик жавоб. Бунда нафас ҳаракатлари тўхтайди, брадикардия транзитор кузатилади. Бирламчи апноэда ўпка вентиляциясига қисқа муддатли ёрдам кўрсатиш мусбат эффект беради. Иккиламчи апноэ - бу бирламчи апноэдан сўнг пайдо бўлади. Бунда чақалок бир марта Гаспинг типига нафас олгач, нафас ҳаракати тўхтайди. Бу ҳолатда ҳам К/Б тушиб кетади. Брадикардия ва мушак тонусининг сусайишида чақалокларда интенсив терапия бошлаб, сунъий ўпка вентиляцияси бажарилади. Кутилган натижа камдан-кам ҳолларда ижобий бўлади. Чақалоклар асфиксиясининг оғирлик даражаси Алгар шкаласи бўйича чақалок туғилгач 1 мин. ва 5 мин оралатиб умумий аҳволи баҳоланади.

Енгил асфиксия – 6-7 балл. Енгил асфиксияли чақалоклар учун махсус даво шарт эмас. Кўпинча эрта мослашув даврида нерв-рефлектор кўзгалувчанлик синдроми пайдо бўлиши мумкин. Масалан, Моро спонтан рефлекси горизонтал ёки вертикал нистагм.

27.2. РЕСПИРАТОР ДИСТРЕСС СИНДРОМ

Респиратор дистресс синдром (РДС) - бу янги туғилган чақалокнинг биринчи соатларидан пайдо бўлувчи патологик ҳолат бўлиб, ўпканинг структур етилмаганлиги ва сурфактант модда синтезининг бузилиши билан ифодаланади.

Чала туғилиш, ҳомила ичи инфекцияси, перинатал гипоксия ва асфиксия каби омиллар РДС нинг сабабини, оғирлик даражасини белгилайди.

Сурфактант – юза актив модда бўлиб, альвеоцитларнинг II типи синтезлайди. Сурфактант танқис бўлганда нафас чиқариш актида альвеолалар бужмайиб қолади, натижада газ алмашинув сатҳи камайиб гипоксемия ва гиперкапния ҳолатлари пайдо бўлади. Сурфактант системанинг етилиши ҳомилада 35-36 ҳафталарга келиб якунланади. Глюкокортикоидлар, тиреонд гормонлар, эстрогенлар, адреналин ва норадреналин унинг синтезини стимуллайди.

РДС клиник белгилари чақалок туғилгач 4-6 с ўтгач пайдо бўлади ва 1 мин. да 60 та нафас ҳаракатли ҳансираш билан характерланади.

Нафаснинг тезлашиши экспиратор шовқинлар билан бирга кечади.

Чақалокни кўздан кечирилганда нафас олганда кўкрак қафасининг ичкарига ботиши кузатилади, яъни ханжарсимон ўсик ковурагалар ораси ва ўмров усти чуқурчаси ичкарига тортилган бўлади. Юзларига эътибор берилганда бурун қанотларининг таранглашиши, апноэ хуружлари кузатилади.

Чақалокнинг юз териси пушти рангда бўлади. РДС клиник белгилари пайдо бўлгач акроцианоз, кейинчалик умумий рангпарлик юзага келади.

Аускультацияда сусайган везикуляр нафас эшитилади. СБС ривожланган сари нафас олиш ва чиқариш жараёнларида крепитация ва қуруқ хириллашлар эшитилади.

Чақалокнинг РДС оғирлигини баҳолашда Сильверман шкаласидан

фойданилади: 4 баллгача-РДС бошланиши; 5 балл- РДС ўртача оғирлиги; 6-9 балл- оғир даражадаги РДС; 10 балл- ўта оғир РДС.

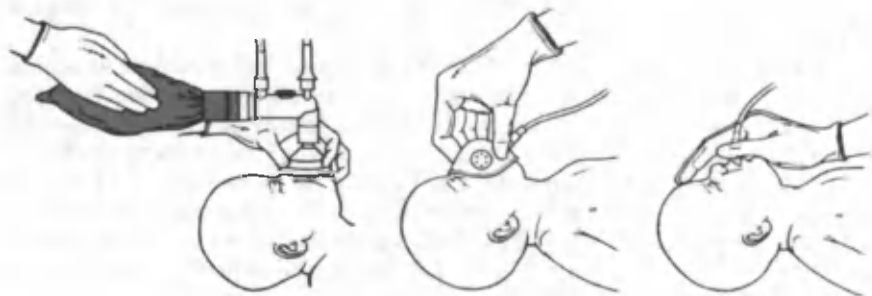
РДС чақалокнинг умумий ахволи ўзгаради, гипо-, адинамия бўлади.

РДС ўтказган ва жонлантириш бўлимида интенсив терапия олган чақалокларда ҳам баъзида сепсис, ДВС синдроми, бронх-ўпка дисплазияси, ўпкага қон қуйилиши каби асоратлар юзага келиши мумкин. РДС пренатал диагностикасида қоғаноқ сувининг фосфолипид таркибини аниклаш тести муҳим аҳамиятга эга. Агар лецитин билан сфингомиелин нисбати 2:1 бўлса, РДС ривожланиш эҳтимоли 0%, 2:1,5 нисбати – 50%, 1:1 нисбати – 75%. РДС ривожланиш эҳтимолини баҳолашда «кўпикли» тест ўтказилади. Бунинг учун янги турилган чақалокнинг 0,5мл ошқозон суюқлигига 96% спиртдан 0,5 мл қўшилади. Пробиркада 15 с давомида чайқатилади. Агар алоҳида ёки ўзаро бириккан йирик кўпиклар аниқланса тест мусбат, кўпиклар умуман бўлмаса, манфий, агар пробирканинг бир қисмини эгалловчи майда кўпикчалар аниқланса, кучсиз мусбат натижа деб баҳоланади. Тест мусбат бўлганда РДС ривожланиши жуда кам, кучсиз мусбат бўлганда -20% ҳолларда, манфий натижада 60% ҳолларда РДС ривожланиши мумкин. РДС ривожланганда асосий параметрлар мониторингга олинади: юрак қисқаришлар сони, нафас частотаси, O_2 ва CO_2 парциал босими, қоннинг кислота-ишқор ҳолати, ЭКГ, биокимёвий параметрлар назорат қилиниб борилади. РДС биринчи белгилари пайдо бўлиши билан тўқималарни кислород билан таъминлаш мақсадида оксигенотерапия қилинади (27.1.расм).

А

Б

В



27.1.-расм. Чақалок кўқарган, лекин нафас олмоқда: кислород бериш лозим:

А - анестезиологик халта ёрдамида;

Б - кислород маскаси орқали;

В - кислород шланги орқали.

Оксигенотерапияни қоннинг газ таркибини билмасдан ўтказиш мумкин эмас. Қоннинг газ таркибини аниқлаб бўлмаганда, мониторингга эътибор берилади. Кислород босими 60-90 мм. сим. уст атрофида бўлиши керак. Кислород билан тўйинувчанликнинг 1-2% пасайиши босимнинг 6-12% га тушишини билдиради. 90% гача кислород босими пасайса оғир гипоксиядан далолат беради. Шу сабабли кислород босимини 92-96% да ушлаб туриш керак. Оксигенотерапия эффектсиз бўлганда трахея интуба-

ция қилиниб, сунъий ўпка вентиляцияси ўтказилади.

Комплекс терапевтик муолажаларга гидратацион терапия киради. Чақалокнинг бир суткасида 50-60 мл/кг тана вазнига, кейинчалик 140-150 мл/кг вазнига нисбатан суюқлик қуйилади. 10% ли альбумин эритмаси ва янги музлатилган плазма гиповолемияни коррекциялаш учун қўлланилади.

Антибактериал терапия бактериологик экзма натижасига кўра олиб борилади.

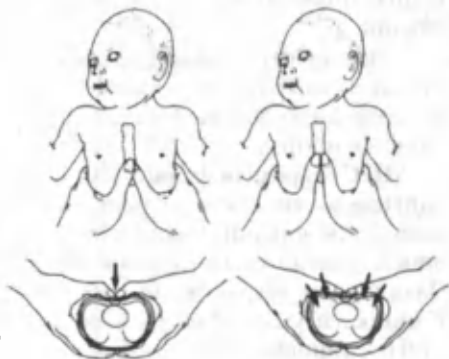
Ҳозирги кунда РДС профилактикаси мақсадида глюкокортикоидлардан фойдаланилади. Чақалок туғилгач биринчи суткасида сурфактант препарати Экзосурф (Англия) ва Куросурф (Италия) 5 мл/кг вазнига ҳисоблаб эндотрахеал ҳар 8 соатда қилинади.

27.3. ЧАҚАЛОҚНИНГ БИРЛАМЧИ РЕАНИМАЦИЯСИ

- Чақалокни артиб иссиқ жойга ётқизиш.
- Оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси.
- Рефлексларни қўзғатиш.
- Сунъий ўпкалар вентиляцияси - Амбу копчаси ёрдамида.

- Юрак массажи (27.2.-расм).
- Киндик артерияси орқали 4% натрий гидрокарбонат эритмаси (10-12 мл), 10% глюкоза (10-15 мл), адреналин 0,1-0,3 мл/кг.

- Трахея орқали интубация ва тоза намлланган кислород юбориш.



27.2. Расм Юракни билвосита массаж қилиш.

27.4. ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ТУҒРУҚ ЖАРАЁНИДА

ЖАРОҲАТЛЕНИШИ

- Кефалогематома.
- М. Sterno-claيدا-mastoideus травмаси.
- Ўмров суякнинг синиши.
- Юз нервнинг парези.
- Елка чигалининг жароҳатланиши (қўл фалажи).
- МНС туғруқ жароҳати (мияга қон қуйилиши).
- Умуртка поғонаси ва орқа миянинг туғруқ жароҳати.

Кефалогематома - бир ёки икки томонлама тепа, камроқ ҳолларда энса сезиб сезилмас пардаси остида қон қуйилиши. Кефалогематома устидagi тери ўзгармаган. Шиш туғруқдан кейин 2-3 кунлар ичида катталаниши мумкин, 6-8 ҳафталарда аста-секин йўқолиши мумкин. Кефалогематома йиринглаши, камроқ ҳолларда кальцийланиши ва суякланиши мумкин.

М. sterno- claida-mastoideus жароҳати - кўпинча ҳомила думба билан келган туғруқларнинг асорати ҳисобланади. Мушаклар гематомаси қўшилиши мумкин, дуksимон қалинлашиш кўринишида аниқланади. Бола боши жароҳат томонга бурилган, энгак эса сорлом томонга қараган

бўлади. Кўрикда қийшиқ бўйин аниқланади. Бир неча ҳафтадан кейин гематома изсиз йўқолади.

Даво чоралари консерватив: энгил массаж, иссиқ қўйиш.

Ўмров суягининг синиши деярли кўп учрайди. 3% чақалоқларда учрайди. У асосан йирик болаларда ва туғруқ жараёни нотўғри бошқарилганда (елка камари дистоцияси) кузатилади. Чақалоқлар туғилиши билан ўмров суяги соҳасида пальпацияда крепитация ва оғриқ сезилади. Қўллар ҳаракати чегараланган, 3-4 кунлари тоғайланиб думбоқ бўлиб битади. Даво чоралари: елкаларни фиксация қилиш.

Юз нерви фалажи: акушерлик қискичлари қўйилгандан кейин келиб чиқадиган асорат сифатида ёки туғруқ йўлларида юза жойлашган нервнинг эзилиши натижасида келиб чиқадиган ҳолат. Клиник белгилари бурунлаб бурмаларининг текисланиши, жароҳат томонда кўзнинг очик туриши, бақирганда оғизнинг соғлом томонга тортилиши билан намоён бўлади. Фалаж бир неча ҳафта давомида тузатилади.

Елка нерв тугунининг фалажи. Туғруқда елка нерв тугуни ва унинг илдизларининг ёки баъзан орқа миянинг шикастланиши туфайли келиб чиқади.

Елка нерв тугунининг қайси бир шохининг фалажига қараб, елка нерв тугуни акушерлик фалажининг 3 тури фарқланади. Даво комплекси - шифобахш физкультура, массаж, физиотерапия ва медикаментоз даво чораларидан иборат.

МНС жароҳати (мияга қон қуйилиши). Мияга қон қуйилиши туғруқ пайтида қалла суяги ва бош миянинг механик жароҳатланиши натижасида келиб чиқади. Чақалоқларда бу ҳолатнинг кечиши, асосан миянинг шикастланган қисмига, оғир – энгиллигига боғлиқ. Учраш салмоғи 3-8%. Чақалоқлар туғруқ жароҳатларида кўпинча асфиксия билан туғилади. Клиникаси умумий ва ўчоқли симптомлар билан характерланади. Умумий бузилишлар кўзгалувчанлик (ҳаракатлар нотинч, монотон қичқирик, тиришиш) ёки гипо- ва адинамия, рефлекслар пасайиши. Даво чоралари: бола асфиксия билан туғилганда шошилиш чора-тадбирлар; ҳаёт учун муҳим функцияларни тиклаш, метаболизмни коррекциялашдан иборат.

Тикланиш даврида - сўрилувчи терапия, массаж билан даволовчи гимнастика.

Орқа мия жароҳати. Орқа мия энгил жароҳатларида гемодинамик бузилишлар кузатилади. Клиник белгилари жароҳат жойига боғлиқ. Юқори бўйин қисми жароҳатида бульбар бузилишлар кузатилади.

Кўкрак қисми жароҳатланганда нафас мушаклари, бел-думғаза.

Даво чоралари умуртқаларни иммобилизация қилишдан ва бир вақтнинг ўзида ёпиқ репозиция қилиш муолажаларидан иборат. Витаминотерапия, сўрилувчи препаратлар, 2 ҳафтадан кейин эса массаж буюрилади.

27.5. ЧАҚАЛОҚЛАР ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Цитомегаловирус (ЦМВ). Касаллик ўткир кечганда эрта белгилари сариклик, гепатоспленомегалия, геморрагик синдромлар пайдо бўлади. Кечроқ эса асорат сифатида карлик, боланинг нерв-психик ривожланишдан орқада қолиши кузатилади.

Туғма ЦМВ инфекцияси бўлган чақалоқларда вирус сийдик, сўлак, орка мия суюқлигида топилади. Дигноз учун IgM синфига мансуб бўлган специфик ЦМВ-антитаналари аниқланади. Сўлак, сийдик ёки жигар тўқимасини электрон-микроскопик текширилади. Эффектив специфик вирусга қарши терапия йўқ. Унга қарши специфик антицитомегаловирус иммуноглобулин схема бўйича қўлланилади.

Оддий герпеснинг иккита серотипи бор: I ва II. Кам ҳолларда касаллик симптомларсиз кечиши мумкин. Бунда кўпроқ тери ва кўз жароҳатланади. Диссеминирланган жараёнларда сепсис ривожланиши мумкин. МНС жароҳатланганда қалтираш, ланжлик, иштаҳа ёмонлашиши, гипогликемия, нерв-рефлектор қўзғалувчанликнинг ошиш синдроми характерланади. Тери ва шиллик қаватларда везикуляр пуфакчаларнинг бўлиши касалликни исботловчи муҳим белги ҳисобланади. Диагностика учун везикула ичидаги модда ёки терининг жароҳатланган соҳасидан суртма олиниб текширилади. Бунда оддий герпес вирусининг антигени топилиши мумкин. Даво чоралари: барча клиник шакллари учун Ацикловир қўлланилади. Тарқалган шакли, миянинг герпетик жароҳатланиши ёки офальмогерпесда Ацикловир 60-90 мг/кг тана вазнига, кунига 1 марта т/и юборилади. Тери жароҳатланганда доза 30 мг/кг тана вазнига, кунига 1 маҳал т/и юборилади. Даволаш курси 10-14 кун ҳисобланади. Иммуноглобулин юқори титрида реаферон 100-150 МЕ/кг кунига 2 маҳал ҳар 12 соатдан 5 кун давомида шамчалар қўлланилади.

Листериоз. Чақалоқларда туғма листериоз аспирацион пневмония ва мияда қон айланиши бузилиши билан намоён бўлади. Кўпинча эшитув аъзолари (отит), мия (менингиал белгилар) ва жигар зарарланади. Тери тошмалари: папулалар орка умуртқа, думба ва оёқ-қўлларда жойлашади. Кўрикда ҳиқилдоқ, бўғиз шиллик қаватлари, конъюнктивада тошмалар кузатилиши мумкин. Бактериологик текширувда инфекция қўзғатувчиси тери папуласи, ахлат, сийдик ва орка мия суюқлигидан топилади.

Даво чоралари: антибиотикотерапия (ампициллин).

Қизилча: қизилча диагнозини чақалоқларда клиник белгилар ва лаборатория маълумотлар (сийдик ва фарингиал секретидан ажралмалар) асосида қўйилади. Асосий диагностика тести чақалоқлар қонида махсус қизилча IgM антитанасини топиш ҳисобланади. Махсус даво йўқ.

Везикулопустулёз тери бурмалари, бош, думба соҳаларида юза жойлашган, ўлчами бир неча миллиметр келадиган, ичида шаффоф суюқлик бўлган пуфакчалар бўлиб, кейинчалик тер безлари яллиғланиши ҳисобига пуфак ичидаги суюқлик хиралашади. Везикулалар 2-3 кундан кейин ёрилади. Эрозиялар куруқ қобик билан қопланади. Тушиб кетгандан кейин чандик ёки доғлар қолмайди.

Чақалоқларда қаварик диаметри 0,5-1 см гача бўлган пуфаклар эритематоз доғ фонида пайдо болади. Ичида сероз йирингли суюқлик бўлиб, асосида инфилтрат. Пуфак атрофида гиперемия бўлади. Пуфаклар очилгандан кейин эрозия ҳосил бўлади. Хавфли шаклларида фликтеналар (пуфаклар каттароқ ўлчамларда -2-3 см гача) пайдо бўлади. Тери қавариклари кипиклашиши мумкин. Чақалоқнинг умумий аҳволи ёғир, кучли симптомлар, интоксикация.

Риттер эксфолиатив дерматитини тилларанг стафилококклар чақиради. Эксфолиатик экзотоксин ишлаб чиқаради. 1- хафтанинг охири 2 - хафтанинг бошларида терида кизариш пайдо бўлади, киндик, чов бурмалари, оғиз атрофила ёриқлар пайдо бўлади.

Эритемалар тезда қорин, тана, оёқ - қўл териларда тарқалади, бўшаган пуфаклар, ёриқлар, эпидермис куруқлашиб, эрозиялар қолдиради. Беморнинг умумий аҳволи оғир. Касаллик бошлангандан 1-2 hafta ўтиб чақалоқнинг ҳамма териси гиперемиялашиб катта соҳаларда эрозиялар ҳосил бўлади. Эпидермис остида экссудат йиғилади. Кейин эпидермис кўчади.

Касалликда эрозия соҳалари чандиқ ёки доғлар қолмасдан битиши мумкин.

Фигнер псевдофурункулёзи. Бу касаллик ҳам везикуло-пустулалардан бошланиб, барча тер безларига тарқалади. Тери остида диаметри 1-1,5 см гача бўлган тўқ қизил рангли тугунчалар пайдо бўлади, ўртасида йиринг сақлайди. Бош, бўйин орқа юзаси, думба, оёқ - қўл терисида жойлашади.

Чақалоқлар мастити - кўкрак безлари физиологик дағаллашиши фонида ривожланади. Клиник белгилари: кўкрак безининг катталлашиши ва инфильтрацияси. Кўкрак бези териси гиперемияси кузатилади. Даволанмаса касаллик кучаяди, флюктуация пайдо бўлади. Пальпацияда оғрикли йирингли ажралма келади.

Чақалоқларнинг оғир йирингли яллиғланиш касалликларидан бири некротик флегмона ҳисобланиб, терида қаттиқ қизил доғ ҳосил бўлиши билан бошланади, жароҳат тез тарқалади. Лимфа томирлари тури ва катта лимфа ёриқлари бўлиши ҳисобига тери остидаги ёғ қавати йирингни тарқатиб, терида тезликда ўзгаришлар бўлишига олиб келади. 1-2 кундан кейин альтернатив некротик босқичида терининг жароҳатланган соҳалари қўнғир-кўкиш рангга киради. Ўртаси юмшоқлашади. Кўчиш босқичида тери кўчгандан кейин йиринг бўшлиғи ҳосил бўлади. Репарация босқичида грануляция ривожланади ва жароҳат юзаси эпителийланиб, кейинроқ чандиқ ҳосил бўлади.

Конъюнктивит - конъюнктива ва қовоқнинг шиши ва гиперемияси бўлиб, жароҳат икки томонлама йиринг ажралиши билан кечади. Даво юқумли жараённинг қўзғатувчисига боғлиқ.

Катарал омфалит - киндик ярачасидан сероз суюқлик ажралиши ва эпителийланишининг кечикиши билан характерланади. Киндик тизимчасида енгил гиперемия ва инфильтрация бўлади. Бунда чақалоқнинг ҳолати ўзгармайди, қон таҳлили ҳам ўзгармайди. Киндик томирлари пальпацияланмайди. Даво маҳаллий қунига 3 % ли водород пероксид билан 3 марта, кейин 70% ли спирт ва калий перманганат эритмалари билан ишлов бериш, киндик ярачаси соҳаси УФО қилинади.

Йирингли омфалит - касаллик киндик ярачасининг катарал ўзгаришларидан биринчи hafta охирларида бўшашади. Кейин киндик ярачасидан йиринг ажралиб, киндик атрофи тери ости ёғ қавати инфильтрацияси, киндик томирлари юқумли зарарланиши симптомлари кузатилади. Киндик венаси тромбофлебитада киндик устида эластик қаттиқлик паль-

пацияланади.

Тромбофлебитда киндик артерияси киндик тизимчасидан пастда пальпацияланади, бунда киндик ярачасидан йиринг ажралиши мумкин. Маҳаллий ишлов, антибактериал даво ўтказилиши шарт.

Сепсис - чақалоқлар оғир юқумли яллиғланиш касаллиги. Чақалоқларда сепсис жараёни ривожланишига организмнинг анатомио-физиологик тузилиши, системалар ва организмнинг етилмаганлиги, биринчи навбатда МНС нинг, иммунитет сустлиги сабаб бўлади. Чақалоқлар инфекцияланиши анте-, интранатал ёки эрта неонатал даврда ривожланиши мумкин. Инфекцияланиш муддатига қараб ҳомила ичи ва постнатал сепсис фаркланади. Чақалоқларда сепсис ривожланишининг яна бир омилларидан бири бола турилганида ва биринчи кунларида жонлантириш тадбирларини қўллаш ҳисобланади. Муддатидан олдин туғилган етилмаган чақалоқлар сепсис жараёни ривожланиши учун фон ҳисобланади.

Чақалоқлар сепсисда инфекция кириш дарвозаси бўлиб, киндик яраси, жароҳатлаган тери ва шиллиқ қаватларга инфекция тушиши, катетеризация, интубация, ичак, ўпка, камдан-кам холларда сийдик чиқариш йўллари, ўрта кулок, кўзлар ҳисобланади. Чақалоқлар сепсисининг клиник манзарасини юқумли бўлмаган ҳолатлардан ажратиш қийин. Турғун бўлмаган тана ҳарорати гипо- ёки гипертермия кузатилади. Қўшимча белгиларига сўриш рефлексларининг сустлиги ёки йўқлиги, қусиш, ич келишининг тезлашиши ва қорин кўпчиши, қорин дам бўлиши, апноэ, респиратор дистресс синдроми (нафас етишмовчилиги белгилари), цианоз, гепатоспленомегалия, сарикдик, терининг мармар кўринишига кириши, ланжлик, гипотония, тутқаноқ киради.

Катта лиқилдоқ шиши, таранглашиши ва энса мушакларининг ригидлиги, чақалоқларда фақат менингит муҳим белги ҳисобланмайди. Оғир шакли чақмоқсимон сепсис (сепсис шакллари ҳисобланади). Ўртача кечиши хос.

Сепсисга тахмин бўлганда:

- қон, орқа мия суюқлиги, сийдик, трахея ва инфекция ўчоғидан олинган ажралмаларни микробиологик усулда стериллиги текширилади ва Грам усулида бўялади.

Шифокорга сепсис диагнози учун қонни инфекцияга экканда ижобий натижаси, йирингли яллиғланиш белгилари, юқумли токсикоз, лаборатор кўрсаткичлар, инструментал текширишларнинг ўзгаришлари имкон беради.

- орқа мия суюқлигини текшириш: Грам усули бўйича бўяш, ҳужайра миқдори, оксил, глюкозани аниқлаш. Плеоцитоз ёр бўлганда ҳам бактериялар пролиферацияси ҳисобиға суюқлик хира бўлиши мумкин. Люмбал пункцияси орқа мия суюқлигида патологик ўзгаришлар бўлмаганда ҳам 1% чақалоқларда менингит учраши мумкин.

- Гидроцефалияли болаларда вентрикулитда мия қоринчаларини пункция қилиш мумкин.

- Трахея аспиридини текшириш. Трахея аспиридидаги бактерия ва лейкоцитлар сони чақалоқлар ҳаётининг биринчи соатларида хомила ичи инфекциясининг борлигини кўрсатади.

- Периферик қонда лейкоцитлар ва тромбоцитлар микдори, лейкоцитар формулани аниқлаш. Ушбу ўзгаришларнинг йўқлиги сепсис диагнози тўлиқ йўқлигини билдирмайди. Лейкопения ва нейтропенияда етилмаган ва умумий нейтрофиллар орасидаги муносабат 0,2 дан юқори бўлса, сепсис диагнозини қўйиш мумкин. Лекин муддатига етмаган чақалоқлар учраши мумкин. Тромбоцитопения бўлганда сепсисда ДВС синдроми ривожланиши мумкин. ЭЧТ сепсисда 15 мм / соатдан ошиши мумкин.

- Кўкрак қафаси рентгенографияси.

- Сийдикни текшириш: микрокопия ва экиш усули билан микрофлорани антибиотикка сезгирлигини аниқлаш.

- Лимулиус- лизат - тестини бажариш.

- Чақалоқлар сепсисда даволаш тактикаси оптимал парвариш, эмизиш ва антибактериал (ифицеф 20-60 мг/кг оғирликда кунига) ва симптоматик даво.

- Нафас, юрак, буйрак, буйрак усти беzi, жигар етишмовчилиги, гематологик бузилиш, неврологик бузилишлар бўйича даволаш;

- Адекват гидратацион терапия, дезинтоксикация, қисман ёки тўлиқ парентерал озиклантириш, зарур бўлганда айланиб юрувчи қон микдорини тиклаш, микроциркулятор ва метаболит бузилишларни коррекция қилиш мақсадида фойдаланилади.

- Иммунокоррекция мақсадида янги музлатилган плазма ва лейкоцитар масса қўйиш кўрсатма ҳисобланади.

- Антибактериал терапия ўтказилганда ва кейин ичак биосинтезини ушлаш ва коррекция қилиш зарур (бифидум ёки лактобактерин 5 дозадан 2-3 маҳал кунига, поливалент пробиотик ёки моновалент бактериофаг, стрептококкли, стафилококкли, кўк йиринг таёкча, клебсиелла).

Амалий кўникмалар.

1. Чақалоқ аҳолини ағар шкаласида баҳолаш

Қадамлар:

1. Ҳозирги пайтда чақалоқ аҳолини Ағар шкаласида баҳолаш тавсия этилган. Баҳолашни туғилган заҳоти биринчи дақиқасида ва 5 дақиқадан сўнгра 5 та муҳим клиник белгилар: юрак уриши, нафас олиш, рефлекслар, мушаклар тонуси ва тери рангига асосланиб ўтказилади.

2. Ҳар бир белги 3 балли системада баҳоланади: 0, 1, 2.

3. Чақалоқ аҳолини баҳолаш олинган 5 белги йиғиндисига қараб ўтказилади.

4. Соғлом туғилган чақалоқлар ушбу шкала бўйича 10-7 баллда баҳоланади.

5. Енгил асфиксияда туғилган чақалоқлар 6-5 баллда баҳоланади.

6. Ўртача асфиксияда туғилган чақалоқлар 4- 5 баллда баҳоланади.

7. Оғир асфиксияда туғилган чақалоқлар эса 1-3 баллда баҳоланади.

8. Клиник ўлимда туғилган чақалоқлар 0 баллда баҳоланади.

Масалалар.

1. 2-туғруқ, 2-даврида, 30 дақиқа ўтгандан сўнг жинсий йўлларда қонли ажралма пайдо бўлди. ҚБ 120-65 мм. сим. уст. Тўлғоқ ҳар 2-3 мин. да 50-55 сек. дан. Тўлғоқсиз даврида бачадон ёмон бўшашади. Пастки сегментларда палпацияда оғрик. Чанок ўлчамлари 26-27-33-18 см. Ҳомиланнинг юрак уриши бўғиқ, кардиографияда кеч децелерация 70 дақиқагача аниқланган. Сийдик пуфагини катетеризация қилишни механик тўсиқ орқали бажариб бўлмайди. Қин текширувида бачадон бўйни оғзи тўла очиклиги, ҳомила боши кичик чанок чиқиш қисмида суқилиб турибди. Бошда катта ўсма аниқланган. Сагиттал чок олдинга орган. Кичик ва катта чуқурчаларга етиб бориши мумкин. 1 сатҳда жойлашган.

Диагноз? Шифокор тактикаси?

2. Оилавий поликлиникага биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл ҳомила суст қимирлаши билан шикоят қилиб келди. Бачадон туби киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида. Ҳомила юрак уриши бўғиқ, оёқларида шишлар. Ҳомиладорлик муддати 35-36 ҳафталик. Аёлнинг вазни 10 кг га ортган.

А. Қандай текшириш усулини ўтказиш керак?

а. Кардиоотокография.

б. УТГ.

в. Ташқи акушерлик текшириш.

г. Гормонал текшириш.

д. Сийдик таҳлили*.

Б. Нима қилиш керак?

а. Туғруқни кучайтириш.

б. Кесарча кесиш.

в. Назорат қилиш.*

г. Диуретиклар ишлатиш.

д. Туғруқ йўллари орқали туғдириш.

3. 1. Чақалоқ ҳомиладорликнинг 38 ҳафтасида туғилди, оғирлиги 2300 г, узунлиги 48 см. Чақалоқ етилганми?

2. Чақалоқ туғилганда қаттиқ қичқирди, терисининг рангги қизил. Юраги минутига 120 та уради, рефлекслари яхшилиги аниқланди, мушаклари тонуси яхши. Апгар шкаласи бўйича чақалоққа баҳо беринг.

Ўргатувчи тестлар.

1. Чақалоқларда токсик-септик касалликлар ривожланишига олиб келувчи туғруқдаги 5 асорат?

Сувсизлик даврининг 12 соатдан ортиши.

Туғрук давомийлигининг 24 соатдан ортиши.

Қин орқали кўп марта кўрувлар.

Кўпсувлик.

Туғруқда инфекцияланиш.

2. Аппар шкаласи бўйича чақалоқ аҳволи қайси 5 белгига асосланиб баҳоланади?

Юрак уриши.

Нафас олиши.

Тери рангги.

Мушаклар тонуси.

Рефлекслар.

3. Чақалоқлар оғир асфиксиясида даволаш усулларига нималар киради?

Нафас йўлларида шилликни тозалаш.

Чақалоқни иситиш.

Киндик венасига глюкокортикоидлар юбориш.

Киндик венасига кокарбоксилаза юбориш.

Ўпка сунъий вентиляцияси.

4. Чақалоқлар бактериал этиологияли инфекцияон касалликларига нималар киради?

Омфалит.

Тери касалликлари.

Сепсис.

Зотилжам (пневмония).

Конъюнктивит .

Менингит.

Чақалоқлар мастити.

5. Чақалоқлар бактериал этиологияли тери касалликларини санаб ўтинг:

Везикулопустулёз.

Эксфолиатив Риттер дерматити.

Фигнер псевдофурункулёзи.

Чақалоқлар мастити.

Чақалоқлар некротик флегмонаси.

6. Чақалоқларда инфекцияон касалликларни даволаш тамойиллари?

Етарли овқатлантириш.

Рационал антибактериал даво.

Юрак-томир, нафас, буйрак, буйрак усти, жигар етишмовчиликларининг коррекцияси.

Гепатологик бузилишлар коррекцияси (ДВС, камқонлик, тромбоцитопения).

Неврологик синдромни даволаш.

Адекват гидратацион терапияни ўтказиш.

Иммунологик коррекция.

Ичаклар нормал биоценозини ушлаб туриш.

7. Чақалоқлар транзитор тана вазни пасайишига нималар хос?

Дастлабки вазнига нисбатан 10% гача йўқотиш

Туғилгандан кейин 3-4 суткасига тўғри келади

5-7 суткага келиб тана вазни ташланади

Тана вазни пасайишининг сабаби сут ва сувнинг етарлича таъминлан-
маганлиги

8. Чақалоқлар жинсий кризининг асосий белгилари:

3-4- кундан 7-10-кунгача кўкрак безлари дағаллашади.

Кўкрак безларидан сут секретиси ажралиши.

Қиндан оқ - пушти ёки қонли ажралма келиши.

9. Чақалоқлар нафас олишининг хусусиятлари:

Юқори нафас йўллари қалта ва торлиги.

Кўкрак қафаси бочкасимон.

Нафас олиш 1 минутда 40-70 марта.

Нафас олишнинг қорин типи.

Минутлик нафас олиш ҳажми пасайган.

10. Чақалоқларда қон айланиш хусусиятлари:

Юракнинг нисбатан катта ўлчами (тана вазнидан 0,34%).

Юракнинг горизонтал ҳолати.

Юрак уриш сони 120-140 марта 1 минутда.

Систолик ҚБ 60-80 мм.сим.уст диастолик ҚБ-36 мм.сим.уст.

Юрак мушакларининг қон билан ёмон таъминланганлиги.

11. Чақалоқларда ҳазм қилиш хусусиятлари?

Сўриш рефлексиси ривожланган.

Чақалоқларда ичаклар узунлиги, катталарникига нисбатан узун.

Ичаклари туғилган пайтда стерил.

Ичаклари бола озиқланиши учун тайёр.

Ичи номунтазам келади.

12. Эрта неонатал ўлимнинг асосий сабабини айтинг?

Туғруқда жароҳат.

Асфиксия.

Гемолитик касаллиги.

Туғма нуқсонлар ва касалликлар.

Респиратор- дистресс синдром.

Чақалоқлар инфекцион касалликлари.

13. Перинатал ўлим профилактикасининг 4 асосий бўғинини айтинг?

Хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорларни туғруққа тайёрлаш бўлимига
етказиш.

Туғруқни рационал олиб бориш.

ЭГК бор, ҳомиладорлик мумкин бўлмаган аёлларни ҳомиладорлик-
дан сақлаш.

Оилани режалаштириш.

14. Чақалоқларда туғруқ жароҳати кўринишининг 5 хилини санаб
ўтинг:

Бош ичи туғруқ жароҳати.

Ўмров суяги ва оёқ - қўллар синиши.

Елка нерв чигали фалажи.

Юз нерви фалажи.

Кефалогематома.

15. Апгар шкаласи бўйича чақалоқлар асфиксия даражасини таъриф-
лаб айтинг:

Енгил даражаси – 5-6 балл.

Ўртача оғир – 3-4 балл.

Оғир даражаси – 2 балл ва кам.

16. Туғруқ шиши билан туғилган чақалоқларда чақалоқлик даврининг
кечигишга нималар хос?

Туғруқ шиши ҳаётининг 2-3- кунн сўрилиб кетади

Туғруқ шиши физиологик жараён бўлиб ҳисобланади

17. Кефалогематомага нималар хос?

Кефалогематома туғруқ жароҳати бўлиб ҳисобланади.

Кефалогематома ҳаётининг 2-3 -ҳафтасида сўрилиб кетади.

XXVIII БОБ

АКУШЕРЛИК ОПЕРАЦИЯЛАРИ

28.1. ҚОҒАНОҚНИ СУНЪИЙ УСУЛДА ЁРИШ

Бундай операция туғруқ жараёнини тезлаштириш ва бачадон бўшлиғи ҳажмини торайтириш мақсадида қилинади. Бу жарроҳликни ҳомила пар-
даси ҳаддан ташқари таранглашганда қоғанок ясси бўлиб, ҳомила бо-
шининг сурилишини секинлаштирганда, қоғанок суви кўп бўлганда қи-
линади. Шунингдек, плацента олдин келганда қон кетишини тўхтатиш
ҳамда ҳомиладорлик гипертензия ҳолатида туғруқни тезлаштириш учун
ҳам қоғанок ёрилади. Лекин бундай ҳолларда чанок тор бўлса, ҳомила
нотўғри жойлашган ёки унинг олдинда келувчи қисми кичик чанок ки-
риш қисмига нотўғри келиши ҳолатлари кузатилса, ахволнинг қай дара-
жада оғир-енгиллигига қараб туғруқ олиб борилиши лозим бўлади.

Хусусан, кўл сув бўлганда бачадон бўйни 2-3 см очилган бўлса, игна-
да тешиб, қоғанок суви секин туширилади. Ҳомила нотўғри жойлашган
бўлса (кўндаланг ёки кийшик), олдиндан туғруқни олиб бориш режасига
амал қилган ҳолда қоғанок аниқланади. Агар бачадон бўйни тўла очилган
бўлса (10-11 см), қоғанок аста ёрилади-да, ҳомила айлантирилади (агар
кесарча кесиш режаланмаган бўлса). Агар кесарча кесиш операцияси бел-
гиланган бўлса, ҳомила олди сувини бачадон бўйни 2-3 см очилгунча
сақлаб, қоғанокни ёрмасдан туриб кейин операция қилинади. Бунда опе-
рациядан кейинги чилла даврида бачадон чиқиндиларининг ажралиши
осон бўлади, натижада бачадоннинг қисқариши осон бўлади.

Агар операция қилиш (кесарча кесиш) бирор сабаб билан мумкин бўл-
маса ёки ҳомила ўлган бўлса, қоғанок сувини бачадон бўйни 5-6 см очи-
лгунча сақланади, кейин қоғанок ёрилади-да, ҳомила оёғига айлантири-
либ, тиззаси жинсий тешиқдан чиқазилиб осилтириб қўйилса, ҳомила ўзи
туғилади. Агар ҳомила тирик бўлса, унда бачадон бўйни тўла очилгунча
қоғанок сувини сақлашга ҳаракат қилиш керак. Бунинг учун аёл чанок
қисмини баландроқ кўтариб ётқизилади.

Қоғанокни ёриш усули. Агар ҳомила боши билан келса, бунда кўрсат-

кич ва ўрта бармоқ қинга юборилади. Тўлғоқда қоғаноқ таранглашади, ана шу вақтда уни кўрсаткич бармоқ билан босиб туриб ёрилади. Қоғаноқ каттик ёки ясси бўлса, узун пинцет билан, корнцанг ёки ўткир учли қискич билан ёрилади. Аммо бунда ҳам ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ жойлашганда қўл билан қин орқали қоғаноқ ёрилганда ҳомиланинг майда қисмлари (киндиғи, оёғи, унинг қўли) қинга тушган-тушмагани кузатилади.

Агар дард жуда кучли бўлса, ҳомила нормал жойлашган, бачадон бўйни тўла очик бўлса, дард кучсизлантирилиб, кейин қоғаноқни ёриш лозим бўлади. Акс ҳолда кучли дард туфайли қоғаноқ суви она корнига, ворсинкалараро бўшлиққа тушиб эмболия юзага келиши мумкин.

28.2. ЭПИЗИОТОМИЯ

Эпизиотомия - оралиқ жароҳатини ва ҳомила жароҳатланишини камайтириш мақсадида вульвани сунъий кенгайтирилади.

Тайёргарлик.

1. Асбобларни тайёрлаш.
2. Беморга муолажа ҳақида тушунтирамиз.
3. Антисептик ва анестетикдан аллергия реакция йўқлигига ишонч ҳосил қилиш.
4. Қўлни яхшилаб ювилади, уларга ишлов берилади ва стерил қўлқоп кийилади.
5. Жароҳат юзасига антисептик билан ишлов берилади.

Муолажа.

1. Маҳаллий ёки пудентал анестезия қилинади.
2. Оралиқ кенгаймагунча кутиб турамиз ва бош 3-4 см кўринмагунча кутилади.
3. 2 бармоқни ҳомила боши билан оралиққа киритилади.
4. Қайчи учини бармоқ билан оралиқ орасига киритиб орқа битишмадан 2-3 см юқорига медиолатерал кесилади.
5. Агар ҳомила боши эпизиотомиядан кейин дарҳол тувилмаса кесилган жойни босиб турилади.
6. Тугруқни бошқаринг, ҳомила боши эпизиотомия қилинган кесмани кенгайтирмаслиги учун.

Тиқиш (28.1.–расм).

1. Оралиққа антисептик эритма билан ишлов берилади.
2. Маҳаллий огриксизлантириш.
3. Қин шиллиқ қаватини узлуксиз чок кетгут билан тиқиш. Эпизиотомия қилинган жойни 1 см юқоридан қинга кириш қисмигача тикилади.
4. Мускулларни қаватма-қават кетгут билан тугунли чок қўйилади, юқори учидан пастга қараб тикилади.
5. Териға ипак билан тугунли чок қўйилади.
6. Оралиққа тоза таглик қўйилади.
7. Асбобларни зарарсизлантирувчи эритмага солинади.

8. Қўлқопни ечинг ва қўлларни ювинг.
9. Касаллик тарихига ёзиб қўйинг.

28.3. ҲОМИЛАНИ ДУМБАСИДАН УШЛАБ ТОРТИБ ОЛИШ

Бу операцияда думбаси билан келган ҳомилани чаноқ охиридан ушлаб, туғруқ йўлидан ташқарига чиқариб олинади. Ушбу операция икки турга: ҳомилани оёғидан тортиб олиш ва сағридан ушлаб тортиб олиш операцияларига бўлинади. Бу операция қуйидаги ҳоллар рўй берганда қўлланилади:

1. Туғруқнинг ўз ҳолича ўтиши она ҳаёти учун хавфли бўлганда (аёлда декомпенсацияли юрак нуқсони бўлганда, эклампсия ва бошқа оғир ҳолатларда).

2. Туғиши керак бўлган аёлда эндометрит бошланганда, дард тутиш суғлигини даволашга қарамай у узокка чўзилганда;

3. Ҳомила асфиксияга учраганда.

Ҳомилани оёғидан ушлаб тортиб олиш учун бачадон бўйни тўла очилган, чаноқ нормал ва қоғаноқ ёрилган бўлиши керак. Бундан ташқари, аёл чаноғи тор бўлмаслиги лозим. Агар ҳомила боши чаноққа мос бўлмаса (гидроцефалия), катта ҳомила бошини чиқариб бўлмайди, натижада бола ҳам, она ҳам қаттиқ шикастланади.

Бачадон бўйни тўла очилмай туриб операция қилинса, ҳомиланинг оёғи ва танаси чиқиши билан бачадон бўйни ҳомиланинг бўйнидан қисиб қолади ва бошни чиқариш жуда қийинлашади, ҳомила ҳалок бўлади.

28.4. ҲОМИЛА ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯСИ

Вазиятни баҳоланг.

1. Ҳомила энса билан келиши.

2. Муддатидаги туғруқ.

3. Бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши.

4. Бошни минимал 0 ҳолатда ёки 2/5 дан боши симфиздан юқорида пайпасланади.

Тайёргарлик

1. Қўлингизга қўлқоп кийиб, вакуумни бирлаштиришни ва ишлашни текшириб кўринг (28.2.-расм).

2. Эмоционал қўллаб-қувватланг. Зарур бўлса, пудендал анестезияни текшириб кўринг.

3. Ўқ-ёйсимон чок ва лиқилдоқни пайпаслаб ҳомила боши ҳолатини баҳоланг.

4. Кичик лиқилдоқни аниқланг.

Муолажа (28.3.-расм).

1. Энг катта чашкани эгилиш нуқтасидан юқори марказига кичик лиқилдоқдан 1 см олдинга қўйилади. Бундай жойлаштириш тракциялар вақтида бошнинг букилишини, чиқишини ва ички айланишини таъминлайди.



28.3.-расм. Вакуум-экстракторни қўйиш (а), тракция бошланиши (б) ва бошни чиқариш.

2. Чашкаларни тўғри жойлаштириш учун эпизиотомия қилиш мумкин, агар керак бўлса.

3. Чашкаларни тўғри жойлашганини текшириб кўринг. Аёлнинг юмшоқ тўқималари (бачадон бўйни ёки кин) чашкалар орасига тушиб қолмаганлигига ишонч ҳосил қилинг.

4. Насосни ишлатинг, $0,2 \text{ кг/см}^2$ манфий босим беринг ва чашкаларни тўғри жойлашганини текширинг.

5. $0,8 \text{ кг/см}^2$ босимни оширинг ва чашкаларни тўғри жойлашганлигини текширинг.

6. Етарлича максимал манфий босим юборилгандан сўнг чаноқ ўқи бўйича ва чашкаларга перпендикуляр ҳолатда тракцияни бошланг. Агар ҳомила боши ёнга кетиб қолган, ёки етарлича букилмаган бўлса, тракция ўша чизик бўйича коррекцияланган кетиш ёки бошни ёзилишида (масалан бир томонга ёки бошқа томонга ўрта чизик бўйича бўлиши шарт эмас)

7. Ҳар бир дардда чашкалар чизик бўйлаб юзасига перпендикуляр равишда тортишни такрорланг. Стерил кўлқопни кийинг, бармоқларингизни чашкани орқасидан дарҳол бошни юзасига қўйинг ва тракция давомида бошнинг сурилиш имкониятини ва энса чиқишини баҳоланг.

8. Дардлар орасида текширинг

- ҳомила юрак уриш сонини

- чашкаларнинг жойлашишини

Маслаҳатлар

- Ҳомила бошининг фаол ротацион бурилишида ҳеч қандай чашкаларни қўлламанг

- Ҳомила бошини айлантириш тракция билан бир вақтда бўлиши керак

- Биринчи тракция учун энг тўғри йўналишни топишда ёрдам беради

- Дардлар ва кучаниқлар орасида тракцияни давом эттирманг.

- Агар ҳомила дистресси бўлмаса ва прогресс ҳолатда бўлса, ҳомилани максимум 30 дақиқада чиқариб олинг.

Натижасиз

1. Вакуум-экстракция натижасиз ҳисобланади, агар:

- Ҳомила боши ҳар бир тракциядан кейин олдинга сурилмаса
- Уч марта тракциядан кейин ҳомила туғилмаса ёки муолажани бошлагандан сўнг 30 дақиқа ўтган бўлса

- Максимал манфий босимда ва тўғри йўналишдаги тракцияда чашка бош билан бирга сурилмаса.

2. Ҳар бир чашкани сурилгандан кейин уриниб кўринг, агар ҳар бир тортишда силжиш кузатилмаса, муолажани давом эттирманг.

3. Агар вакуум-экстракция амалга ошмаса, кесарча кесишни қилинг.

Асоратлари:

Асоратлар одатда қўллаш шароитларига тўғри риоя қилинмасликда ёки маълум бир чегараланган вақт ичида қилинмаслигидан келиб чиқади.

1. Ҳомиладаги асоратлар

- Вакуум-экстракция чашкаси остидаги бош терисининг локал шишиши хавфли эмас ва бир неча соатдан кейин йўқолиб кетади (туғруқ ғурраси)

- Кефалогематома кузатуви талаб қилади ва одатда 3-4 ҳафтада йўқолиб кетади.

- Бош терисининг шикастланиши бўлиши мумкин, агар жароҳат бўлса уни кўздан кечиринг ва тозалаб чок қўйиш керак бўлса қўйинг. Некроз камдан-кам ҳолларда учрайди.

- Калла ичи қон қуйилиши жуда кам учрайди. Чақалок интенсив кузатуви талаб қилади.

2. Ондаги асоратлар:

- Жинсий йўллар юмшоқ тўқимаси йиртилиши мумкин. Аёлни туғруқ йўлларини кўринг ва бачадон бўйнини, кин ёки эпизиотомия қилинган соҳани тикланг.

28.5. АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИНИ ҚЎЙИШ

Вазиятни баҳолаш

1. ЭНСА билан келишда ёки юзни олд кўриниши билан келишда, думба билан келганда ёки калла билан туғилишда қийинчилик туғдирганда .

2. Бачадон бўйни тўлиқ очик бўлиши керак.

3. Бошни суяк чегараси куймич суягидан 2-3 см пастда ёки абдоминал текширувда боши 0/5 жойлашган. Ўқ-ёйсимон чаноқ тўғри ўлчамида туриши керак.

Тайёргарлик.

1. Эмоционал тайёргарлик қилиш, пудендал анестезия қилиш.

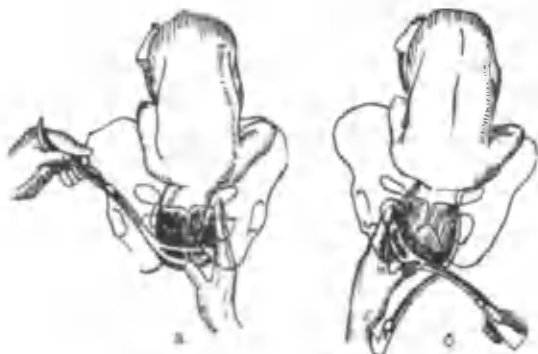
2. Қўйишдан олдин қисқичларни йиғиб тайёрланг. Қисқич бўлаклари бир-бирига тўғри келганлигига ишонч ҳосил қилинг (28.4.-расм).

3. Қисқич қошиқларига любирикант суринг.

Муолажа (28.5.-расм).

1. Қўлларга резина қўлқоп кийиб ўнг қўл билан кин ён томонидан ҳомила бошигача киритинг. Эҳтиёткорлик билан чап қошиқчани қўл ва ҳомила боши орасига киритиб қошиқчани жойлаштирилади.

2. Акушерлик қисқичларини ҳомиланинг ёноқ ва тепа суяқларига икки томонидан қўйилганида энг ягона ва хавфсиз ҳисобланади.



28.5.-расм. Чанок тубида турган ҳомила бошига қисқичлар қўйиш: а – қисқичнинг биринчи қошиқчасини жойлаштириш; б - қисқичнинг иккинчи қошиқчасини жойлаштириш

қўйиш мумкин.

5. Қисқичлар ёпилгандан кейин чанок ўтказувчи ўқи бўйича бир текисликда тортилади (28.6.-расм).

6. Ҳар бир дард орасида ҳомила юрак уриши ва қисқичлар тўғри киритилганлигини текширинг.

7. Ҳомила боши ёриб чиқаётганда эпизиотомия қилинг.

8. Ҳар бир дардлар орасида ҳомила бошини аста-секин қиндан чиқаринг.

9. Ҳар бир тракцияда ҳомила боши силжиши керак, бунинг учун иккита ёки учта тракция кифоя.

Натижасиз

Қисқичларни қўйиш натижасиз, агар:

1. Ҳар бир тракцияда ҳомила боши силжимаса.

2. Ҳомила учта тракциядан кейин туғилмаса ёки операция бошлангандан 30 дақиқа ўтгандан сўнг

- Ҳар бир қисқични қўйиш уриниш деб кўрилсин. Агар силжиш кузатилмаса, муолажани давом эттирманг.

- Агар қисқич қўйилганда туғруқ содир бўлмаса, кесарча кесиш операциясини ўтказинг.

Ҳомилада кузатиладиган асоратлар

1. Чакалоқ юз нервларининг жароҳати бор - йўқлигини текшириш.

3. Худди шу муолажани иккинчи тарафдан чап қўл ва ўнг қошиқчани қўйиш керак.

4. Туткични бирлаштириб қисқичларни маҳкамланг. Қисқични маҳкамлашда қийинчилик туғилса қисқич нотўғри қўйилганидан далолат беради. Агар шу ҳолат юзага келса, у ҳолда қисқичларни чиқариб олиб, ҳомила бошини ва ҳолатини баҳоланг. Кейин яна қисқичларни ҳомила айлангандагина



28.6.-расм. Ҳомила бошини қисқич ёрдамида тортиш (тракция) ва туғдириш.

2. Юз ва бош териси жароҳати кузатилиши мумкин.
3. Синиш борлигини аниқлаш мақсадида чақалоқ юз ва бош суякларининг бутунлигини текшириш.

Онадаги асоратлар

1. Туғруқда юмшоқ тўқималарнинг йиртилиши бор- йўқлигини диққат билан текшириш ва бачадон бўйни, қин ва оралик бутунлигини тиклаш керак, эпизиотомия қилинган бўлса.

2. Балки бачадонда йиртилиш мумкин, дарҳол хирургик ёндошиш керак.

28.6. ЛАПАРТОМИЯ

Тайёргарлик.

1. Керакли жиҳозларни тайёрланг.
2. Беморга (ва унинг яқинларига) муолажа технологиясини тушунтиринг, уни диққат билан тингланг, саволларига жавоб беринг, тинчлантиринг ва уни (ёки қариндошларини) ёзма розилигини олинг.

3. Ти катетер ўрнатинг, 500 мл суюқлик билан инфузияни бошланг.

4. Премедикация қилинг.

5. Сийдик пуфагига катетер ўрнатинг.

6. Аёлга халат ва қалпоқ кийгизинг.

7. Анестезия имкониятларини баҳоланг.

8. Хирургик кийим, баҳила, қалпоқ, ниқоб, ҳимоя кўзойнаги ва пластик халат кийинг.

9. Қўлларни хирургик усулда ювинг ва стерил қўлқоп ва халатларни кийинг.

10. Барча керакли стерил инструментлар махсус стерил инструментлар учун мўлжалланган столда эканлигига ишонч ҳосил қилинг. Ердамчингиздан уларни санаб кўришни сўранг.

11. Аёлни операцион столга ётқизинг.

12. Анестезия таъсир қилганлигига ишонч ҳосил қилинг.

13. Антисептик эритма билан қорин олд деворига ишлов беринг ва чойшаб ёпинг.

Операция.

1. Қорин оқ чизиғи бўйича бўйлама кесма қилинг.

2. Апоневрозни кесинг ва қорин тўғри мушакларини ажратинг.

3. Париетал қорин пардани очинг, қорин бўшлиғини, бачадонни ва бачадон ортиқларини кўздан кечириг.

4. Режаштирилган операцияни ўтказинг.

5. Қорин олд деворини қаватма-қават тикинг.

28.7. КЕСАРЧА КЕСИШ

Тайёргарлик.

Керакли жиҳозларни тайёрланг.

1. Беморга (ва унинг яқинларига) муолажа технологиясини тушунтиринг, уни диққат билан тингланг, саволларига жавоб беринг, тинчлантиринг ва уни (ёки қариндошларини) ёзма розилигини олинг.

2. Аёлни текширинг, унинг аҳволини аниқланг, ҳомиладорлигининг кечиши, туғруқ ва асоратлари тўғрисида маълумот берувчи тиббий ҳужжатларни кўриб чиқинг.

3. Қонда гемоглобин миқдорини, қон гуруҳини ва мослигини аниқланг, 2 доза қон тайёрланг.

4. Вена ичига катетер ўрнатинг ва 500 мл суюқлик инфузиясини бошланг.

5. Премедикация қилинг.

6. Сийдик пуфagini катетерланг.

7. Аёлга ҳалат ва қалпоқ кийишида ёрдамлашинг.

8. Анестезия имкониятларини баҳоланг.

Операциядан олдин.

1. Хирургик кийимларни, бахилаларни, шапка, ниқоб, химоя кўзойнаги ва пластик ҳалатни кийинг.

2. Қўлларга хирургик ишлов беринг, стерил ёки ЧД қўлқопларни ва стерил ҳалатни кийинг.

3. Барча керакли стерил ёки ЧД инструментларни махсус стерил инструментлар учун мўлжалланган столда эканлигига ишонч ҳосил қилинг, ёрдамчингиздан уларни санаб кўришини сўранг.

4. Ёрдамчингиз ҳам операцияга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

Беморни тайёрланг.

1. Операцион столни энгаштиринг ёки бемор бели тагига ёстик қўйинг.

2. Анестезия таъсир қилинганлигига ишонч ҳосил қилинг.

3. Мос келадиган антисептиклар билан бемор олд қорин деворига ишлов беринг, куритинг ва чойшаб билан беркитинг.

Операция (28.7.-расм).

1. Пфанненштиль (ёки бўйлама, қорин оқ чизиги бўйича 2-3 см киндикдан пастдан то қов усти соҳасигача) бўйича тери ва тери ости ёғ қатламида кўндаланг кесма кесинг.

2. Апоневрозни кесинг ва қорин тўғри мушагини ажратинг.

3. Париетал қорин пардани очинг.

4. Кўзгу ёрдамида сийдик пуфagini қовнинг орқасига итаринг ва бачадон пастки сегментини очинг.

Бачадон пастки сегментида 3 см кўндаланг кесма қилинг.

5. Кесмани кенгайтиринг.

6. Агар қоганок пуфаги бутун бўлса уни ёринг.

Ҳомилани чиқариб олиш.

1. Бачадон бўшлиғига бачадон девори ва ҳомила боши орқасига бир қўлингизни киритинг.

2. Ҳомиланинг бошини ушланг ва ёзинг, жароҳатдан чиқаринг.

3. Ҳомила бошининг туғилишига ёрдамлашиш учун аёл қорнини ёки бачадон тубини секинлик билан босинг.

4. Агар бачадон етарлича қисқармаса 0.2 мг эргометринни АҚБ кузатуви остида киритинг. 160/110 мм сим. уст. ва ундан юқори қон босими-

да 20 ТБ окситоцинни в/и 1 л суюқликда 2 соат давомида 60 томчи/мин. тезликда юборинг.

5. Чақалоқни оғиз ва бурнини тозаланг.
 6. Киндикка 2 та қисқич қўйинг ва кесинг.
 7. Ёрдамчингиздан профилактик мақсадда 2 гр. ампициллин ёки 1 гр. цефазолинни т/и киритишни сўранг.
 8. Йўлдошни чиқариб олинг ва кўздан кечиринг.
 9. Агар керак бўлса бачадон бўйнини юқоридан кенгайтиринг.
 10. Инструментларни, салфетка ва тампонларни сананг.
 11. Бачадонни тикинг ва гемостаз яхшилигига ишонч ҳосил қилинг.
 12. Қон кетмаётганлигига яна бир марта ишонч ҳосил қилинг.
 13. Сийдик пуфагини кўздан кечиринг, ҳеч қандай жароҳат йўқлигига ишонч ҳосил қилинг.
 14. Бачадон деворини диққат билан кўздан кечиринг ва апоневрозга кетгут билан узлуксиз чок қўйинг.
 15. Терини № 3-0 ипак билан тикинг.
 16. Қон кетмаётганлигига ишонч ҳосил қилинг. Жароҳат атрофини спирт билан артинг, стерил таглик қўйинг.
 17. Қиндан қон лахталарини олинг ва стерил таглик қўйинг.
 18. Аёлни операцион столдан ўтказишга ёрдамлашинг.
- Операциядан кейин.

1. Қўлқопларни ечишдан олдин скальпелдан лезвияни ечинг. Ҳамма игналарни ва ўтқир инструментларни тешилмайдиган контейнерга жойлаштиринг, ишлатилган материалларни герметик контейнер ёки пластик қопга жойлаштиринг.

2. Барча инструментларни 0.5% хлор эритмасига зарарсизлантириш учун солиб қўйинг.

3. Агар шприц ва игналар қўп марталик бўлса, шприцга игна орқали 0,5% йод эритмасини тўлдиринг ва деконтаминация учун тешилмайдиган контейнерга жойлаштиринг.

4. Фартук ва қўлқопларни ечинг, агар улар бир марталик бўлса герметик контейнер ёки пластик қопга солинг.

5. Агар уларни қайта ишлатишга эҳтиёж бўлса, 0,5% хлор эритмасига солиб қўйинг.

6. Касаллик тарихига ва операцион журналга операция ва операциядан кейинги муолажаларни ёзиб қўйинг.

7. Пульс, АҚБ, НОС, жароҳатдан ва қиндан қон кетишини кузатинг.

8. Беморнинг аҳволини операцион блокдан палатага ўтказгунча кузатинг.

9. Беморни ҳар куни ёки керакли ҳолатларда кузатинг.

10. Бемор чиқиб кетгунгача операцияга кўрсатмани, операциядан кейинги стерилизация усулини, кейинги ҳомиладорлик имкониятини муҳокама қилинг.

11. Операциядан кейинги даврда беморнинг кейинги ташрифини белгиланг.

28.8. М. STARK БЎЙИЧА КЕСАРЧА КЕСИШ

Операция олди тайёргарликлари ва вазифалари юқорида келтирилган.

1. Қорин пардани очилгандан кейин қовуқ- бачадон бурмаси соҳасидан 3см қўндаланг кесма қилинади ва қорин парданинг эркин чеккасини ушлаб кесмани иккала томонга бошчани энг чекка нуқталаригача кенгайтирилади.

2. Бачадонда чокни перитонизация қилинмайди. Қорин парда ва қорин олди девори мушаклари тикилмайди.

3. Апоневрозга Реверден бўйича узлуксиз викрилли чок қўйилади.

4. Терини тери ости клетчаткаси билан айрим чоклар Донати бўйича катта интерваллар билан қўйилади (3-4 чок) .Чоклар орасига 5-10 мин. қискичлар қўйилади .

Операциядан кейинги муолажалар юқорида келтирилган.

28.9. КЛАССИК КЕСАРЧА КЕСИШ

Операциядан олдинги тайёргарлик ва вазифалар юқорида кўрсатилган.

1. Қорин оқ чизиги бўйлаб 16 см га бўйлама кесилади , уни юқорига давом эттириб киндикни чапдан айланиб ўтиб то апоневрозгача кесилади.

2. Апоневрозни вертикалига 2-3 см га кесилади.

3. Апоневрозни қискичлар билан ушлаб кесмани юқорига ва пастга кенгайтирилади.

4. Бармоқлар ёки қайчилар билан қорин тўғри мушаги ажратилади .

5. Киндик ёнидан қорин пардада тешик қилинади, қайчилар билан кенгайтирилади.

6. Бачадонни операцион жароҳатга чиқарилади.

7. Қорин бўшлиғига бачадон ва қорин девори орасига бир неча салфетка киритилади.

8. Бачадонда скальпел билан 12 см дан кам бўлмаган кесма қилинади.

9. Агар ҳомила пардаси бутун бўлса у очилади.

10. Ҳомила оёқчаларидан ушлаб чиқариб олинади.

11. Киндикка 2 та қискич қўйилади ва кесилади, чакалокни акушеркага берилади.

12. Йўлдош олинади ва бачадон бўшлиғи қон лахталари ва йўлдош қолдиқларидан тозаланади.

13. Тикиш олдидан кесмани юқори бурчагига тор кўтаргич қўйилади, бу бачадонни юқорига тортганда гемостазни яхшилайдиги ва тикишга қулай бўлади.

14. Чоклар икки қават қилиб қўйилади. Миометрийга 0,5 см оралиқ билан 10-12 та тугунли чок қўйилади (узлуксиз чокни ҳам қўллаш мумкин).

15. Мушак-серозли иккинчи қават чокни узлуксиз чок қилиб қўйилади. Бачадонни қорин бўшлиғига киритилади.

16. Асбоблар, салфеткалар олинади.

17. Қорин бўшлиғини дренажлаш зарур ёки зарур эмаслиги кўрилади.

18. Қорин девори қаватма- қават тикилади.
Операциядан кейинги муолажалар юқорида келтирилган.

28.10. КРАНИОТОМИЯ

1. Тайёргарлик
2. Керакли жиҳозларни тайёрланг
3. Аёлга тушунтиринг, саволларига тўғри жавоб беринг
4. Аёлни текширинг, аҳволига баҳо беринг.

Тиббий ҳужжатларни текширинг, ҳомиладорлиги ва туғруқ асоратларини аниқланг

5. Қон таҳлили топширинг, гемоглобин ва қон гуруҳини аниқланг
6. Томир ичига 500 мл суюқлик киритинг .
7. Премедикация ўтказинг
8. Анестезия қилинг.

ОПЕРАЦИЯГАЧА ВАЗИФА

1. Хирургик кийимларни, бахилаларни, қўлқоп, ниқоб, ҳимоя кўзойнаги ва пластик халатларни кийинг.

2. Қўлларни хирургик ювинг ва стерил ёки ЧД қилинган қўлқопларни ва стерил халатларни кийинг.

3. Барча керакли стерил ёки ЧД қилинган асбобларни стерил столда эканлигига ишонч ҳосил қилинг. Ёрдамчингиздан уларни стол устида санашини сўранг.

4. Ёрдамчингиз ҳам операцияга тайёргарлигига ишонч ҳосил қилинг.
АЁЛНИ ТАЙЁРЛАШ

1. Операция столини кўтаринг ёки аёл бел соҳасига ёстик қўйинг
2. Анестезия таъсир қилганлигига ишонч ҳосил қилинг
3. Антисептик билан қорин олд деворига ишлов беринг.
4. Қуритинг ва чойшаб билан ёпинг.

Муолажа:

1. Ҳомила боши яхши фиксацияланиши учун ассистент қорин олд девори орқали ҳомила бошини кичик чаноқ кириш қисмига босиб туриши керак.

2. Иккинчи ассистент қинга киритилган кўзгу ва кўтаргични ушлаб туради.

3. Боши иккита учли қисқич билан ушланади.

4. Бош териси кесилган вақтда бирданига қайчи билан кенгайтирилади.

5. Перфоратом билан чок, лиқилдок ёки кўз косаси орқали тешик қилинади ва кейин кенгайтирилади.

6. Эксцеребрация кирғич ёки Феноменов қошиқлари билан ўтказила.

7. Краниоклазия (перфорация ва эксцеребрациядан кейин бошни чиқариб олиш). Перфоратив тешик орқали қўл назорати остида краниокласт қошиқчаларини қўйиш ёрдамида ўтказинг.

8. Қўл назорати остида қошиқ охирини қин девори ва бошни ташқи томонга жойлаштирилади.

9. Краниокласт қошиқларини охири қулфланади, уларни винт билан бирлаштирилади ва уни чашкага ҳаракатлантирилади.

10. Краниокласт қошиқлари орасига бачадон бўйни қисилиб қолмаган-

лигини қўл билан текшириб кўринг ва кейин тракция қилиб, уриниб кўринг.

11. Акушерлик қисқичларини ўрнатиб, тракция қилиб, бошини чиқаринг.

12. Жароҳатнинг олдини олиш учун туғруқ йўллари юмшок тўқималарини яхшилаб кўздан кечиринг

Операциядан кейинги муолажа .

1. Қўлқопларни ечишдан олдин скальпелдан лезвияни ечинг, барча игна ва ўткир учли асбобларни тешилмайдиган контейнерга, ишлатилган материалларни герметик контейнерга ёки пластик қопга солинг.

2. Барча инструментларни 0,5% хлор эритмасига зарарсизлантириш учун солиб қўйинг.

3. Агар шприцлар ва игналар кўп марталик бўлса, игна орқали шприцга 0,5% хлор эритмасини тўлдиринг ва тешилмайдиган контейнердаги эритмага деконтаминация учун солиб қўйинг.

4. Фартук ва қўлқопларни ечинг, агар улар бир марталик бўлса, уларни герметик контейнерга ёки пластик қопга ташланг.

5. Қўлларни яхшилаб ювинг.

6. Операцияни ёзинг, кейинги кўрсатмаларни ҳам .

7. Пульсни кузатинг, АҚБ, нафас частотасини, кин жароҳатидан қон кетишини кузатинг.

8. Аёлнинг ҳолатини операцион палатага ўтгунча яна баҳоланг.

9. Аёлни ҳар куни кўздан кечиринг.

10. Операцияга кўрсатмани, контрацепция усулини, касалхонадан чиққунигача яна ҳомиладор бўлишини муҳофафа қилинг.

28.11. ҲОМИЛА ЧАНОҚ БИЛАН ЖОЙЛАШГАНДА КРАНИОТОМИЯ ҚИЛИШ

Операциягача тайёргарлик ва вазифа.

1. Бўйин асосидан мўлжаллаб теридан кесма ўтказинг

2. Ассистентдан бир қўли билан ҳомила бошини қорин олд девори орқали ушлаб туриш, бошқа қўл билан гавда қисмини энсадан қарама-қарши томонга қаратиш сўралади.

3. Қинга қўл назорати орқали краниотом киритинг (ўткир учли қайчи ёки катта скальпель билан) тери кесмасидан энсагача.

4. Энсани тешинг ва тешиқни кенгайтгунча кенгайтиринг.

5. Бошни чиқариб олаётганда калланинг тушишини таъминлаш учун танасидан тортинг.

6. Туғруқни тўхтатинг

Операциядан кейинги муолажани юқоридан қаранг.

5. Қўлларни яхшилаб ювинг.

6. Операцияни ёзинг, кейинги кўрсатмаларни ҳам .

7. Пульсни кузатинг. АҚБ, нафас частотасини, киндаги жароҳатдан қон кетишини кузатинг.

8. Аёлнинг ҳолатини операцион палатага ўтгунча яна баҳоланг.

9. Аёлни ҳар куни кўздан кечиринг.

10. Операцияга кўрсатмани, контрацепция усулини, касалхонадан чиққунигача яна ҳомиладор бўлишини муҳофафа қилинг.

28.12. ГЕМОТРАНСФУЗИЯ

1. Гемотрансфузияга кўрсатмани аниқланг.
2. Трансфузион моддани танланг (тайёрланган муддатини аниқланг).
3. Донор қон гуруҳини икки серияли стандарт зардоб билан текширинг.
4. Бемор қон гуруҳини 2 серияли стандарт зардобда текширинг.
5. АВО системаси бўйича мослигини аниқланг.
6. Rh мослиқни желатинол билан пробиркада аниқлаш (температура 48 °C, 10 минут).
7. 3 марта биологик синама ўтказиш билан гемотрансфузияни бошланг.
8. Гемотрансфузия бошланган ва тугаган вақтини ёзинг.
9. Гемотрансфузия вақтида ва ундан сўнг термометрия ўтказинг.
10. Гемотрансфузион варақани тўлдиринг.
11. Умумий қон ва сийдик таҳлилини такрорланг.

Ўргатувчи тестлар

1. Кесарча кесиш операциясининг қандай асоратлари мавжуд?
Перитонит.
Яра инфекцияси.
Бачадон субинволюцияси.
Эндометрит.
Сепсис .
2. Кесарча кесиш операциясининг асосий мақсади қандай?
Клиник тор чанокда оналар шикастланишини камайтириш.
Йўлдош олдин қўчганда оналар ўлимини камайтириш.
Перинатал ўлимни камайтириш.
3. Кесарча кесиш операциясига нисбий кўрсатмалар қандай?
Киндик тизимчасининг тушиб қолиши.
Ҳомиланинг кўндаланг жойлашиши.
Йўлдошнинг қисман олдинда ётиши.
Анатомик тор чанок I – II даражаси.
Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.
Йирик ҳомила.
4. Операцияга қарши кўрсатмаларни санаб ўтинг?
Ҳомила ривожланиши аномалиялари, етилмаган ҳомила, ҳомила оғир гипоксияси.
Тўғруқдаги эндометрит.
Ўлик ҳомила.
Кўп марта қин кўришлари ўтказилганда.
5. Кесарча кесишга мутлақ кўрсатмаларни кўрсатинг?
Анатомик мутлақ тор чанок.
Йўлдошнинг марказий жойлашиши.

Қин стенози.

Чанок экзостазлари ва ўсмалари (чанок 6 см га торайган бўлса).

Йўлдошнинг вақтидан олдин буткул кўчиши.

6. Чиқиш акушерлик қисқичлари қўйиш учун шарт-шароитлар қандай?

Ҳомила боши чанокдан чиқиш текислигида (ўқ-ёйсимон чок чиқиш текислигининг тўғри ўлчамида).

Чанок ва ҳомила боши ўлчамларининг мос келиши.

Тирик ҳомила.

Қоранок пардаси ёрилганлиги.

Бачадон бўйнининг тўлиқ очилганлиги.

7. Кесарча кесишга мутлақ кўрсатмаларни кўрсатинг?

Йўлдошнинг марказий жойлашиши.

Оғир гипертензия ҳолатларида кўз тўр пардасининг узилиши

Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши ва туғишга шароит йўқлиги.

Презклампсиянинг оғир формасида туғруқни қўзғатишдан фойда бўлмаганда.

Йўлдошнинг қисман кўчиши кучли қон кетиш билан кечганда.

8. Акушерлик қисқичларини қўйишда она томонидан қандай кўрсатмалар бўлиши керак?

Оғир презклампсия, эклампсия.

Кучаник сустлиги ва ҳомила бошининг узок туриб қолиши кузатилганда.

Туғруқнинг II даврида йўлдош вақтидан олдин кўчганда.

Юрак нуксонларининг декомпенсациясида.

Миопиянинг юқори даражаси.

9. Кесарча кесишга нисбий кўрсатмалар қандай?

Ҳомиланинг кўндаланг жойлашиши.

Катта ёшда туғувчи аёл.

Йирик ҳомила, ҳомиланинг чанок билан келиши.

Ҳомиланинг сурункали димиқиши.

10. Кесарча кесиш операциясининг турлари:

Корпорал (классик усули).

Бачадон пастки сегментида кесарча кесиш.

Штарк усули.

XXIX БОБ **ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ-СЕПТИК** **КАСАЛЛИКЛАР (ТКЙСК)**

Мақсад:

Талабаларни туғруқдан кейинги йирингли септик касалликларнинг асосий сабаблари, таснифи, алоҳида клиник шакллари, даволаш усуллари билан таништириш. Туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар она соғлигига зарарлигини, оила ва даволашга моддий зиён келтиришини, оналар ўлимига сабаб бўлишини кўрсатиш.

Режа:

1. Чилла даврининг йирингли-септик касалликларининг келиб чиқиши ва патогенези.
2. Септик касалликларга олиб келадиган микроблар.
3. Чилла даври йирингли-септик касалликларининг таснифи.
4. Асосан учрайдиган септик касалликларнинг клиник белгилари.

Чилла даври касалликлари организмнинг умумий касаллиги ҳисобланади. Бу муаммо кўпдан бери олимларни қизиқтириб келади. IX аср ўрталаригача ушбу касалликлардан кўплаб оналар вафот этган. Акушерликдаги бундай асоратнинг бир неча марта камайишида венгер олими И. Ф. Зиммельвейснинг хизмати катта бўлди. У 1847 йилда биринчи бўлиб чилла даврида учрайдиган касалликларнинг юқумли бўлишини ва уларнинг олдини олиш учун акушерлар қўлларини антисептик суюқлик (хлорли сув) билан ювишлари шартлигини айтди.

Кўп ҳолатларда учровчи инфекцион агентлар қуйидагилар: *Escherichia coli*, энтерококклар, b-гемолитик стрептококклар, анаэроблар ва улар ичидаги пептострептококклар, пептококклар ва бактероидлар ҳисобланади. Ҳозирги пайтда чилла даврида юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи ҳар хил микроблар (стафилококк, стрептококкнинг ҳар хил гуруҳлари, ичак таёқчалари ва бошқалар) маълум бўлиб, улар бир вақтнинг ўзида бир қанчаси ёки айримларигина таъсир қилиши натижасида касаллик юзага келиши мумкин. Бу микробларнинг турлари аёл организмга ташқаридан (экзоген йўл) ёки организмда сурункали инфекция ўчоқларидан (тиш кариеси, сурункали тонзиллит, колыпит, сурункали пиелонефрит ва бошқалар) лимфа, қон томирлари орқали тарқалиши мумкин. Шу билан бир қаторда чилла даври инфекцион касалликларининг тараққий этишида аёл организмнинг аҳволи, унинг микробларга қаршилиқ кўрсатиш ва иммун-биологик қобиляти асосий ҳал қилувчи рол ўйнайди. Чилла даврида аёл организмга микроб тушиш учун қулай шароит мавжуд бўлади. Айниқса бачадон шиллик қаватидаги жароҳат юзаси, кўчиб тушган йўлдош ўрни жуда қулай бўлади.

Чилла даврида инфекция организмга туғруқ йўллари жароҳатланганда оралик орқали, қин, бачадон бўйни йиртилганда ёки шу жароҳатлар чала битганда тушади.

Туғруқ жараёнини муфассал асептик жараён деб бўлмайди, чунки қиндаги мавжуд микроблар патоген бўлмаса-да, туғруқдан олдинга кислотали муҳитдан ишқорий муҳитга (бачадон бўйни каналига) ўтиши натижасида патоген бўлиб қолиши мумкин.

Айниқса туғруқ узок давом этиб, қоғаноқ суви олдин кетганда унинг пардалари яллиғланиши мумкин, буни қоғаноқ пардаларининг яллиғланиши (хориоамнионит) дейилади. Одатда аёлда юқори ҳарорат, титраш, лейкоцитоз инфекциянинг туғруқ йўлларида қонга тарқалганлигини кўрсатади.

Микроб организмга тушиши билан касалликни тўсатдан қўзғатмайди, чунки аёл организми инфекцияга қарши курашувчи таначалар-антитаналар ишлаб чиқаради. Чилла даврида касалликлар ривожланишида рети-

куло-эндотелиал системасининг микробларни ушлаб қолиш, яъни тўсик функциясининг камайиши ёки сусайиши катта аҳамиятга эга.

29.1. ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ-СЕПТИК

КАСАЛЛИКЛАР ТАСНИФИ

1. Инфекция – феномен, одатда стерил макроорганизм тўқимасига микроб таначаларининг инвазияси туфайли макроорганизмда яллиғланиш жавоб реакцияси ривожланиши билан характерланади.

2. Бактериемия- қондаги тирик микроорганизмнинг мавжудлиги.

3. Системали яллиғланиш жавоб синдроми – турли жароҳатланишга организмнинг тарқалган яллиғланиш жавоби. Қуйидаги синдром клиник жиҳатдан 2 ёки бундан ортиқ белгиларнинг мавжудлиги билан тасдиқланади:

- тана ҳарорати 36°C дан паст ёки 38°C дан ортиқ бўлади.

- юрак қисқаришлар сони мин 90 мартадан ортиқ.

- нафас олиш сони мин 20 дан ортиқ.

- периферик қондаги лейкоцитлар сони $<12000/\text{мм. 3.}$, $>4000/\text{мм. 3.}$

- етилмаган шаклининг 10% дан ортиқ бўлиши.

4. Сепсис- организмнинг инфекцияга систем жавоби бўлиб, клиник жиҳатдан икки ёки бундан ортиқ белгиларнинг мавжудлиги билан белгиланади:

5. Оғир даражадаги сепсис – аъзоларнинг етишмовчилиги, гипоперфузия ёки гипотензия ривожланиши билан характерланади. Гипоперфузия ёки тўқималарда перфузиянинг бузилиши лактат-ацидоз, олигоурия ёки ўткир эс-хушининг бузилишини ўз ичига олиши мумкин, аммо булар билан чегараланиб қолмайди.

6. Септик шок – сепсис билан индуцирланган гипотензия, ўтказилган адекват суюқлик инфузиясига қарамасдан ривожланади ва тўқималар перфузияси бузилиши билан боради. Иноотроп ва вазопрессор воситаларини қабул қилган беморларда диагноз қўйиш пайтида гипотензия кузатилмаслиги мумкин.

7. Сепсис гипотензия билан кечганда ва гипотензияга бошқа сабаб бўлмаганда систолик артериал қон босими 90мм.сим.уст.дан паст ёки базал кўрсаткичлардан 40 мм.сим.уст. пасайиши мумкин.

8. Полиорган етишмовчилиги синдромли беморда касалликнинг ўткир фазасида аъзолар функциясининг бузилиши, гомеостазнинг ташқи аралашувсиз ўзини тиклай олмаслиги тушунилади.

Ҳозирги даврда С.В. Сазонов, В.А. Бартельс (1973) таснифи қабул қилиниб, бу 4 босқичдан иборат.

1-босқич-бунда инфекцион жараён асосан туғруқ йўлларида бўлади. Бунга чилла даврида бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши (эндо-метрит), чот, кин ва бачадон бўйнининг чилла яралари.

2-босқич-бачадон мушакларининг яллиғланиши (метрит), бачадон атрофида жойлашган клетчатка тўқималарининг яллиғланиши (параметрит), тухумдон ва бачадон найларининг яллиғланиши (сальпингоофорит), ички аъзолар юзасини беркитадиган сероз қават чанок қисмининг яллиғланиши (пельвеоперитонит), бачадон вена томири деворларининг яллиғланиши (чанок томирларининг тромбофлебети), болдир вена қон

томирларининг яллиғланиши (болдир вена қон томири тромбофлебити).

3-босқич-қорин сероз пардасининг умумий яллиғланиши (умумий перитонит) септик микробларнинг бирданига кўп ўлиши натижасида эндотоксин ажралиб чиқиб, шок юзага келиши, анаэроб газ микроби таъсири натижасида сепсис юзага келиши (анаэроб сепсис), кундан-кунга ривожланиб борадиган тромбофлебит.

4-босқич-метастазсиз сепсис (қонда хаддан ташқари кўп бактерия бўлиши), метастазли сепсис (бир ёки бир неча аъзоларда йирингли яллиғланиш бўлиши) кабилар киради.

29.2. ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ЯРАЛАР ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ

Туғруқ пайтида ораликда, қин дахлизидида, қин деворида, бачадон бўйнида йиртиқлар бўлиб, чилла даврида яхши битмасдан йиринглай бошла-са, чилла яраси юзага келиши мумкин. Жароҳат инфекциясини келтириб чиқарувчи омиллар, хориоамнионит, семириш, хирургик муолажанинг давомийлиги, кўп қон кетиши киради.

Чилла яраси юзаси кўпинча йиринг билан қопланган, атрофи кизарган бўлади. Касаллик 3-4 кун давом этиб, аёлга деярли сезилмайди, ҳарорат кўпинча субфебрил (37-37,5) бўлиб, юқори кўтарилмайди. Ўз вақтида даволанса, тезда тузалиб кетади.

Айрим ҳолларда касаллик зўрайиб, тўқималарнинг чуқурроқ қисмларига тарқалиши мумкин, бунда қин дахлизининг яллиғланиши (вульвит), қиннинг яллиғланиши (кольпит), қин атрофидаги клетчатканинг яллиғланиши (параметрит) кузатилади. Бундай яраларнинг юзага келиши ҳомиладорликдан аввал ва ҳомиладорлик даврида аёлни қин яллиғланишини бошидан кечириши катта рол ўйнайди. Шунинг учун ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида қиннинг яллиғланиш касаллигини албатта даволатиб, шахсий гигиена қоидаларига тўла риоя қилиб юриш керак.

Чилла ярасини одатда дезинфекцияловчи дорилар-фурациллинлар 1:5000 нисбатдаги эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси билан юйиб, йирингдан тозалангунча стерилланган дока тампонни 10% ли ош тузи эритмасига намлаб қўйилади ва бир суткада 2-3 маҳал алмаштирилиб турилади. Кейин метрогил плус вагинал гель билан ҳам даволанади. Булардан бирини, юқорида кўрсатилганидек, водород пероксиди ёрдамида тозалангандан сўнг қўйилади.

Жароҳат соҳасидаги ажралмани ҳар қандай шароитда Грам бўйича микробиологик текширишдан ўтказиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш керак. Даволашда жараёнга берилган тўқима ва фасцияни хирургик эксцизия қилиш, адекват антибиотикотерапия (хламидиоз, уре-аплазмозга қарши дорамидин 1 таблеткадан 2-3 маҳал 5-7 кун) қилиш, дренажлаш, найчалаш ва жароҳатни ирригация қилиш, жароҳатни тўлиқ тозалангандан кейин иккиламчи чок қўйиш мумкин.

Агар жароҳатланган жой тикилган бўлиб, ипларда йиринг бўлса, шу йиринг бор жойдаги ипларни дарҳол сўкиб ташлаш керак, бунда йирингнинг ташқарига оқиб чиқиши осонлашиб, яра тезроқ тозаланadi.

29.3. ЧИЛЛА ДАВРИ ЭНДОМИОМЕТРИТИ

Эндомиометрит (бачадон шиллик қават яллиғланиши) - кўпинча алоҳида касаллик сифатида учрайди. Бунда баъзан шиллик ва мускул қаватларнинг яллиғланиши бир вақтда авж олиб бориб, бачадоннинг шиллик қаватларидан бошланади.

Эндометритнинг асосий белгилари: бачадон ёмон қисқаради, корин пасти оғрийди, дармон қурийди, қиндан бироз қорамтир рангли, баъзан қўланса ҳидли ажралма оқади. Агар инфекция бачадоннинг ичида бўлса, аёлнинг ҳарорати кўтарилиб 38-39 градусга чиқади, томир уриши тезлашади, сел кам ажралади ёки бутунлай тўхтаб қолади, буни лохиметра дейилади, бу эса алоҳида касаллик сифатида учрайди. Баъзан ҳарорат кўтарилмаслиги ҳам мумкин. Қондаги оқ қон таначалари нормадан ошиб кетади.

Эндометрит касаллиги кўпинча кўп тукқан аёлларда ёки туғруқ вақтида дард сустлашиб, кийналиб тукқанда, ҳомила операция йўли билан олинганда кўпроқ юзага келади. Эндометрит чилла даврида энг кўп учрайдиган касалликлардан биридир.

Эндометрит белгиларига қараб даволанади.

Шуни ҳам айтиш керакки, антибиотик беришдан олдин қиндан келатган ажралма анализ қилинади, бачадон оғзидан суртма олиб, бактериологик текшириш ва микроблар қайси антибиотикка таъсирчан эканлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Аёлнинг чот оралиғида ва туғруқ йўлларида жароҳат бўлиб, у тикилган бўлса, кунига 2-3 мартадан дезинфекцияловчи эритма билан ювилади, кейин 5% ли йод эритмаси суртиб, сўнгра стерилланган чойшабча берилади. Мана шу муолажани аёл сийгандан сўнг ҳар гал албатта такрорлаш зарур. Чилла даврида учрайдиган инфекцион касалликлардан яна бири бачадон мускул қаватининг яллиғланиши-метритдир. Бу касаллик эндометритда микробларнинг лимфа ёки қон томирлари орқали бачадоннинг чуқур қаватларига тарқалиши натижасида юзага келади. Эндометрит кўпинча чилланинг 7-кунларидан сўнг тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Аёлнинг умумий аҳоли ёмонлашиб, иштаҳаси пасаяди. Кам уйку бўлиб қолади. Тили қараш борлайди. Бачадон ёмон қисқаради. Бачадон корин девори орқали кўрилганда, унинг ён деворларида оғриқ сезилади, буни метротромбофлебит ёки вена қон томирларининг яллиғланиши дейилади. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни чилла даврининг 9-10- куну ҳам беркилмаганлигини аниқланади. Касалликнинг бошида тана ҳарорати 38-40 даража бўлса, кейинчалик субфебрил, яъни 37-37,05 гача бўлади. Қиндан ажралаётган ажралма касалликда кўп миқдорда ва йирингли бўлиб, аста-секин тозаланиб боради. Касаллик 3-4 ҳафтагача чўзилади.

Даволаш эндометритдаги каби: ҳар томонлама таъсир кўрсатувчи антибиотиклар берилади. Ҳозирги даврда антибиотикларни кўп микробларга бир вақтда ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган турлари кенг қўлланилмоқда. Буларга цефамед, лндацин (цефтриаксон) 1г т/и маҳалдан 3 кун, мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал кунига 3-5 кун давомида, ифицеф 1-2-неча г. дан м/о ёки в/и кунига, ифиципро ёки офло (200 мг) 100 мл

дан 2 маҳал в/и, меркацин 2 мл (500 мг) т/и 2 маҳал ёки 1 г дан 1 маҳал 5-7 кун, амоксиклав 600 мг дан 3 маҳал в/и, абактал 400 мг 5% 250 мл глюкоза эритмаси билан бирга в/и 2-3 маҳал, ампиокс (0,5 г дан ҳар 6-8 соатда) мускул орасига 5 кун юбориш мумкин. Анаэроб инфекцияга қарши албатта орнизол 0,5 г 2 маҳал 5 кун ёки метрогил 100 мл (500мг) дан 2 маҳал в/и томчилаб 3-5 кун қўлланилади. Замбуруғларни олдини олиш учун дифлюзол, дифлазон (флуконазол) ёки флузамед, фунгикейр 150 мг ҳафтада 1 марта қўлланилади. Носпецифик яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи воситалардан диклоберл, кладифен (диклофенак) 3 мл (75)дан мг м/о 5 кун. Окситоцин 0,5 мл дан кунига 2 марта тери остига юборилади. Организм чидамини оширишга, иситмани туширишга, организмдан захарли моддаларни ҳайдашга қаратилган (0,9% ли физиологик суюқлик ва 5% ли глюкоза эритмасидан 400 мл ва бошқалар) тадбирлар қўлланилади. Инфекцияга қарши маҳаллий цитеал ва метрогил плус вагинал гели ишлатилади. Баъзан етарлича тўла даволанмаганда бачадон қаватларида йиринг тўпланиб, аёлнинг аҳволи оғирлашади, бунда операция йўли билан даволашга ва бачадонни олиб ташлашга тўғри келади.

29.4. БАЧАДОН НАЙЛАРИ ВА ТУХУМДОНЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (САЛЬПИНҒООФАРИТ)

Касаллик ва чилла даврининг 8-10- кунларидан бошланади, бунда кориннинг пастида тўсатдан оғриқ безовта қилади, қон томир уриши тезлашади. Касалнинг тили қараш боғлайди, ҳарорат 38-40 даражагача кўтарилади, бемор титрайди. Айрим вақтларда эса аёлнинг кўнгли айниб, қайт қилади, қорин дам бўлади. Қорин девори орқали ковуққа босиб кўрилганда қорин пастида кучли оғриқ борлиги аниқланади. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадон ортиқлари атрофида кучли оғриқ борлиги ҳамда уларнинг катталашганини аниқлаш мумкин.

Кўпинча яллиғланиш жараёни икки томонлама бўлиб, бачадоннинг иккала ортиғига ҳам ўтиши мумкин. Босиб кўрилганда аёл оғриқ сезади, ковуқ соҳасидаги оғриқ даволаш жараёнида аста-секин камайиб боради. Айрим ҳолларда бачадон найларининг ампуляр қисми беркилиб, най бўшлиғида йиринг тўпланади-буни пиосальпинкс, зардоб йиғилса-гидро-сальпинкс деб юритилади. Агар бунга чанок бўшлиғи қорин пардаси яллиғланиши қўшилса, пельвиоперитонит, чанок клетчаткасига ўтса пельвиоцеллюлит дейилади.

Касалликнинг ўткир даври 1-2 ҳафта давом этиб, ўз вақтида даволанмаса секин-аста сурункали турига ўтиб кетиши мумкин. Уни аниқлаш қийин эмас, касаллик тарихи, клиник кўриниши ва белгиларига қараб осон аниқлаш мумкин. Пиосальпинксни аппендицитдан ажрата билиш керак.

Даволаш. Аввало беморга ҳар томонлама тинчлик бериш лозим. Қорин пастига совуқ сув ёки музли халта қўйилади. Антибиотикларни юбориш даволашнинг асосий тадбирларидан ҳисобланади. Ностероид яллиғланишга қарши восита сифатида диклоберл 3 мл (75 мг) дан м/о юборилади. Бироқ қанча дори ва уни қачон юбориш беморнинг аҳволига қараб

бужурилади (эндомиометритни даволаш схемасига қаралсин). Оғрик қолдирувчи дорилар (аналгин 0,5 г ёки амидопирин 0,5 г дан бир кунда 2-3 маҳал ичгани берилади) ёки 4% ли амидопирин эритмасидан 5 мл, 25%ли аналгин эритмасидан 2 мл ни мушак орасига укол қилиш мумкин. Агар чаноқ аъзолари орасида йиринг ҳосил бўлса, бунда энг яхши ва тез натижа берувчи тадбирлардан бири-қиннинг орқа гумбази орқасига йиғилган йирингни игна билан тешиб чиқариш (пункция) усулидир.

Бунда антисептика қондаларига қатъий риоя қилган ҳолда тозаловчи клизма қилинади, тапқи жинсий аъзолар совун билан ювилади, қин махсус асбоб (спинцовка) билан чайилади, сўнгра ташқи жинсий ва ички жинсий аъзолар спирт билан артилиб, у ерга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Пункцияни албатта шифокор қилади ва олинган суюқлик бактериологик текширишга юборилади. Пункция қилинган жойга шу игна орқали гентамицин эритмасини ёки бошқа антибиотикларни 1 г ни 0,5 % ли новокаин (5-10 мл) билан юборилади. Аёл аҳволи тузала бошлаганда даволаш комплексига физиотерапия усулларини қўшиш мумкин. Бачадон найларининг йирингли яллиғланиши кўпинча сурункали даврга ўтиши билан иккиламчи боласизликка сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай касаллик билан оғриган аёлни тўла-тўқис даволаш ва у доим шифокор назоратида бўлиши керак.

29.5. БАЧАДОН АТРОФИ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ПАРАМЕТРИТ)

Бу касаллик микроблар бачадон атрофидаги клетчаткага лимфа ёки қон томири орқали, шунингдек қин, бачадон бўйни ҳамда бачадон ортиқлари ўтиши оқибатида юзага келиши мумкин.

Параметрит чилла даврининг 10-12- кунни аёлнинг бирдан ҳарорати 39-40 даражага кўтарилиши, титраб-қақшаши ва томирининг тез уриши билан бошланади. Бу касаллик асосан эндомиометрит оқибатидир. Агар касаллик ўчоғида йирингли инфилтрат ҳосил бўлса (бу кўпинча касалликнинг 3-5 ҳафталарида вужудга келади), ҳарорат янада 1,5-2 даражага кўтарилади. Йиринглаган жой атрофидаги аъзоларга ёки қорин бўшлиғига кетиши мумкин. Параметритни аниқлаш қийин эмас, лекин уни пельвиоперитонитдан тафовут қила билиш керак.

Тана ҳароратининг ошиши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши симптомлари ҳам учрайди. Бундан тапқари, тери қопламанинг оқариши, тахикардия, лейкоцитоз, бачадон субинволюцияси ва оғрик бўлиши киради. Бимануал текширишда бачадон ортиқлари ва параметрий соҳасида оғрик кузатилади. Лоҳия табиати кам бўлиши ёки профуз ва ҳидли бўлади.

Даволаш. Ўткир яллиғланиш даврида қорин пастига муз қўйилади, оғрик қолдирувчи дорилар берилади. Антибиотиклар (азимед капсуласи 0,5 г дан 1 маҳал 3-5 кун, орнизол таблеткаси 0,5 дан 2 маҳал 7 кун) бериш асосан эндомиометритга бериладиган, дозалари беморнинг аҳволига қараб ўзгартирилади. Умумий дорилар қаторига албатта витаминлар, ҳароратни туширувчи, организм умумий кучини оширувчи дорилар бериш

максадга мувофиқ. 100-150 мл қон қуйиш яхши натижа беради. Агар йирингли инфилтрат бўлса, қиннинг орқа гумбази орқали пункция қилиб, йирингни чиқариб ташлаган маъқул. Пункция қилиб йирингни олиб бўлгач, ўрнига бирон-бир антибиотик (1 г гентамицин ёки 0,5 г канамицин) юборилади.

Беморнинг аҳволи бироз тузалгандан бошлаб тана ҳарорати тушиб, оғирлик пасая бошланганда, диклоберл ва физиотерапия усуллари қўлланилади.

29.6. ВЕНА ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ - ТРОМБОФЛЕБИТЛАР

Чилла даврида учрайдиган энг оғир септик касалликлардан ҳисобланади. Тромбофлебит жойига кўра икки хил ўтиши мумкин:

- 1) оёқ, юза вена қон томирларининг яллиғланиши;
- 2) чуқур жойлашган вена қон томирларининг яллиғланиши.

Ҳар иккала тури ҳам йирингли ёки йирингсиз ўтиши мумкин. Буларга бачадон вена қон томирларининг яллиғланиши (метротромбофлебит), чанок вена қон томирларининг яллиғланиши, болдир вена қон томирларининг чанокка яқин қисми ҳамда оёқ қон томирларининг яллиғланиши кабилар қиради.

Бугунги кунда шуни таъкидлаш керакки, чанок веналарининг септик тромбофлебити патогенезида томир интима қаватининг бачадондан тарқалган микроорганизмларнинг жароҳатлаши, бактериемия ва эндотоксемия, ёки оператив муолажа вақтидаги жароҳати орқали келиб чиқиши билан тушунтирилади.

Чилла даврида учрайдиган касалликда аёлнинг умумий аҳволи дардининг кечишига қараб ўзгариб туриши мумкин. Яъни касаллик энгилроқ кечганда аёлнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, тана ҳарорати бироз кўтарилганда (37-38,5 гача) томир минутига 100 мартагача уради. Қондаги лейкоцитлар сони бироз кўпайиб, эритроцитларнинг қондаги чўкиш даражаси тезлашади. Касаллик оғирроқ кечганда юқорида кўрсатиб ўтилган белгилар (беморнинг умумий аҳволи, тана ҳарорати, томир уриши, қон таркиби) кўпроқ ўзгаради.

Юза жойлашган вена қон томирлари яллиғланганда томирларда оғрик зўраяди, улар бироз йўғонлашиб, тери кизариши мумкин. Юзаки тромбофлебит ҳомиладорликдан олдин вена қон томирлари кенгайган аёлларда кўпроқ учрайди. Унда аёлнинг ҳарорати кўтарилади, умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, оёғи бир оз шишади. Аёлни қин орқали текширилганда бачадоннинг туққандан кейинги қисқариши (инволюцияси) орқада қолганлигини кўриш мумкин. Чуқур жойлашган вена қон томирлари ёки бачадон вена қон томирлари яллиғланганда ҳарорат бирдан кўтарилади, аёлнинг иштаҳаси йўқолади, ёмон ухлайди, титраб-қакшайди, томир минутига 110-120 марта уради, беморнинг аҳволи бирдан оғирлашади. Қин орқали туғруқ йўллари текшириб кўрилганда бачадон чилла даври муддатига тўғри келмайди-катта ва оғрикли бўлади. Бачадондан қон аралаш қўланса ҳидли сел келади. Бачадон ён юзалари соҳасида хактерли «чувалчангсимон» оғрикли вена қон томирларини пайпаслаб

кўриш мумкин. Қон анализ қилинганда яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади. Сийдикда оксил ва лейкоцитлар бўлиши мумкин. Дикҳат билан текширилса касаллиқни аниқлаш қийин эмас.

Тромбофлебитда бачадон яхши қисқармаган ва оғриқли бўлади. Чанок вена қон томиридаги патологик ўзгаришлар оёқ вена қон томирига ўтиши бу касалликка сабаб бўлади. Бунда оёқ мускуллари оғрийди, вена қон томирлари йўғонлашади ва уларни ушлаб кўрилганда оғрийди. Бу ҳолат вена қон томири деворига хос бўлган тромбнинг жойлашувиға борлиқ. Тромб болдирдан қанча юқорида жойлашса, оёқ шунча кўп шишади.

Оёқ вена қон томирида тромб ҳосил бўлиб, томир девори билан бирга яллиғланиш одатда чилла даврининг 2-3- ҳафталарига тўғри келади. Тромбофлебитнинг асосий клиник белгилари унинг жойлашишиға борлиқ. Тромбофлебитда оёқ шишади, оғрийди, тери рангги ўзгаради, оқиш ёки кўкимтир тусға киради, тери ости вена қон томирлари кенгайди, тана ҳарорати кўтарилиб томир уриши тезлиги ошади, айниқса шу дардға чалинган соҳада ҳарорат юқори бўлади.

Оғриқ касал томир бўйлаб айниқса бемор юрганда ва ушлаб кўрилганда кўпроқ сезилади. Бемор юрганда бироз оғирлиқ сезади, касалликка чалинган оёғи тез чарчайди, болдир мушакларининг қисқариб-қаттиқлашиб қотиши натижасида товонда, болдир-сонда қучли оғриқ туради. Агар тромбофлебит чуқур жойлашган вена қон томирларида бўлса, сон ва болдир томирлари босиб кўрилганда бемор қучли оғриқ сезади. Баъзан оёқ увишиб қолиши мумкин. Бу ҳам тромбофлебит белгиларидан бири ҳисобланади.

Тромбофлебитнинг характерли ва тез-тез учрайдиган белгиларидан бири оёқнинг шишидир. Оёқ шишини билиш учун иккала оёқ сон ва болдир соҳасининг бир неча жойидан (юқори, ўрта ва пастки қисмидан) одатдаги сантиметр билан ўлчаб кўриш керак. Шунда тромбофлебит бўлган оёқ айланаси соғлом оёққа нисбатан 3-5 см га қаттароқ бўлади. Бу касалликларда тана ҳароратининг кўтарилиши 2-3 ҳафтагача давом этиб, шундан кейин ҳам бир неча кун субфебрил ҳолда сақланиши мумкин. Қамқонлиқ белгилари, яъни гемоглобин миқдорининг қамайиб қетиши ҳам шу касалликка хос бўлиши мумкин.

Физикал текшириш ўтказилганда кўпчилиқ ҳолатларда интоксикация симптомлари аниқланмайди, аммо қорин пастки қисмида оғриқ ва таранглашиш қузатилади. Қамроқ қолларда шу жойда оғриқли узун ҳосила борлиғи аниқланади. Диагнозни эндометрит билан оғриган аёлларда антибиотикнинг қам наф беришидан ҳам билса бўлади ва қин орқали текширилганда қичик қанок соҳасида ҳосила борлиғи қузатилади. Диагнозни тасдиқлашда маълумот берадиган методлардан КТ ва МРТ ҳисобланади. Текширишларда тромбофлебит белгилари йўқлиғи, аммо тромбофлебит клиникаси борлиғи ва антикоагулянт терапиядан (гепарин билан) динамиқада яхшиланиши диагнозни тасдиқлайди. Томография мезонлари: 1. Жароҳатланган томирларинг қенгайиши. 2. Томир ички радиусининг қичиклашиши. 3. Томир деворининг яхши кўрина бошлаши. МРТ текширишда жароҳатланган томирнинг нормал томирлардан фарқи

оч кўринади. КТ ва МРТ усулларининг камчилиги цервикал ва бачадон томирларининг яхши кўринмаслиги. Рангли доплерография ҳам чанок веналари тромбофлебитига диагноз қўйишда ва ўтказилган терапиянинг динамикада кузатишда қўлланилади.

Тромбофлебитни аниқлашда қоннинг ивиш ва ивишига қарши омилларини лабораторияда текшириш катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, ҳозирда флебография (томирга йодли контраст моддасини юбориб, томирлар ҳолатини аниқлаш), ультратовуш билан аниқлаш, термографик метод ва бошқалар қўлланилмоқда.

Оёқ тромбофлебити қуйидаги асоратларга олиб келиши мумкин: тромбофлебит йирингли формага ўтиб, кўпинча микроабсцесслар ҳосил бўлишига олиб келиши; тромб узилиб кўпинча ўпка артерияларига бориб, қон айланишини бирдан бузиши мумкин (ўпка артериялари эмболияси). Баъзи бир аёлларда тромбофлебитдан кейинги синдром-оёқда шиш қолиши, оғриқ бўлиши, юзаки вена қон томирларининг кенгайиши, терининг қорамтир тусга кириб, битмайдиган яра ҳосил бўлиши мумкин.

Тромбофлебитни лимфа томирларининг яллиғланиши, тери ости флегмонаси, болдир артериясининг ўткир тромбози ва эмболияси, болдир нервининг яллиғланиши ва бошқалардан фарқ қила олиш лозим.

Даволаш. Ҳозирги кунда 2 хил даволанади: консерватив ва оператив йўл билан. Булардан қайси бирини танлаш тромбофлебитнинг тури, қайси венадалигига ҳамда венанинг қаердалигига, касалликнинг қанчадан буён давом этаётганлигига ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Оператив йўл билан даволаш асосан йирик вена қон томирларида катта тромблар ҳосил бўлиб, қон юриши бирданига бузилиб қолганда қўлланилади.

Консерватив йўл билан даволаш асосан оёқнинг қон айланишини яхшилаш учун уни эластик бинт билан гир айлантириб ўрашга ҳамда ҳозирги вақтда касаллик бошлангандан маълум бир вақтдан (5-6 кундан) сўнг актив юргизишга кўпроқ аҳамият берилмоқда. Чунки бемор узок вақт бир жойда ётиб қолса, оёқда қон айланиши бузилиб тромбознинг тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Касалликни даволашда беморнинг овқатланишига ҳам аҳамият берилади. Бемор кўпроқ тузи ва ёғи кам, сутли ва сабзавотли овқатлар истеъмол қилиши керак.

Тромбофлебитларни даволашда антибиотиклар умумий схемада - чилла даври септик касалликларидаги каби қўлланилади. Ҳозирги кунда кўпроқ антифлогистон препаратлари: бутадиион, реопирин каби дорилар ишлатилмоқда. Бу дорилар оғриқ қолдиради, ҳам яллиғланишга ва сенсибилизацияга қарши таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, дорилар спазмини пасайтирадиган папаверин, нош-па, баральгин ва бошқа дорилар қўллаш мумкин. Маҳалий тромбофлебитларни даволашда лиотон гелини (1000 т/б гепарин сақлайди) қонни суюлтирадиган (антикоагулянт) дори сифатида қўлланилмоқда. Бу дориларни қўллаш шифокор назорати остида олиб борилиши лозим.

Яллиғланишга қарши яна мушак орасига никотин кислотани схема бўйича (дозасини секин-аста 1 мл дан бошлаб, ҳар куни шунчадан қўшиб

борилади ва 5-6 мл га етказилади, кейин эса 1 мл дан камайтириб яна 1 мл га туширилади); трипсин ёки химотрипсин (5-10 мг ни 2 мл изотоник эритмада) бериш ҳам яхши натижа беради. Сенсибилизацияни камайтириш учун мускул орасига антигистамин препаратлар (димедрол, пиполфен, тавегил ва бошқалар) бериш мумкин. Организмдаги интоксикацияни камайтириш ва қон айланишини яхшилаш учун реополиглюкин, 5% ли глюкоза ҳамда физиологик эритмадан томирга томчилатиб юборилади. Бир суткада бериладиган суюқликнинг умумий миқдори 1,5-2 л гача бўлиши мумкин. Қоннинг ивиши ва унга қарши хусусиятини яхшилаш учун унинг ивиш вақтини ҳисобга олиб, асосан қон томирига ёки мускул орасига суткасига 5 минг бирликкача 3-4 кун давомида гепарин юборилиши мумкин. Кейинчалик эса 1 таблеткадан кунига 1-2 маҳал плентан ёки эскузан бериш мумкин.

Тромбофлебитнинг олдини олиш учун консультация шароитида томирларнинг варикоз кенгайишини консерватив ва оператив йўллар билан даволаш, ички касалликлар ва ҳомиладорлик токсикозларини ўз вақтида бартараф этиш, вақти-вақти билан қоннинг ивиш хусусиятини текшириб туриш, туғруқ вақтида қон кетган бўлса, вақтида ҳар томонлама ва етарлича даволаш, туғруқ нормал ўтган бўлса аёлни эрта турғизиш, операция йўли билан туғдирилса, тез-тез қон ивиш хусусиятини текшириб туриш, ўз вақтида даволаш тавсия қилинади.

Даволаш тартибига фраксипарин дозалари (0,3 мл) кунига 2 марта стационар шароитида 1 ҳафта давомида, кейин амбулатор шароитида флебоидиа 600 мг ёки венодиол 1 таблеткадан 2 маҳал киритилади.

Медикаментоз терапиядан турғун наф бўлмаганда захира сифатида жароҳатланган вена томирларини хирургик боғлаш қўлланилади. Пастки ковак венага жараённинг тарқалиши ёки ўпка артерияси эмболияси кузатилганида ва антибиотикотерапиядан наф бўлмаганда, пастки ковак венани боғлашга кўрсатма бўлади. Бу методнинг асорати сифатида оёқларнинг транзитор шиши ва постфлебитик синдромнинг авж олиши киради.

29.7. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит чанок ичидаги қорин пардасининг яллиғланиши чилла даврининг 3-4- кун и қоринда кучли, айниқса пасткида қаттиқ оғриқ тутиши билан бошланади. Шеткин-Блюмберг белгиси юзага келади, қоринда қабзият кузатилади, беморнинг кўнгли айниб, қайт килади, ҳарорат кўтарилади, томир уриши тезлашади. Баъзан сийганда оғриқ сезади. Қорин бўшлиғига суюқлик тўпланади. Диккат билан текширилса, касалликни аниқлаш қийин эмас. Қиннинг орқа гумбазида пункция қилиб, суюқлик олиш ва уни текшириш касалликни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Бемор алоҳида палатага ётқизилади. Қорни пастига музли халтача қўйилади. Пельвиоперитонит септик касаллик бўлгани учун даволаш худди сепсисдаги каби. Қабзиятни бартараф этиш ва ичак ишини яхшилаш учун тозаловчи клизма қилинади ҳамда туғри ичакка газ чиқиб кетишига ёрдам берувчи резина найча кирғизиб қўйилади. Агар кичик

чаноқ соҳаси пардаси яллиғланиб, йиринглаган бўлса, беморга вақтида ёрдам бериш зарур. Чунки тўпланган йирингнинг сийдик пуфаги ёки тўғри ичакка ёрилиб кетиш хавфи бўлади. Бу ерда тўпланган йирингни кўпинча қиннинг орқа гумбазидан орқали пункция қилиб, шприц билан тортиб олиш ва йиринг ўрнига 0,5% ли новокаин суюқлигида эритилган бирон-бир антибиотик (меркадин) юбориш мумкин. Борди-ю, яллиғланиш чаноқ бўшлиғининг ўзида бўлиб, даволаш туфайли касалликнинг ўткир даври пасайса, физиотерапия усуллари қўллаш мумкин.

29.8. ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ МАСТИТ (СУТ БЕЗЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ)

Сут безларига микроб асосан лимфа, қон ва сут йўллари орқали тушади. Инфекция кўпинча кўкрак тугунчаларининг ёрилган жойларидан киради.

Сут йўллари орқали тушган инфекция без бўлақларига кириб, уларда яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Қон орқали метастаз сифатида организмда инфекция манбаларидан ўтади. Маститни асосан патоген стафилококklar қўзғатади.

Мастит билан оғриган беморлардан топилган микроб кўпроқ антибиотикларга чидамли бўлади.

Мастит клиникаси. Бу асосан маститнинг тури ва кечиш жараёнига боғлиқдир.

Мастит турлари:

1. Серозли (бошланғич) мастит.

2. Инфилтратли мастит.

3. Йирингли мастит.

а) инфилтратив-йирингли, диффуз, чегараланган мастит;

б) абсцессга айланган тури, без тугмачаси айланасининг фурункулёзи, абсцесси, без бўлақлари абсцесси, без орқасидаги абсцесс.

4. Флегмоноз мастит (йирингли-некротик тури);

5. Гангреноз мастит.

Мастит чилла даврнинг 3- ҳафтасида авж олади. Баъзан анча кеч юзага келиши мумкин. Кўпинча мастит бир томонлама бўлади, айрим ҳолларда эса ҳар икки томон ҳам касалланади. Одатда, мастит ўткир бошланади, дастлаб безлар оғрийди ва без бўлақлари қаттиқлашиб, тери юзаси кизаради. Кўпроқ ўнг сут безининг ташқи юзаси яллиғланади. Тана ҳарорати 39°C ва бундан кўтарилади, бош оғрийди, бемор ланж бўлади. Беморни текширилганда касалланган сут бези қатталашган, қаттиқ (қаттиқ-эластик), зарарланган қисмининг ҳарорати баланд бўлади, оғрийди. Бу клиник ҳолат сероз маститга хосдир.

Агар даволаш тадбирлари ёрдам бермаса, маститнинг бу тури 3 кун давомида кейинги босқичга ўтиб кетади. Албатта бу микробнинг вирулентлигига ҳам боғлиқдир.

Ҳозирги шароитда мастит инфилтратив тури жуда тез йирингли турга ўтганида беморнинг умумий аҳволи оғирлашади (уйқуси бузилади, иштаҳаси йўқолади, боши оғрийди ва бошқалар). Тана ҳарорати 38-40°C гача кўтарилиб, эти увишади.

Агар касаллик давомида микроблар ассоциацияси (қўшимча микроблар қўшилиб) ошса, унда касалликнинг клиник кўриниши янада зўраяди.

Йирингли маститнинг йирингли-инфильтратив тури кўп учрайди. Бу турда йирингли жараён билан тўқималарда инфильтрация кенгая боради. Операция қилинганда кесилган яра сатҳи роваксимон шаклда бўлади. Маститнинг бундай тури диффуз тур деб аталади.

Маститнинг чегараланган йирингли турида йирингланган тўқима чегараси аниқ бўлмайди. Агар жараён юзарок жойлашган бўлса, диагноз қўйиш унчалик қийин эмас, абсцесс чуқурроқ жойлашган бўлса, уни пункция қилиб аниқлаш мумкин.

Маститнинг абсцесс тури камроқ учраб, касаллик бирданига ҳарорат кўтарилиши, агар жараён чуқур жойлашган бўлса, қаттиқ оғриқ билан бошланади. Жараён кўрак тугмачаси атрофига ёки тери остига жойлашган бўлса, бунда оғриқ бирмунча суст бўлиб, йиринг чиқарилгандан сўнг (кесилса ёки пункция қилинса) ҳарорат тезда тушади.

Маститнинг флегмоноз турида кўрак безининг кўп қисмида йирингли жараён юзага келади. Бунда ҳарорат бирданига кўтарилиб (40° ва бундан юқори), эт увишади, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Беморлар бош оғриғидан, кўз чуқурчаси соҳасида кучли оғриқ ва кўрқувдан арз қиладилар. Кўрак беzi катталашади, тери юзаси кўкимтир, қизил ёки тўқ қизил рангда бўлади. Лимфа безлари катталашган, баъзан уларда ҳам яллиғланиш жараёни белгилари кузатилади. Маститнинг флегмоноз турида некроз жараёни тез авж олса, касаллик оғир кечади. Бу флегмоноз-некротик тури деб юритилади. Касаллик оғир кечганда некроз жуда тез тарқалади. Касалликнинг оғир тури сепсисга ўхшаб кечади. Уни кесилгандан куюк йиринг ажралади. Кўрак беzi тўқималари кул рангда бўлади.

Мастит 14-15 кун, ҳатто 2-3 ой ҳам давом этиши мумкин. Беморларнинг қонида лейкоцитоз, СОЭ нинг кўтарилиши, интоксикация юқори бўлганда нейтрофиллар томонга сурилиши кузатилади. Йирингли мастит узоқ давом этса, юқоридаги белгилардан ташқари, гемоглобин камайиб, нейтрофилларда токсик доначалар кўпаяди. Агар лактацион мастит бўлса, жараён оғирлашган сайин сутда лейкоцитлар кўпайиб кетади.

Маститда зарарланган қисмда тери юзасининг ҳарорати тана ҳароратидан 1-2°С баланд бўлади.

Мастит билан оғриган беморларда лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллик хусусияти соғлом аёлларникидан деярли фарқ қилади. Оқсил алмашинувининг бузилиши натижасида касаллик давомида альбумин фракцияси камаяди. Беморларда иммунологик реактивлик унча баланд бўлмайди.

Даволаш. Агар серозли ёки инфильтратив мастит бўлса, туғруқхонада даволаш мумкин. Йирингли маститнинг қаерда вужудга келганидан қатъий назар, албатта, махсус жарроҳлик стационарида даволаш керак. Сут ажралишини тўхтатиш учун парлоделдан бир кунда 1 таблеткадан 2 марта 14 кун давомида бериш керак. Бунда кўракни боғлаш шарт эмас.

Даволашда антиотикларни тўғри танлаш керак. Маълумки, кўпинча касалликни стафилококклар келтириб чиқаради. Шунга кўра метициллин, оксациллин, цефалоспоринларни (мегацеф 1 г/м/о га 2-3 маҳал 5 кун)

ишлатиш мақсадга мувофиқдир.

Операция қилиб, зарарланган юзани очиш, контрапертура қилиш, некрозланган тўқималарни кесиб ташлаш керак. Йиринг доимо оқиб туриши учун ярага тасма шаклида тампон ёки резина қўйиш зарур. Тампонни ош тузининг гипертоник эритмасига диоксидин, химотрипсиндан қўшиб ярага қўйилади ва ҳар 4-6 соатда алмаштириб турилади. Дренаж найча ёрдамида ярани ювиш ёрдам беради. Бемор стационардан яллиғланиш жараёни бутунлай тугагач, лаборатория маълумотлари нормаллашганидан кейин чиқарилади.

Амалиётдан мисоллар.

1. Янги тукқан аёлнинг 5-куни тана ҳарорати 38°C кўтарилди, ораликдаги чоклар орасида оғриқлар пайдо бўлди. Гениталийни кўрилганда оралик соҳасида чоклар гиперемияси ва инфильтрацияси, йирингли қоплам билан қопланган. Чоклар олиб ташланди-жароҳат чеккалари тўлиқ очилди, 3% ли водород пероксид билан тозаланди, NaCl нинг гипертоник эритмаси шимдирилган салфетка қўйилди, 2 кундан кейин Вишневский малҳами билан салфетка қўйилди. Антибиотиклар буюрилди. Диагноз: Туғруқдан кейинги яра.

2. Янги тукқан аёлнинг туғруқдан кейин 3-кун бачадон субинвалюцияси ва гематометра аниқланди. Бачадон бўшлиғи қириб тозаланди. 5-куни уйига жавоб берилди. Кейинги кун кечкурун бачадондан қон кетиб, шок ҳолатида гинекология бўлимига олиб келинди. Булимда, *abrasio cavi uteri* операцияси ўтказилади. Гемотрансфузия қилинди - 750 мл янги қон, шокка қарши тадбирлар ўтказилди.

Кейинги кузатувда t 38°C, бачадон оғриқли, жинсий йўлларда йирингли ажратма аниқланди. Интенсив терапия фойда бермади, хансираш, ўпкада хириллашлар қўшилди. Диагноз: Септик эндометрит. Септик пневмония 11-куни бачадон найлари билан бирга экстирпация қилинди. Бемор 5-кундан кейин шишдан вафот этди. Жараён таҳлил қилинганда бемор туғруқхонада ҳароратнинг ошганлигини яширганлиги, антибактериал даво ва операция кеч қилинганлиги аниқланди. Сепсис метастазлар билан бирга ривожланган.

ТКЙСК она ҳаётига таҳдид солади. Буларнинг олдини олиш учун она организмидаги сурункали инфекция ўчоқларини ҳомиладор бўлишдан олдин даволаш керак: тиш кариеси, сурункали тонзиллит, йирингли гайморит, пиелонефрит, кольпитлар, цервицитлар, бачадон бўйни эрозиялари, энтероколитлар.

Ҳомиладорлик даврида ҳам соғломлаштириш даволаш тадбирлари ўтказиш ва латент инфекция ўчоқларини санация қилиш, аёл организми химоя кучларини ошириш зарур.

Туғруқхонада ва операция хонасида туғруқдан кейинги бўлимда санитария-эпидемиология тартибига қатъий риоя қилиш керак. Туғруқда туғишдан кейин ЙСКларнинг олдини оладиган тадбирларни ўз вақтида ўтказиш зарур.

Ўргатувчи тестлар.

1. Қандай 2 касаллик туғруқдан кейинги септик инфекциянинг 1-босқи-

чига тааллуқлидир?

Туғруқдан кейинги яра.

Эндо метрит.

2. Қандай 5 касаллик туғруқдан кейинги септик инфекциянинг 2- боскичига тааллуқлидир?

Метрит.

Параметрит.

Сальпингоофорит.

Пельвиоперитонит.

Тромбофлебит.

3. Қандай 4 касаллик туғруқдан кейинги септик инфекциянинг 3- боскичига тааллуқлидир?

Тарқалган перитонит.

Эндотоксинли септик шок.

Анаэроб газли инфекция.

Жадаллашаётган тромбофлебит.

4. Қандай 2 касаллик туғруқдан кейинги септик инфекциянинг 4- боскичига тааллуқлидир?

Метастазсиз сепсис.

Метастазли сепсис.

5. Туғруқдан кейинги эндо метритнинг 5 та симптомини санаб ўтинг:

Бачадон субинволюцияси.

Тана ҳароратининг ошиши.

Қорин пастидаги овриклар.

Томир уришининг тезлашиши.

Сел-йирингли лохиялар.

6. Юқори хавф гуруҳига кирувчи 5 та гуруҳдаги ҳомиладорлар ва янги туғилган чақалоқларда септик касалликларни кўрсатинг:

Ҳомиладорлик- сурункали инфекция ўчоғи.

Операциядан кейинги ҳомиладорлар ва анамнезида септик касалликлар.

Кўпсувлик ва ҳомиладорлик.

Узоқ сувсизлик даври.

Ҳомиладорлик генитал инфекция билан.

7. Туғруқдан кейинги септик касалликларни Сазонов - Бартельс бўйича 4 та боскичини кўрсатинг ва таъриф бering:

1 боскич – туғруқдан кейинги ёки эндо метрийда маҳаллий инфекция

2 боскич – инфекция - яллиғланиш жараёнининг пайдо бўлиши ва бошқа аъзоларга тарқалиши.

3 боскич – инфекция оғирлигига қараб тарқалиши.

4 боскич – тарқалган инфекция.

8. Туғруқдан кейинги септик инфекциянинг ривожланишида 5 та сабабини аytинг:

Узоқ туғруқ.

12 соат ва бундан кўп сувсизлик акушерлик жарроҳликлари

Туғруқ йўлларининг жароҳатлари.

Сурункали инфекцион касалликлар.

9. Туғруқдан кейинги септик касалликлар ривожланишида 5 та инфекция кириш йўлини сананг

Оралик жароҳатлари.

Қин деворларининг жароҳати.

Бачадон бўйинининг жароҳати.

Бачадон деворининг жароҳати туғруқ ва акушерлик операцияларидан сўнг.

Йўлдош майдончаси.

10. Туғруқдан кейинги септик касалликларни чакирадиган 5 та микроорганизмни кўрсатинг.

Анаэроб инфекция.

Энтерококклар.

Стафилококк.

Стрептококк.

Йирингли таёқча.

11. Туғруқдан кейинги инфекциянинг 3 та тарқалиш йўлини айтинг

Лимфоген.

Гематоген.

Интраканаликуляр.

12. Туғруқдан кейинги яра бўлган беморларнинг асосий 3 та шикоятини кўрсатинг.

Жароҳатланган соҳада қичишиш сезиш.

Субфебрил температура.

Йирингли ажралма.

Яра соҳасида некротик тўқима шиши.

13. Бошланаётган маститда беморларнинг 5 та асосий шикоятини айтинг.

Қалтираш.

Юқори температура.

Ҳолсизланиш.

Бош оғриғи.

Кўкрак-бўйин соҳасидаги оғриқ.

15. Бошланаётган маститда 4 та кўринарли белгилар.

Жароҳатланган тери соҳасининг қизариши.

Кўкрак безларининг катталашиши.

Безда қаттиқлашган қисмлар аниқланади.

Пальпацияда оғриқлилиги.

16. Мастит босқичларини сананг:

Сероз (бошланаётган мастит).

Инфильтратли мастит.

Йирингли мастит.

17. Маститни даволаш тамойиллари:

Антибактериал терапия флора сезгирлиги билан.

Иммуномодулятор дорилар.

Дезинтоксикацион терапия.

Антигистамин дорилар.

Мастит босқичларида физioterапевтик.

Маҳаллий даво: сероз – инфильтратив маститда ёғли - малҳамли комп-
ресс.

Йирингли маститда оператив даво.

18. Пельвиоперитонитнинг 6 та асосий симптомини сананг

Тана температурасининг юқорилиги.

Қалтираш.

Қорин пастида оғриқ.

Тахикардия.

Қориннинг пастки қисмидаги шиш ва оғриқ.

Кўнгил айнаши, кайт қилиш.

Саволлар:

1. ТКЙСК асосий сабабларини кўрсатинг?

2. ЙСК асосий кўзгатувчилари?

3. Эндометрит белгиларини санаб беринг?

4. ЙСК нечта босқичи бор?

5. Эндометритни асосий даволаш усуллари?

29.9. АКУШЕРЛИК ПЕРИТОНИТИ

Мақсад: талабаларга акушерлик перитонити сабаблари патогенези тас-
нифи, касаллик клиникаси, диагностикаси ва даволаш тактикаси билан та-
ништириш.

Режа:

1. Акушерлик перитонити касалликларининг келиб чиқиши ва патогене-
нези.

2. Акушерлик перитонитига олиб келадиган микроблар.

3. Акушерлик перитонити таснифи.

4. Акушерлик перитонити вариантларининг клиник белгилари.

5. Акушерлик перитонитининг замонавий даволаш усуллари.

6. ОПда ва стационарда профилактика муолажалари.

Акушерлик перитонити, чилла даври йирингли септик касалликлари
ичида энг хавфлиси бўлиб ҳисобланади. Бу касалликнинг олдини олишга
қаратилган профилактик муолажаларни ўз вақтида ўтказиш оналар ўли-
мининг камайишига олиб келади. Республикамизда туғиш ёшдаги аёллар
орасида экстрагенитал ва генитал касалликларнинг кўп учраши ҳомила-
дорлик даврида иммун тизимнинг сусайиши, инфекцион агентларга нис-
батан организмнинг ҳимоя кучларининг пасайишига олиб келади. Бунинг
натижасида чилла даврида ЭГК фонида йирингли касалликларнинг келиб
чиқиши кузатилади, касалликни кечикиб аниқлаш ва даволаш оналар ўли-
мига сабаб бўлади.

Диагностик қийинчиликлар:

Ҳомиладорлик ва туғруқдаги нейрозэндокрин ўзгаришлар, гуморал ва
хужайра иммунитети ҳолати.

Ҳомиладорлик ва туғруқдаги асоратлар.

Жарроҳлик амалиётининг ўсиши.

ЭГК.

Бактериялар ассоциациясининг мавжудлиги (азроб ва анаэроб).

Акушерлик перитонитининг инфекция манбаи бўлиб кўпинча бачадон ҳисобланади (туғрукда хориоамнионит, туғрукдан кейинги эндометрит, кесарча кесиш жарроҳлигидан кейинги чокларнинг носозлиги). Инфекция ўчоғи бўлмиш бачадонда инфекциянинг яшаши ва кўпайиши учун қулай шароитлар мавжуд бўлади, булар қон қуйқалари, ҳомила элементи қолдиқлари ва ҳ.к. Акушерлик перитонити кўпинча суст ва яширин кечади, айниқса кесарча кесиш жарроҳлигидан кейинги перитонит.

Акушерлик перитонити патогенези асосида:

Эндоген интоксикация, биологик-актив моддалар (гистамин, серотонин, кинин) таъсири, томирлардаги тарқалган ўзгаришлар, тўқима гипоксияси, гиповолемия ва алмашинувнинг ўзгариши, МНС ва миокардга патологик таъсири, буйрак, жигар, ошқозон ости беши ва ингичка ичакдаги деструктив ўзгаришлар ётади.

Перитонит таснифи (К.С.Симонян бўйича) (1971):

Реактив фаза.

Токсик фаза.

Терминал фаза.

РЕАКТИВ ФАЗА

(биринчи 24 соатда)

Компенсатор механизмлар сақланган, тўқима метаболизми ўзгаришлари ва гипоксия белгилари йўқ, (қусиш, *defans musculorum* ва тахикардия 1 минутда 120 та кузатилади).

Умумий аҳволи нисбатан қониқарли (ўртача даражада).

Ичаклар фалажи.

Қон кўрсаткичлари: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилариши

ТОКСИК ФАЗА

(24 соатдан сўнг, давомийлиги 2-3 сутка)

Интоксикация белгиларнинг кучайиши.

Алмашинувнинг бузилиши.

Гипопротеинемия.

КФ ва ишқорий фосфатаза кўпайиши.

Лейкоцитознинг ўсиши.

ТЕРМИНАЛ ФАЗА

(48-72 соатдан сўнг нисбатан чуқур ўзгаришлар)

Марказий нерв тизимида ўзгаришлар.

Умумий аҳволи оғир, касал апатияда, адинамияда, тили қуруқ.

Ичакнинг мотор функцияси бузилган.

Ичак перистальтикаси аускультацияда аниқланмайди.

Ферментлар активлиги камайган.

Перитонит вариантлари

I Вариант (30%) 12-24 соатдан сўнг кесарча кесиш операцияси вақтида ҳомила пардасининг инфекцияланиши натижасида (хориоамнионит, узок муддат сувсизлик даври.) Инфекция манбаи бачадон бўшлиғидаги сақланма операция вақтида қорин бўшлиғига тушиши. (эрта перитонит) операцияда хориоамнионит фонида.

Патологик симптомлар 1 сутка охирида ёки 2 сутка бошида авж олади. Тана ҳароратининг кўтарилиши (38-39°C), тахикардия (120-140 зарба/мин),

корин шиши.

Реактив фаза унчалик билинмайди. Токсик фаза тез авж олади.

Умумий аҳволи оғирлашади, ичак фалажи кузатилади, тили қуруқ, қусук яшил ва геморрагик массалар билан.

Defans musculorum abs. Септик шок, юрак-ўпка ва буйрак етишмовчилиги юзага келади.

II. ВАРИАНТ (15%) 72 соатдан сўнг:

Операциядан сўнгги даврдаги эндометрит билан боғлиқ (ичакнинг барьер функцияси фалаж ҳисобига бузилганда кузатилади).

Умумий аҳволи нисбатан қониқарли, тана ҳарорати 37,4-37,6°C, тахикардия (120-140 зарба/мин), ичак фалажи эрта пайдо бўлади.

Қоринда оғриқлар йўқ. Кўнгил айниш ва қусиш кузатилади, қорни юм-шок, Defans musculorum abs.

Симптомлар қайталаниши хос.

Консерватив давога қарамасдан 3-4 кун ичида беморнинг аҳволи оғирлашади ва интоксикация белгилари кучаяди.

III. ВАРИАНТ (55%) операциядан сўнгги 5-9 суткасига

Бачадонда чоклар етишмовчилиги фонидаги перитонит.

Кўпроқ бу ҳолат инфекция билан боғлиқ, кам ҳолларда техник камчиликлар билан. Бачадонни кесилганда бурчакларни нотўғри тикиш билан боғлиқ.

Клиника эрта пайдо бўлади. Биринчи суткадан перитонит белгилари пайдо бўлади. Аёл ҳолати оғирлашади. Қорин пастидаги оғриқлар безовта қилади.

Бачадондан лохиялар миқдори кам бўлади.

Тахикардия, қусиш, қорин шиши сақланиб туради.

Перкуссияда қорин бўшлиғида экссудат аниқланади.

Интоксикация тез кучаяди.

Дунёда акушерлик перитонитининг кўпайиши йирингли-септик асоратларнинг ўсиши билан боғлиқ.

Перитонитга олиб келучи сабаблар:

Қин биоценозининг ўзгариши

Ҳомиладорлик охирида иммунотанқислиги пайдо бўлиши.

Туғруқнинг патологик кечиши.

(сувсиз давр, туғруқнинг узокка чўзилиши)

Туғруқда хориоамнионит.

Ҳомиладорлик асоратлари (хамқонлик, презклампсия, йўлдошнинг олдинда жойлашиши).

Туғруқдан кейинги даврда перитонит пайдо бўлишининг сабаблари:

Эндометрит, метротромбофлебит, параметрит ва кесарча кесиш операциясидан сўнг чокларнинг сўкилиши.

Ортиқлар касалликлари (пиосальпинкс перфорацияси, капсуласининг ёрилиши ёки буралиши).

ЭГК (ўткир аппендицит, ичак ёки сийдик пуфаги девори бутунлигининг бузилиши, эндоген инфекция).

Перитонитнинг характери ва оғирлик даражаси қорин бўшлиғидаги микробларнинг миқдори, тури, уларнинг вирулентлиги, патологик жараённинг тарқалганлиги ҳамда организм иммун тизимининг ҳолати каби бир қатор омилларга боғлиқ.

Кўп ҳолларда перитонитда аралаш турдаги микрофлора аниқланади. Лекин уларнинг ичида ичак таёқчаси, стафилококк, кўк йиринг таёқчаси ва вульгар протей етакчи ўринни эгаллайди.

Бачадонга инфекция кириши учун бачадон бўшлиғидаги қон лахта-лари, ҳомила қолдиқларининг бўлиши катта рол ўйнайди. Булар микро-организмларнинг ўсиши учун қулай шароит бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, ҳомиладор бачадон бактерия, тўқима токсинлари учун юқори резорбцион юза бўлиб, уларнинг қонга тўғридан-тўғри ўтишига шароит бўлади.

Оқсил табиатли токсинлар (полипептидлар, тўқима протеазалари, бак-териялар ва уларнинг маҳсулотлари), токсин- кристаллоидлар (аммиак), биоген аминлар (гистамин, серотонин, гепарин) қонга сўрилиб организмда бир қатор ўзгаришларга олиб келади.

Бу ҳолат тўқималарда метаболик жараённинг бузилиши, уларнинг пар-чаланиши ва катаболизми билан кечиб, бу ўз навбатида МНС, жигар, буй-рак, миокард ва бошқа аъзоларга, хусусан ичакнинг асаб тизимига пато-логик таъсир кўрсатади. Натижада тўқималарда алмашинув жараёнининг пасайиши, юрак-томир тизими, нафас тизими, гомеостаз бузилишлари ку-затилади.

Бу маҳсулотларнинг токсик таъсири натижасида оксидланиш- қайтари-лиш жараёни бузилиши билан кечадиган циркулятор гипоксия юзага ке-лади. Бунда индол таркибли аминлар ва тузилишига кўра сут кислотасига яқин С-полипептиднинг алмашинув маҳсулоти бўлмиш чала оксидланган метаболитларнинг йиғилиши оқибатида анаэроб фаза устун келади.

Перитонит интоксикациясининг жадаллашиши турли сабаблар (ток-синлар таъсири, қон айланиш бузилиши, гипоксия ва б.) натижасида юзага келадиган жигарнинг зарарсизлантириш функциясининг пасайишига олиб келади. Кўп ҳолларда жигар етишмовчилиги буйрак етишмовчилиги билан бирга кечади.

Перитонитда хужайралардан калийнинг ажралиши кучайиб, бевосита патологик жараён зонаси томон йўналиши кузатилади. Ўз навбатида калий хужайра элементларининг парчаланишидан ажралиб чиқади, хусусан қо-рин бўшлиғининг экссудатида кўп миқдорда аниқланади (10 ммоль/л гача). Чин калий етишмовчилиги (унинг эритроцитлардаги концентрациясининг пасайиши) умумий адинамияга, МИТ парезига, брадиоаритмияга, миокар-днинг қисқариш хусусияти ва юрак ўтказувчанлигининг бузилишига сабаб бўлади.

Перитонит терминал босқичида олигурия ва буйрак етишмовчилиги-нинг ривожланиши калийнинг буйраклар томонидан экскрецияси бузили-шига ҳамда ўсиб боровчи гиперкалиемияга олиб келади, аммо эритроцит-ларда калийнинг концентрацияси ўзгармаган ҳолда паст бўлади.

Перитонитнинг патогенезида ичак парези алоҳида ўрин эгаллайди. Ичак қовушлоқларининг суюқлик ва газлар билан кенгайиб кетиши уларнинг ха-ракат, секретор, сўриш, алмашинув функцияси бузилишига, сувсизланиши-га сабаб бўлади.

Паралитик секрециянинг ошиб бориши билан ингичка ичак бўшлиғида ўзида кўп миқдорда оқсил, электролитлар, К-ионларини сақлаган маълум ҳажмдаги суюқликнинг тўпланиши ва секвестрланиши кузатилади.

Ичак бўшлиғида босим ошиб боради, ичакнинг кенгайиши ва ичак деворининг қон айланиши бузилиши бўлади. Бу девор ишемиясига сабаб бўлиб, парез ҳолатини янада кучайтиради. Натижада ичак девори микро-организмлар ва токсинлар учун ўтказувчан бўлиб қолади. Диафрагманинг юқори туриши, унинг кам ҳаракатчанлиги эса ўпка вентиляциясини (базал ателектазлар) ва юрак фаолиятини ёмонлаштиради. Қорин пресси мускулларининг иммобилизацияси йўтал механизмининг ўзгаришларига олиб келади.

Ўсиб боровчи огриккли синдром, гиповентиляция, вена-артериал шунтлаш фонида респиратор бузилишлар ва организмнинг гипоксияси кучайиб боради. Ҳосил бўладиган гипопроотеинемия ўпкалар шишига, уларнинг эластиклиги пасайишига, нафас фаолияти ошишига сабаб бўлади.

Юқори иситма, тотал перспирация, қусиш натижасида суюқликнинг кўп миқдорда ажралиши аввало айланиб юрган қон ҳажмини, кейин эса юракнинг зарб ҳажми камайишини ва эндотоксик шок ривожланишини таъминлайди.

Бунда айниқса микроциркуляциянинг ўзгариши, протеолитик ферментлар фаоллигининг ошиши ва коагулопатия билан кечувчи томир ичи қон ивиши яққол намоён бўлади.

Ўткир перитонитнинг токсик фазасида организм кислородли режимининг ўзгариши нафакат юрак қон-томир (гиповолемия, токсик миокардит, қоннинг юқори ивувчанлиги) ва нафас етишмовчилиги, балки гематологик бузилишлар (микроциркулятор системада циркуляция қилувчи эритроцитлар секвестрацияси, гемолиз, тўқима капиллярларида гемоглобиннинг кислородга бўлган талаби ошиши), бундан ташқари, энергетик сарфнинг ортиши билан аниқланади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, перитонитни даволашда кечиктириб бўлмайдиган ҳолатлардан бири бу ичаклар фалажини зудлик билан бартараф қилишдир, чунки парез метаболик ўзгаришлар ва мавжуд гипоксияни янада чуқурлаштиради ҳамда шу ишемия (гипоксия) натижасида юзага келувчи ичак деворининг ҳаётга лаёқатлилигининг бузилишига олиб келади. Ўз вақтида перистальтикани тиклаш бунинг олдини олиши мумкин, бундан ташқари, портал қон айланиш кучаяди, натижада жигар функцияси яхшиланади.

Б.Н.Серов ва б. (1984) кесарча кесиш операцияси ўтказилган беморларда қорин бўшлиғига инфекция тушишининг 3 хил механизмини кўрсатадилар.

Биринчи вариантда перитонит кесарча кесиш вақтида қорин пардага инфекция тушиши оқибатида (бирга келувчи хориоамнионитда, узоқ кечувчи оралиғида) инфекция манбаи бўлиб, операция вақтида қорин бўшлиғига тушган бачадондаги ҳосилалар (“эрта перитонит”) хизмат қилади. Перитонитнинг клиник белгилари операциядан 1-2 кун ўтгач, бачадонда чоклар герметиклиги сақланган ҳолда юзага келади. Перитонитнинг ривожланиб кетиши натижасида уларнинг иккиламчи етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин.

Кесарча кесилдан сўнг қорин бўшлиғига тушувчи инфекция манбаи фалаж натижасида токсин ва бактерияларга нисбатан ўтказувчанлиги ортган ичак деворидир. Бу фараз бундан 100 йил муқаддам баён қилинган ва

кейинги изланишлар натижасида бир неча бор маъқулланган. Аммо микробнинг қорин бўшлиғига тушиши перитонитнинг типик кўриниши бўлган массив экссудат билан кечади, оғир функционал ва метаболик ўзгаришлар эса фақат маълум шароитларда юзага келади.

Перитонитнинг учинчи ва кўпроқ учрайдиган варианты бачадонда чоклар етишмовчилиги натижасида қорин бўшлиғининг инфекцияланишига асосланган.

Акушерлик перитонитининг клиник кўриниши умумий ва маҳаллий ўзгаришларга асосланади. Акушерлик перитонитида маҳаллий ўзгаришлар камроқ ривожланган ва реактив фаза интоксикацион фазага тезда ўтиб кетади.

Шунинг учун “эрта” акушерлик перитонитида интоксикация белгилари устун бўлади, психомотор қўзғалиш, чанқаш, шиллик парда қуриши, тахикардия, ҳолсизлик. Бемор аҳволининг оғирлиги инфекциянинг вирулентлиги ва полиорган етишмовчилиги синдроми ривожланиш тезлиги билан аниқланади, қисман узок давом этувчи туғруқлар натижасидаги гиповолемия даражасига, операция жараёнида қон йўқотилишининг ортишига, электролит ва суюқликнинг кўп миқдорда йўқотилишига ҳам қаралади.

Акушерлик перитонити иккинчи формасининг клиник кўринишида, аввал ичаклар парези устунлик қилади, туғруқдан кейинги эндомерит белгилари иккинчи ўрнига ўтади. Бемор аҳволининг оғирлиги, ичак барьер функциясининг бузилиши ва бачадондаги токсик маҳсулотларнинг резорбцияси ҳисобига ўсиб боровчи интоксикация белгилари билан аниқланади.

Бачадон чоклари етишмовчилиги натижасида инфекциянинг агентининг қорин бўшлиғига тушиши орқали юзага келувчи учинчи форманинг клиник кўринишида маҳаллий симптоматика яққолроқ намоён бўлади. Ичаклар фалажи аниқ ривожланганда Шчеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлади, “мушакли ҳимоя”, қайт қилиш, суюқ ва тез-тез ич келиши ўтқир ҳид билан, пальпацияда аниқ локал оғриқлар бўлади. Лекин комплекс жадал терапия фонида перитонитнинг клиник белгилари кўринмаслиги ва уни фақат “кай-тувчи” симптоматика юзага келгач аниқлашимиз мумкин.

Кесарча кесилдан кейинги тарқоқ перитонитда комплекс жадал терапия

Кесарча кесил операциясидан кейинги ёйилган перитонит билан оғирган беморларни даволаш тактикаси унинг шакли, касаллик кечишининг оғирлиги ва консерватив терапиянинг самарадорлигига боғлиқ.

«Эрта» перитонитда даволаш тактикаси комплекс консерватив терапия ўтказишга асосланади ва фақатгина ундан самара бўлмаганда ҳамда бемор аҳволи ёмонлашиши (ичак фалажининг тузалмаслиги ва паралитик ичак тутилишига ўтиши, қорин бўшлиғида экссудат пайдо бўлиши, тахикардия, тахипноэ) жарроҳлик операциясини ўтказишга кўрсатма бўлади. Перитонитнинг 2-вариантида комплекс жадал терапия беморни оператив даволашга тайёрлаш учун ўтказилади. Парезга қарши кўпгина усуллар (перидурал анестезия, тозаловчи ҳўкна, сифонли ҳўкна, умбрицит, калий хлор, церукал, симагель 10 мл дан ҳар соатда 4 маҳал ичишга) ўтказилади. Перитонитнинг 3-вариантида тезкор оператив даво ўтказилади, бачадонни унинг найлари билан бирга экстирпацияси, перитонитнинг реактив фазасида қорин бўшлиғини тикилмаган қин орқали ва ён каналларнинг пастки қисмларидан дренажлаш, перитонитнинг интоксикация фазасида эса қорин бўшлиғининг

юкори соҳаларини дренажлаш ва корин бўшлиғини ювиш.

Операциянинг мақсади инфекция манбаини, яъни инфекцияланган бачадонни йўқотиш ва корин бўшлиғини дренажлашдир. Бачадон юзасидаги чоклар етишмовчилигида бачадонни олиб ташлаш айниқса зарур. Айни вақтда ичаклар барьер функцияси бузилганида корин бўшлиғини сифатли дренажлаш айниқса катта аҳамият касб этади.

Операция вақтида жарроҳ экссудатнинг табиатига кўра (сероз, фибриноз ёки йирингли) ва корин бўшлиғи зарарланишининг тарқалганлигига кўра (чекланган, диффуз ёки тўлиқ) перитонитнинг шаклини аниқлаши лозим. Кўпчилик ҳолларда кесарча кесиш операциясидан кейин 4-кунга келиб йирингли экссудат аниқланади ва корин парданинг зарарланиши кўпинча диффуз бўлади. Перитонит шаклини аниқлаш «корин бўшлиғи диализи»ни қўллаш муаммосини ҳал қилиш учун зарур. Бу муолажани ўтказиш учун кўрсатма бўлиб тотал перитонит ёки перитонитнинг оғир интоксикация билан кечувчи шакли ҳисобланади.

Кесарча кесиш операциясидан кейинги перитонитни маҳаллий даволаш (бачадонни олиб ташлаш, корин бўшлиғини, опқозонни, баъзи беморларда ичакни дренажлаш, илеостомия) билан бирга умумий терапияни ҳам ўтказиш лозим. Умумий терапиянинг мақсади патофизиологик бузилишлар компенсацияси ва инфекция ҳамда интоксикацияга қарши курашишдир.

Умумий терапияни белгиловчи ҳолатларни кўриб чиқа туриб, даволаш муолажаларининг бажарилиш кетма-кетлигига эътибор бермай бўлмайди. Кесар кесиш операциясидан кейинги перитонитда опқозон ичак трактида ҳеч қандай деструкциялар бўлмаганида, оператив даво шошилинч кўрсатмаларга кўра ўтказилади. Бироқ у деструктив аппендицит, опқозон ва ичаклар яраси билан чақирилган жарроҳлик перитонитидан фарқли ўлароқ, бир неча соат билан чегараланмайди. Шунга кўра, умумий терапия оператив даводан олдин ёки у билан бирга олиб борилиши лозим.

Комплекс интенсив терапия ўтказишнинг асоси бўлиб, йўналтирилган таъсирга эга бўлган қон ўрнини босувчи эритмаларни ва қоннинг коллоид-осмотик ҳолати кўрсаткичларининг ионотор назорати остида мувозатланган ион таркибга эга бўлган эритмаларни кенг қўллаган ҳолда бошқарилувчи гемодилюция методи билан амалга оширилувчи инфузион-трансфузион терапия ҳисобланади.

Катта миқдордаги суюқликни (4-5 л) организмга киритиш тезлаштирилган диурез (киритилган ҳар 1 л суюқликдан кейин 0,02 г фуросемид, спазмолитик воситалар билан бирга) фонида ўтказилади.

Бир қатор муолажалар микроциркуляциянинг бузилиши ва ДВС синдромини йўқотишга қаратилади. Бу мақсадда суткасига 500 ТБ/кг (тана массаси) дан гепарин, никотин кислотаси - 3мг/кг дан, эуфиллин 10 мг/кг дан, реополигломин 15 мл/кг дан, контрикал-100 ЕД/кг дан қўлланилади.

Паренхиматоз аъзолар функциясини ва тўқима метаболизмини яхшилаш мақсадида 1% ли глютамин кислотаси, ва кофермент препаратлари кокарбоксилаза, фолат кислотаси, сирепар қўлланилади. Перитонитда эндоген ва экзоген протеиназаларнинг эстераз фаоллигини тормозловчи протеазалар ингибиторларини қўллаш тавсия этилади. Протеазалар ингибиторлари - трасилол, контрикал, гордокс қонда антигенлик хоссасидан холи бўлган

тургун нофаол комплекслар ҳосил қилади ва протеолитик ферментларни каталитик фаолликдан маҳрум қилади. Уларнинг даволовчи таъсири кини-ногенезни тормозлаш йўли билан амалга оширилади.

Иммунотерапия гаммаглобулин, зардобли глобулин, антистафилокок плазма, вакцина, иммуноактив плазма, лейкоцитар масса қўллашни ўз ичи-га олади. Организм химоя кучларини яхшилаш мақсадида биоген стимуля-торлар (декарис, пентоксил, метилурацил) қўлланади.

Антибактериал терапияни бир вақтнинг ўзида 2-3 та препарат билан ўтказиш керак. Антибиотикларга микрофлора сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда 10 кундан кейин алмаштирилади. Антибиотиклар цефалоспорин-лар (фортум 2 г дан ҳар 8-12 соатда м/о га ёки т/и га, ципринол, цефамед, ифицеф, цефамизин, мегацеф 750 мг в/и 3 маҳал кунига 3-5 кун давомида), аминокликозидлар (меркацин, канамицин, гентамицин), фторхинолонлар (офло) киради. Анаэроб препаратлардан метрогил қўлланади.

Антибиотиклар билан бир вақтнинг ўзида нитрофуран катори препа-ратлари, замбуруғга қарши препаратлар (флузамед), колибактерин каби препаратлар буюрилади.

Анаэроб флора томонидан чақирилган перитонитда кучли антигипок-сик, антипаретик ва детоксикацион таъсир кўрсатувчи гипербарик кисло-родни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Диагноз қўйилгандан сўнг оператив даवони ҳаётий зарур бўлган аъзо-лар функциясини йўлга қўйиш мақсадида комплекс даво билан биргаликда олиб бориш лозим.

Умумий оғрикисилантириш (интубация, ИВЛ) остида операция қилина-ди (12 соат давомида консерватив даво эффекти бўлмаса). Қорин олдинги деворида пастки ўрта лапаротомия йўли қўлланилади ва қорин бўшлиғи-нинг санацияси ва дренажлаш бажарилади. Экссудат бактериал экмага ва антибиотикларга сезгирликка олинади. Ортиклар йирингли хосилалари бўлса, бачадон ортиклари билан олинади. Қорин бўшлиғини дренажлаш (перитонеал диализ), йўғон ичак интубацияси (ичак декомпрессияси бажар-илади).

Интенсив терапия кўп компонентлар билан олиб борилади. Диурез ва қон биокимёвий текширувлари остида олиб борилади (электролитлар, ок-сил, оксил фракциялари, мочевино, креатинин, глюкоза, билирубин ва бо-шқалар). Сув-электролитлар алмашинуви коррекцияси калий, кальций ва Рингер-Локк суюқликлари билан бажарилади. Шулар билан биргаликда волемик препаратлардан коллоид эритмалар рефортан ва стабизол в/и юбо-рилади.

Оксил моддалардан: альбумин, протеин, плазма, аминокислоталар ара-лашмалари (инфезол) қўлланилади.

Ҳаммаси бўлиб суткада 3 л суюқлик диуретиклар фонида ва ЦВД текши-руви остида олиб борилади.

Инфекцияга қарши антибиотиклар қўлланилади.

Қорин бўшлиғига меркацил, канамицин 1 г дан 2 маҳал суткада қўлла-нилади.

АБ терапия фонида гормонал терапия қўлланилади (преднизолон, дек-саметазон).

Ошқозон ва ичаклар мотор-эвакуатор функциясини яхшилаш мақсади-

да назогастрал зонд, перидурал блокада қўлланилади.

Фалажга: прозерин, 10% натрий хлорид 100,0 т/и томчилаб, церукал 2,0 м/о, калий хлорид 1% т/и, убретид 1,0 м/о, гипертоник клизма, Огнев клизма (30,0 глицерин, 3% пероксиди, 10% натрий хлорид) ёки сифон клизма).

Витаминотерапия: В, С, Е гурухлари.

Иммуномодуляторлар: Т-активин, иммуномодулин, тималин.

Десенсибилизация мақсадида: димедрол, пипольфен, супрастин, кальций хлор.

Юрак фоллятига: рибоксин, корглюкон, кокарбоксилаза.

Вақтидаги операция ва нозфектив терапия натижасида келиб чиқиши мумкин.

29.10. СЕПСИС. СЕПТИК ШОК

Септик шок – септик инфекциянинг оғир асорати.

Септик шок патогенези

Микроорганизмлар лизиси, эндотоксинлар чиқарилиши.

Биологик актив моддалар ажралиши (гистамин, серотонин, катехоламинлар).

Гемодинамиканинг ўткир бузилишлари (титраш, тана ҳароратининг тез кўтарилиши, тахикардия). ОПН, ЦНС, юрак ва ўлка функциясининг бузилиши.

ДВС қўшилиши (токсинлар эндотелийга таъсир қилади ва натижада тромбопластин ишлаб чиқарилади) даволаш + гемостаз бузилишларини.

Септик шок оғирлик кўрсаткичи Шок индекси (Альговер индекси):

$$\text{Шок индекси (Ш.И)} = \frac{\text{Пульс}}{\text{Систолик АҚБ}}$$

Ш.И=1,5 ва ундан юқори - ҳолати оғир (нормада ш.и.=0,5).

Лекин, вақтида операция ва адекват даво олиб борилганда ҳам бўлиши мумкин.

IV босқич сепсис – умумий инфекцион касаллик бўлиб, организмнинг химоя реакциялари сустлашганда ва умумий қон айланишига микроорганизмлар тушиши билан боғлиқ ҳолат ҳисобланади.

Этиологик агентни аниқлаш мақсадида камида иккита жойдан қон олиш керак, биринчи ҳолатда тери орқали пункция йўли билан, иккинчи ҳолатда томир ичи катетеридан фойдаланилади (агар у 48 соат олдин ўрнатилган бўлса). Қолган материалларни йиғишда сийдик, ликвор, жароҳат ажралмаларини терапия ўтказилишидан олдин олиш ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш лозим.

Бутунги кунда амалиётда 20,0 мл қон олиниб тенг баробарида иккита ажратилиб азроб ва аназроб флора аниқланади. Сепсиснинг диагностик мезонларига лаборатор кўрсаткичларнинг ўзгаришлари ҳам қиради. Инфекция ўчоғи борлигига шубҳа бўлганда, қуйидаги тестларни ўтказиш тавсия қилинади: умумий қон анализи, стандарт биокимёвий текшириш, бикарбонатлар миқдорини аниқлаш, креатинин, жигар ферментларини аниқлаш, лактат ва коагуляция параметрларини аниқлаш. Бактериал инфекция тушганида - лейкоцитоз, лейкоцитар формулада нейтрофил силжишлар пайдо бўлади, аммо бу кўрсаткичлар спецификлиги ва сезгирлиги паст бўлгани учун бактериал инфекция борлигини тўлиқ тасдиқлай олмайди ва специфик тестлар каторига қирмайди.

Бошланғич таҳлиллардан:

- умумий қон анализи (гемоглобин, гематокрит).
- қоннинг биокимёвий анализи (электролитлар, мочевино, креатинин, бикарбонат, глюкоза).
- глюкозада лактат миқдорини аниқлаш.
- коагулограмма (ПТИ, фибриноген).
- АВО система бўйича қон гуруҳи ва резус- омилларни аниқлаш.
- сийдик умумий анализи.
- сийдикни экиш.
- жигар функцияси тестлари(билирубин, ишқорий фосфатаза).
- липаза

Тақрорланувчи таҳлиллардан:

- плазмадаги лактатни ҳар 4 соат ичида текшириш.

Оғир даражадаги сепсис/септик шок шубҳа туғдирганда ва ДВС ни аниқлашда қуйидаги тестлар ўтказилади: тромбоцитлар миқдорини аниқлаш, протромбин ва тромбопластин активланиш вақтини аниқлаш, Д-димер, фибриннинг дегидратация маҳсулотлари, фибринни аниқлаш ўтказилади.

Қоннинг стандарт биокимёвий текшириш тестларини ўтказиб лактат –ацидозни аниқлаш мумкин.Шуни таъкидлаш керакки, гиперлактатемия ҳамма вақт ҳам бикарбонатнинг миқдори камайиши ёки анион оралитининг ошиши билан биргаликда бормаиди, лекин оғир сепсисда бу тестларни ўтказиш шарт.

Сепсис белгилари

Юқоридаги +

Титраш ва терлаш.

Гектик ҳарорат.

Оғир умумий ҳолати.

Нафас қисиши.

Анорексия.

Тахикардия паст ҳароратда.

Юрак тонларининг сустлашиши.

Жигар ва талокнинг катталашиши.

Эритроцитопения.

Камқонлик.

Лейкоцитоз ёки лейкопения.

Токсик буйрак етишмовчилиги.

СЕПТИЦЕМИЯ – сепсис метастазларсиз.

СЕПТИКОПИЕМИЯ – сепсис метастазлар билан. Метастазлар ўпкада, жигарда, буйракда, эндокардитлар.

Умумий аҳволи тез оғирлашади.

Гиппократ юзи кузатилади.

Аёллар ўлими сабабларида йирингли-септик касалликлар

3 ўринни эгаллайди

Бу вақтида керакли ёрдам кўрсатиш лозимлигини яна бир марта эслатади.

Антибактериал терапия:

«Сепсис» диагнози қўйилгандан кейин 1 соат ичида патологик матери-

ални йиғиш ва томир ичига антибиотик юборишни бошлаш керак.

Бошланган эмпирик микробга қарши кураш бир ёки бир нечта препаратлардан ташкил топган бўлиб, патогенга (бактерия, замбуруғ) активлиги сақланган бўлиши ва инфекция ўчоғига кириб бориши керак.

Антибактериал терапия ҳар 48-72 соат ичида микробиологик текширув ва клиник белгиларига қараб баҳолашиб турилади. Асосий патоген микроб аниқлангандан кейин монотерапияга қараганда комбинацияланган терапия ўтказиш яхшироқ деган хулосага келиш керак эмас.

Агар ривожланаётган клиник симптоматика инфекцион табиатга эга бўлмаса, дарҳол антибиотикларни тўхтатиш даркор, чунки микроорганизм резистентлиги ошиши кузатилади ва бошқа патоген микроорганизмлар сабабли суперинфекция ривожланади.

Клиник қўлланма репродуктив ёшдаги ҳомиладор аёллар ва туғруқдан кейинги даврдаги сепсис ва септик шок билан оғриган беморларни олиб боришда қўлланилади.

Бу борада шифокор тактикаси перитонит шакли, унинг ҳолати, оғирлиги ва гемодинамика, сув-электролит, оксил алмашинувида ўзгаришлар бошланишига, микроциркуляция, тўқима метаболизмидаги ўзгаришларга боғлиқ.

Тарқалган перитонитни тўғри даволаш қўшимча жароҳатлар ва ногиронликдан (бачадон экстирпацияси), шунингдек ўлим хавфидан сақланишга имкон беради.

Масалалар.

20 ёшли биринчи марта туғувчи аёл сийрак тўлғоқлар билан келган. Унда 12 соат олдин ҳомила суви оққан. Туғруқхонада туғиш фаолиятини кучайтириш мақсадида окситоцин вена ичига юборилди. 8 соатдан сўнг бачадон бўйни тўлиқ очилди, лекин ҳомила йириклиги туфайли (4,5 кг) унинг пешона билан тақалганлиги аниқланди. 1 соатдан сўнг К/К операцияси ўтказилди. 2-куни перитонит бошланган. Бачадонни бачадон найлари билан экстирпация қилиш учун релапаротомия ўтказилди. Бу ҳолат кўриб чиқилганда ҳомиладорда оғир анемия (Hb 70 г/л), сурункали пиелонефрит бўлганлиги аниқланган, бироқ у касалланган ва даволанмаган. Ҳомиладорда ҳомила олди суви оқиб кетган. Туғруқчага тайёргарликка шифохонага ётқизилмаган. Кесарча кесиш операцияси 21:00 да сувсиз даврида хорионамнионит ва даволанмаган ЭГП фонида ўтказилди. Операцияга қарши кўрсатмалари бўлган ёш аёл ногирон ва кейинчалик оналик бахтидан маҳрум бўлиб қолди.

40 ёшли кўп туққан аёл ҳомиладорлиқнинг 40-ҳафтасида жинсий йўллардан қон кетиши билан келган, 7-туғиши. Ҳомиладорлик анемияси, сурункали пиелонефрит ва ХГХ нинг оғир даражаси фонида кечган диагноз НЖЙБК шошилиш кўрсатмаларга кўра унда кесарча кесиш операцияси ўтказилди. Операциядан сўнгги даврда бачадон субинволюцияси билан асоратланган.

6-суткада бачадон кириб тозаланганда бачадон ёмон қискарган. Операциядан сўнгги даврда интенсив терапия фонида секин кечувчи эндометрит ривожланган. 9-суткада ичак парези, суюқ ич келиши кузатилган. УТТ да бачадон чокларида инфильтрация, жароҳат чап бурчагида сояланиш, Дуглас оралиғида эркин суюқлик аниқланди. Д/З бачадон чокларининг ажралиши. Перитонит релапаротомия ва бачадон ампутацияси ўтказилди, корин

бўшлиғи дренажланди. Операциядан сўнг бемор ҳолати оғир, фалаж баргараф бўлмаган. Интоксикация иситмаси пасаймаган. 12-суткада бачадон бўйни экстирпацияси қовузлоқлари, абсцесслари олиб ташланган. Ингичка ичак қовузлоқлари ажратилган, илеостомия бажарилган.

Бемор туғруқдан кейин 16-суткада вафот этди. Уйида унинг 6 фарзанди онасиз қолди. Бу каби летал оқибатнинг олдини олиш мумкинмиди? Ҳа. Бу ҳолатда кесарча кесиш операцияси ва бачадон ампутацияси ўтказилиши лозим эди.

Шунингдек, акушерлик перитонити бу кесарча кесишдан кейинги ва камдан-кам ҳолларда абортдан кейинги (бачадон перфорацияси бўлган ҳолатларда) ўта хавфли асорат бўлиб, унинг кеч аниқланиши ёки тўлақонли даволанмаслиги летал оқибатга олиб келади. Инфекциянинг вирулентлиги, полимикроб кўриниш бўлиши, бактерияларнинг кўпчилик антибиотикларга нисбатан турғунлиги ва организмнинг ҳимоя кучларининг пасайиши мазкур патологиянинг кечишини оғирлаштиради. Симптоматиканинг ноаниқлиги, секин кечиши, ёки интенсив терапия фонида тўлқинсимон кечиши диагностика ва оператив муолажанинг кечикишига ва оқибатда оналар ўлимига олиб келиши мумкин.

Асосий профилактик чоралар бўлиб, репродуктив ёшдаги аёлларни соғломлаштириш, ҳомиладорлик даврида ва бошқа вақтда инфекция ўчоқларини санация қилиш, кесарча кесиш операциясини ўтказишга бўлган қарши кўрсатмаларга қатъий риоя қилиш, туғруқхона операцион блокида санэпид тадбирлани оғишмай амал қилиш, реанимацион ва реабилитацион бўлимларда кесарча кесиш операциясини бопидан кечирган аёлларни айниқса катта эътибор билан даволаш ҳисобланади.

Ўргатувчи тестлар.

1. Тарқалган перитонитга хос 7 та характерли белгиларни айтинг:
Ичак фалажи.

Тилнинг қуриши.

Ҳароратнинг ошиши.

Лейкоцитоз.

Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

Қайт қилиш.

Ҳидли суюқ ва кам миқдордаги ахлат.

2. Перитонитда қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенологик текшириш:

Чок соҳасидаги шиш.

Ичак деворларининг қалинлашиши.

Динамик ичаклар тутилишида суюқликнинг ўз миқдорида бўлиши.

3. Кесарча кесиш операцияси ўтказилган инфекцияланган қорин бўшлиғининг 3 та механизмини кўрсатинг:

Узоқ сувсизлик даврида эндометритда хориоамнионит операцияси вақтида қорин бўшлиғининг инфекцияланиши.

Ичак деворларининг токсинлар, бактериялар таъсиридаги фалажи.

Инфекцияланган қоринда бачадон чокларининг носозлиги.

4. Перитонитда қон таҳлилидиги ўзгаришлар:

Лейкоцитоз ўсиши (ошиши).

Лейкоцитар формуланинг сурилиши.

5. Акушерлик перитонитининг хирургик перитонитдан фарқи.

Ичак фалажининг тўлқинсимон кечиши.

Инттоксикация белгиларининг эрта пайдо бўлиши (2-3кун).

Биринчи кун қорин деворларининг таъсирчанлик белгилари йўқлиги.

5– 6 кун бу белгиларнинг намоён бўлиши.

6. Перитонитда кесарча кесиш операциясидан сўнг беморларни бошқариш нимадан иборат?

Перитонит турларига кўра.

Оғир-енгил кечишига кўра.

Консерватив давонинг самарадорлигига кўра.

7. Перитонитда оператив давога кўрсатма

Консерватив давонинг самарасизлиги.

Доимий ичак фалажи.

Ичакнинг паралитик ўтказувчанлиги.

Қорин бўшлиғидаги экссудат.

Инттоксикация белгиларининг бирдан опиши.

8. Перитонитда оператив даво:

Бачадон экстирпацияси бачадон найлари билан.

Қорин бўшлиғи ва пастки қисмидаги ён чўнтақларини дренажлаш.

Тарқалган перитонитда қориннинг юқори қисмини дренажлаш.

Ошқозон - ичак йўлининг декомпрессияси.

9. Перитонитда жадал комплекс терапия.

Инфузион-трансфузион терапия.

Микроциркуляция мувозанатининг бузилиши.

ДВС - синдромнинг олдини олиш.

Антибактериал терапия ўтказиш, 2-3 та антибиотиклар билан флора сезгирлиги аниқланган ҳолда .

Иммунотерапия.

Умумий қувватни оширувчи даво.

10. Перитонит профилактикаси.

Кесарча кесишга маълум кўрсатмалар ва қарама - қарши кўрсатмалар.

Кесарча кесиш операцияси усулининг замонавийлиги.

Тўғруқни рационал бошқариш.

Генитал ва экстрагенитал инфекция ўчоқларини даволаш.

Аёлларни соғломлаштириш.

Саволлар:

1. Акушерлик перитонитининг асосий сабаблари?

2. Перитонит кечишининг вариантлари.

3. Даволаш тактикаси.

4. Амбулатория шароитида перитонитнинг профилактикаси.

ЎҚУВ ТУҒРУҚ ТАРИХИНИ ЁЗИШ

ЎҚИТУВЧИ-----

ТАЛАБА-----

КУРС, ГУРУҲ-----

ФАКУЛЬТЕТ-----

БАҲО-----

I. ПАСПОРТ ҚИСМИ

1. Туғруқхонанинг номи _____
2. Қабул қилинган сана (сана, ой, йил, вақт) _____
3. Ҳомиладорнинг Ф.И.О _____
4. Ёши _____ 5. Оилавий шароити _____
6. Манзили _____
7. Иш жойи _____ 8. Лавозими _____
8. Оилавий поликлиника назорати: _____
9. Ҳомиладорлик _____ Туғруқ _____
10. Санитария кузатувини ўтказиш услуги _____
11. Қабул қилингандаги шикоятлар: _____

КЕЛГАНДА ДИАГНОЗИ:

А) Асосий _____

Б) Ёндош _____

В) Асоратлар _____

II. АНАМНЕЗИ УМУМИЙ АНАМНЕЗИ

1. Уй-жой шароити _____
2. Болаликда ўтказилган касалликлари _____
3. Оила ва қариндошлар орасида-касалликлар (сил, тери-таносил, эндокрин ва семизлик касалликлари) _____
4. Касбга оид ва ҳомиладорнинг зарарли одати _____
5. Эрининг зарарли одати _____

6. Бўйи _____ Вазни _____ Қон гуруҳи _____

7. Rh омили _____ Вассерман реакцияси _____

АКУШЕРЛИК АНАМНЕЗИ

Ҳайз функцияси:

- а) Менархе _____ б) Аниқланди тез ва кеч (чизилсин)
в) Неча кундан _____ г) неча кундан кейин _____
д) Оғриқли, оғриқсиз (чизилсин) е) Меъёрида, кам, кўп (чизилсин)
ж) Турмушга чиққандан кейин, аборт ва туғруқдан кейин ўзгарганми
(ҳа, йўқ)

з) Охирги ҳайз санаси _____

2. Жинсий алоқа:

а) Қачондан бошланган _____ ёшидан б) Нечинчи турмуши _____

3. Ҳомиладорлик фаолияти:

а) Ҳамма бўлган ҳомиладорликлар сони _____ Улардан туғилганлари _____
Ўз-ўзидан тушганлари _____ Сунъий аборт бўлгани _____

б) Олдинги ҳомиладорлик, туғруқ ва абортларнинг кечиши _____

в) Туғруқдан кейинги ва абортдан кейинги даврларнинг кечиши _____

г) Олдинги фарзандларнинг вазни (ҳар йилдагисини кетма-кет кўрсатинг) _____

е) Анамнезидаги перинатал ўлим (антенатал, интранатал, постнатал) ва уларнинг сабаблари _____

4. Ҳозирги ҳомиладорликнинг кечиши (токсикоз, унинг оғирлиги, инфекция-он касалликлар, бола тушиш ҳавфи, унинг олдини олиш ва ҳомиладорнинг овқатланиши) _____

1-ярмида _____

2-ярмида _____

III. ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ

Туғувчининг умумий аҳволи _____

Вазни _____ Бўйи _____ Ҳарорати _____

Гавда тузилиши _____ Конституцияси _____

Сут безлари _____

Тери қоплами (рангги, пигментацияси, тошмалар, қичиш асоратлари ва ҳ.к.) _____

Шиллиқ қаватлари ва (рангги) _____

Шишлар (тарқалиши, яққоллик даражаси) _____

Қон айланиши: пульс (тезлиги, ритми, тўлаллиги) _____

Қон босими: ўнг қўлида _____ мм сим.уст. чап қўлида _____ мм сим.уст.

Юрак чегаралари:
Нафас олиш аъзолари : перкутор маълумот _____
Аускультатив маълумот _____
Ошқозон ичак - тизими: тишлари _____
Тил (тоза, қараш билан қопланган, намлиги) _____
Бўғизнинг ҳолати _____
Бодомсимон безлари _____
Қорни (шакли, пайпаслашдаги маълумот) _____

Жигар Талок _____
Рухий — асаби _____
(хушида кайфияти, фикрлашнинг бузилиши, фикрларнинг қабул қилиниши)
Суяк системаси: (оёқ, қўл, умуртқадаги ўзгаришлар) _____

КЕЛГАН ВАҚТИДАГИ АКУШЕРЛИК ТЕКШИРИШИ

Чанок ўлчамлари: _____
Михаэлис ромби (формаси, ўлчамлари) _____
Қорин айланси _ см Бачадон тубининг баландлиги _____ см
Билақ айланаси (Соловьев индекси) _____
Ҳомиланинг жойлашаши _____

Кичик чанокқа кириш қисмида (боши, чаноғи қасерда?) _____

Ҳомиланинг позицияси _____ ҳомиланинг кўриниши _____
Ҳомиланинг ўлчамлари: бўйи _____ Бош-пешона-энса ўлчамлари _____
Ҳомиланинг юрак уриши (жойлашиши, сони, аниқлиги, ритмиклиги) _____

Ҳомиланинг тахминий вазни _____

ҚИННИ ТЕКШИРИШДАГИ МАЪЛУМОТЛАР

Ташқи жинсий аъзолар ва қиннинг тузилиши _____
Бачадон бўйни (марказлашган, орқада, олдинга букилган) _____
Узунлиги _____ см гача консистенцияси _____
бўғизни текшириш _____
Қоғанок пуфаги (бутун, аниқланди, қониқарли ҳолатда, ясси, қоғанокнинг олдинги суя микдори) _____

Олдинда келаётган қисми (ҳомиланинг боши, чаноғи, йўқ) _____

Ўқ - ёйсимон чокнинг жойлашиши _____
Кичик лиқилдоқ Катта лиқилдоқ _____
Туғруқ ўсмаси (бор, йўқ) _____
Бош суяги конфигурацияси (аниқ, йўқ) _____
Промонториумга (бармоқ етадими, йўқми) _____
Чанок суяклари деформациясиз, деформация билан _____

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВДАГИ МАЪЛУМОТ

Қон таҳлили: эритроцитлар _____ лейкоцитлар _____

СОЭ _____ мм/с. Коагулограмма: _____

Биокимёвий қон таҳлили: _____

Қон гуруҳи _____ Резус омиллик _____

Сийдик анализи: (рангги, миқдори, оксил, лейкоцитлар, эпителий, Нечипоренко
усули, Зимницкий синамаси) _____

Қиндаги ажралма таҳлили: _____

“TORCH” инфекция: _____

АППАРАТ ТЕКШИРУВДАГИ МАЪЛУМОТЛАР

УТТ _____

ЭКГ _____

Терапевт (нефролог, кардиолог ва б.) кўриги: _____

КЛИНИК ДИАГНОЗНИ АСОСЛАШ

Клиник диагноз: _____

Ҳомиладорликнинг вақтини ва туғруқни аниқлаб бериш: (ҳамма маълумотлар
билан) _____

Туғруқ асоратлари кечишидаги хавфлар: _____

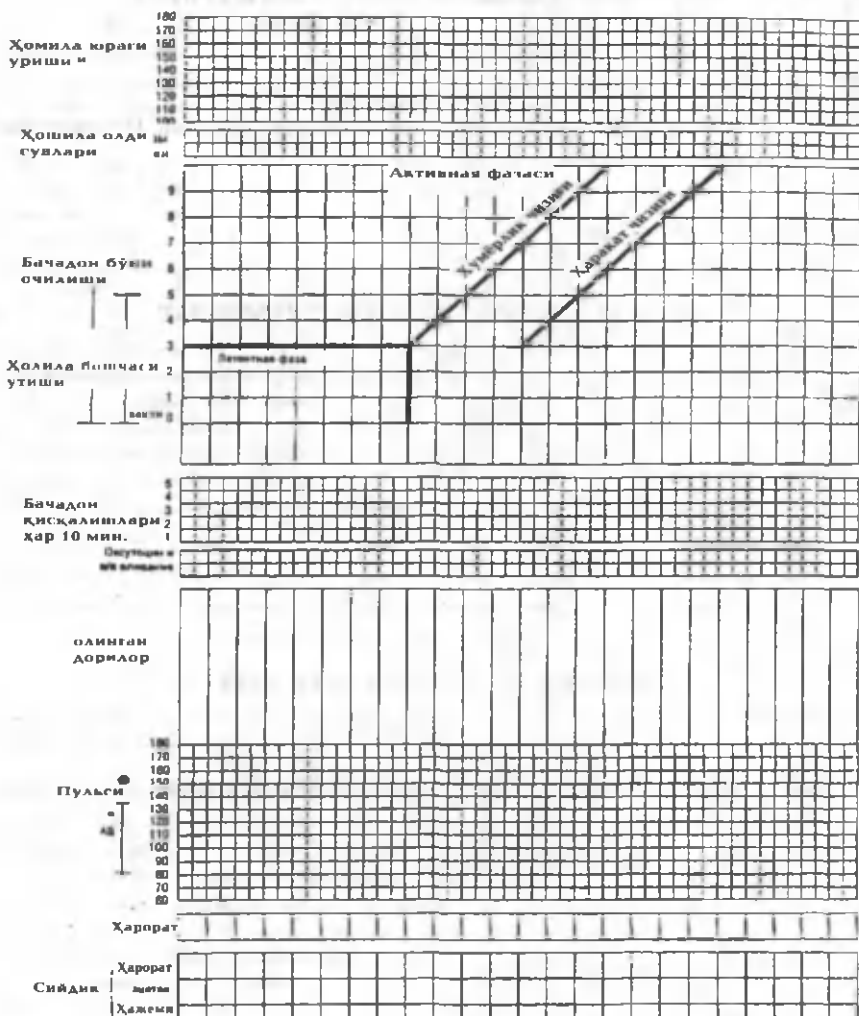
Туғруқни бошқариш режаси: _____

Оралиқни ҳимоялашни таърифлаш: _____

Жарроҳлик муолажаларини изоҳлаш (агар қўлланилган бўлса): _____

ПАРТОГРАММА

Ф.И.Ш. _____ Ҳомиладорлик _____ Туғруқ _____
 Руйҳатта олинган № _____ Қабул қилинган санаси _____



Қабул қилинган вақти _____ Сувлар кетган вақти _____

ТУҒРУҚ III ДАВРИНИНГ КЕЧИШИ

Йўлдошнинг кўчиш белгилари _____

Қон кетишнинг олдини олиш чоралари _____

Йўлдошни сиқиб чиқариш усуллари _____

Йўлдошни тавсифлаш (ўлчами, йўлдош бутунлиги ва пардаларининг бутунлиги, оғирлиги, киндикнинг бириккандлиги) _____

Туғруқ йўллари текшириш (оралик, бачадон бўйни, кин) _____

Жарроҳликда қўлланиладиган услубларни таърифлаш, чок қўйиш, оғриқсизлан-тириш

ЧАҚАЛОҚЛИК ДАВРИ

Етилган ҳомила _____ чала ҳомила _____ жинси _____, тирик

(ўлик), тутилгандаги вазни _____

Тутилгандаги бўйи _____ см

Апгар шкаласида баҳолаш:

вақт	Ҳомилянинг ишрак уриши	Нафас олиши	Тери рағи	Мунчақлар топуси	Рефлекслар
1 мин					
5 мин					

Дарҳол йиғлади (жонлантирилгандан сўнг) _____

Асфиксия даражаси (жонлантириш усуллари ва б.) _____

Янги тутилган чақалоқни биринчи марта артиб-тозалашни таърифлаш _____

Киндик қолдири неча кунда тушиб кетди _____

Эмизишга неча соатдан кейин берилди _____

Туғруқдаги жароҳат, касалликлар _____

Туғруқ давомийлиги: I давр _____ II давр _____ III давр _____

Туғруқни оғриқсизлантириш усуллари, самарадорлиги, давомийлиги _____

янги туққан аёлнинг биринчи 2 соат ичидаги аҳоли (умумий аҳоли, ҳарорати, пульси, қон босими, бачадон туби баландлиги, қиндаги ажралманинг характери, туғруқдан кейинги палатага ўтказилган вақти)

IV. Туғруқдан кейинги даврнинг кечиши

Сана	Туққан аёл текширувидаги мизолумотлар	Тавсия

V. Диагноз (ташхис) ва унинг таҳлили (якуний диагноз) _____

VI. Даволаш ва унинг таҳлили _____

VII. ЭПИКРИЗ

Имзо _____

Фамилияси, исми _____

УДК: 618.2(075)

57.16

Ж-13

Джаббарова. Ю. Қ

Акушерлик: тиббиёт олий укув юртлари учун дарслик/Ю. Қ. Джаббарова, Ф.М Аюпова; Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги. - Тошкент : Мехридаръё. 2012. - 416 б.

КБК 57. 16

ISBN: 978-9943-351-29-5

Ю. Қ. Джаббарова, Ф.М Аюпова

АКУШЕРЛИК

Дарслик

Иккинчи нашр

Муҳаррир: Акмаль Камолов.

Компьютерда саҳдловчи: Михаил Беловицкий

Мехридаръё МЧЖ.

Нашр. лиц. АИ №180 8.12.2010. Шартнома №14 9.10.2012

100128 Тошкент ш. Авиация тор куч. 13 уй.

Босишга руҳсат этилди 7.12.2012. Бичими 60х90 1/16

Нашр табағи 26.0. Шартли босма табағи 26.0.

Рангли расми 0.75, Адади 520 нусха.

Баҳоси келишилган нарҳида.

Groteks КК босмаҳонасида чоп этилди.

Буюртма №579. 07.12.2012.

100129. Тошкент ш. Навои кўчаси, 30 уй.

ISBN: 978-9943-351-29-5

© Мехридаръё МЧЖ.

© Ю. Қ. Джаббарова, Ф.М Аюпова.