

Yu.Q. DJABBAROVA, F.M. AYUPOVA

AKUSHERLIK

Uchinchi nashr

Darslik



"MEHRIDARYO" MCHJ
Toshkent-2013

54.16 - Anyuereen

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
DAVOLASH VA TIBBIY- PROFILAKTIKA FAKULTETLARI
AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA KAFEDRASI**

Tuzuvchilar:

Djabbarova Yulduz Qosimovna - tibbiyot fanlari doktori, professor

Ayupova Farida Mirzayevna - kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Darslik tibbiyot oliy oquv yurtlarida akusherlik fanini o'rganayotgan talabalar uchun mo'ljallangan.

Mazkur darslikda ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi, homilaning rivojlanishi, ayollarda homiladorlik paytida kuzatiladigan fiziologik o'zgarishlar, patologiya holatlarining etiologiyasi, patogenezi, tashxisi, ularning oldini olish, davolash tamoyili, amaliy mahoratlarni qadamma-qadam bajara olishi ko'rsatilgan. Shuningdek, ushbu darslikdan UASH mutaxassislari va UASH malakasini oshirish kurslaridagi tinglovchilar ham foydalanishlari mumkin.

Taqrizchilar:

1. D.Q. Najmutdinova - TTA UASH akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor

2. J.J. Qurbonov - ToshPTI akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor

O'zR Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tibbiyot oliy o'quv yurtlarining talabalari uchun darslik sifatida ruxsat etgan 2008y. _____

bayonnoma

Rais t.f.d., professor _____

TTA Ilmiy Kengashi 2008y.28 - yanvardagi

yig'ilishida tasdiqlangan bayonnoma

Ilmiy kotib t.f.d., professor G.S.Rahimboyeva

HO 41431
291

SO'Z ROSHI

Akusherlik fani – ayollarda homiladorlik, tug'ruq va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik hodisalarni o'rgatadi. Bundan tashqari, chaqaloqlarni to'g'ri parvarish qilish usullarini o'rganish hamda homiladorlarga va tug'uvchi ayollarga tibbiy yordamni tashkillashtirish ham akusherlikning muhim masalalaridan biri hisoblanadi.

Homiladorlik, tug'ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug'ilgan chaqaloq organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Akusherlik yordamining mohiyati asosan ayollar tug'ayotganda ro'y beradigan fiziologik jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berishdir.

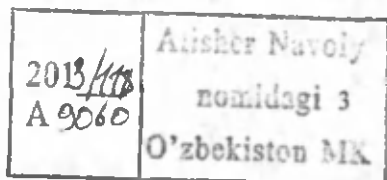
Darslik tibbiyot oliy oquv yurtlarida akusherlik fanini o'rganayotgan umumiy amaliyot shifokori uchun mo'ljallangan. Ushbu darslik birinchi marta o'zbek tilida yozilib nashr etildi. Darslik oliy tibbiyot bilimgothlarida akusherlik fanini o'qitish dasturiga muvofiq tuzildi. Mualliflar darslikni yozishda talabalarga akusherlik fanidan mumkin qadar to'laroq ma'lumot berishga harakat qildilar. Shu maqsadda jadvallar, amaliy ko'nikmalar, masalalar, o'rgatuvchi testlar berilgan.

Darslikda asosan qisqacha akusherlik tarixi, ayollar jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari, tug'ruq jarayoni, homiladorlik va tug'ruqning patologik kechishi, homiladorlarda gipertenziv holatlar va homiladagi patologik va fiziologik holatlar, asosiy akusherlik operatsiyalari, davolash-profilaktika omillari va rasmiy yo'riqnomalar va boshqa zarur hujjatlar bayon etilgan.

Darslik UASH uchun o'zbek tilida birinchi marta chiqarilayotgani uchun kamchiliklardan xoli bo'lmasligi mumkin. Darslik haqidagi taklif-mulohazalarni mualliflar minnatdorchilik bilan qabul qiladilar.

Manzilimiz:

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi (Farobiy 2-uy) davolash va tibbiy-profilaktika fakultetlarining akusherlik va ginekologiya kafedrası (Beshqayragoch ko'chasi 9- sonli akusherlik kompleksi) telefon 871 2478375, +998946996402



AKUSHERLIK FANI TARIXI

Maqsad.

Akusherlik fani tushunchasini va tarixini, fanning boshqa fanlar bilan bog'liqligini bilish.

Reja.

1. Akusherlik fani tushunchasi.
2. Akusherlik fanining boshqa fanlar bilan bog'liqligi.
3. Akusherlik fani tarixi.
4. Zamonaviy akusherlikdagi o'zgarishlar.

Akusherlik fani homiladorlik, tug'ruq, chilla davri haqidagi fan. Akusherlik fani fransuzchada "tug'ruq" degan ma'noni anglatadi.

Bu tibbiyotda ayollar organizmidagi homiladorlik va tug'ruqdagi fiziologik, patologik o'zgarishlarni hamda har xil kasalliklarning oldini olish, davolash, shuningdek homila va chaqaloqni himoya qilish muammolarini o'rgatuvchi fandır.

Akusherlik fani – ginekologiya fanining bir qismi bo'lib, bu fan quyidagi qismlar: homiladorlik, tug'ruq hamda chilla davrining fiziologik va patologik o'zgarishlari, akusherlikdagi operatsiya turlarini o'z ichiga oladi.

Akusherlik fani anesteziologiya, xirurgiya, terapiya, umumiy gigiyena va sanitariya, ovqatlanish gigiyenası, mikrobiologiya, virusologiya, sud tibbiyoti, teri kasalliklari bilan chambarchas bog'liqdir. Akusherlik fanida yordamchi tekshirish usullari: biokimyoviy, immunologik, elektrofiziologik, gormonal, ultratovush, sitologik va statistik usullaridan muntazam foydalaniladi.

Qadimda ayollar hech qanday yordamsiz tuqqanlar. Ko'pincha ularga oiladagi katta yoshdagi ayollar yordamlashgan. Doya ayollar-keksa kampirlar bo'lib, ular tug'ruq jarayonida o'z hayotiy malakalari bilan tug'uvchiga ko'maklashganlar. Keyinchalik fan taraqqiyoti tufayli tug'ruqqa yordam sohalari vujudga kelgan.

Akusherlik fanining bir qancha kurtaklari shakllana boshladi. Gretsiyada qadimdan tibbiyotning otasi Gippokrat bo'lsa, uning onasi taniqli doya-Fanareta bo'lgan. Gippokratning ilmiy tadqiqotlari «Gippokrat to'plamı»da ayollar jinsiga oid ma'lumotlar bor. Ular: «Tabiat va ayol», «Ayollar kasalliklari», «Bepushtlik» kabi bo'limlardan iborat. Bu qarashlar ilgari nihoyatda oddiy bo'lgan. Birinchi yuz yillikda Selsning ilmiy ishlari qadimgi Rimda juda mashhur bo'lgan.

G'arbiy Yevropada akusherlik taraqqiyot darajasiga ko'tarilmagan, chunki bu davrda tabiiy fanlarga ko'p ahamiyat berilmagan.

Ayollarning sog'ligi yuzasidan O'rta Osiyodagi olimlaridan Abu Bakr Muhammad ibn Zakariy ar-Roziy (Razes), Abu Ali al-Husayn ibn Abdulloh ibn Sino (Avisenna) va boshqa olimlar tomonidan yozib qoldirilgan qo'lyozmalar ko'p yillar davomida sharq va g'arb shifokorlari uchun dasturil amal sifatida xizmat qilgan.

X-XI asrlarda O'rta Osiyoda Ibn Sino ilmiy ishlari tibbiyotda tub burilish yasadi. Uning «Tib qonunlari» ensiklopedik asarida akusherlik va ayollar kasalligiga oid bo'limlar bor.

XIII asrdagi Salern universitetida ayollar anatomiyasi ular murchasida o'rganiladi. Anatomiya bilan shug'ullanuvchi Vezaliy, Fallopiy, Yevstaxiy xattiharakatlari bilan tibbiyot morfologiyasiga asos solindi. Natijada akusherlikning yangi bosqichi vujudga keldi. Ambruaz Pare ayollarga akusherlik yordami ko'rsatishni ta'minlash uchun malakali shifokorlar tayyorlashga, bepul akusherlik xizmati borasida jonbozlik ko'rsatdi.

Ayollarga nafaqat akusherlik yordami, aholiga umuman tibbiy yordam ham past darajada ko'rsatilar edi. Ayollarga xavfli yo'llar bilan yordam ko'rsatilib tug'dirilar edi. Masalan: tug'ayotgan ayol beliga oyoq tirab turib qornini siqishar edi, ko'rpaga o'rab unda yumalatilar yoki majburan balandlikdan sakratishar yoki ayol tug'ayotgan uydagi hamma tugunlarni echishgan, ba'zan qora xo'roz so'yib qoni bilan emlashgan.

1890 yilda Toshkentda 100000 aholiga tibbiy ma'lumotga ega ikkita rus doyasi bo'lgan. Ayollar va bolalar o'limi yuqori bo'lgan, sanitariya holati nochor bo'lgani uchun tug'ishlar soni ko'p bo'lsa-da ayollar va bolalar o'limi hollari ko'p uchrar edi. Ayollar tug'ayotganda eski-tuski narsalar to'shalar yoki sepilar edi, tug'ishdan so'ng ariq suvida cho'miltirishar edi.

To'rt o'rinli dastlabki tug'ruqxona 1908 yilda ochilgan, u Toshkentdagi xayriya mahlag'iga qurilgan. Bu kambag'al ayollar uchun birinchi sovg'a bo'lgan. O'ttiz yil davomida bu yerda faqatgina 3210 tug'ruq bo'lgan. Hozir esa birgina tug'ruqxonada o'rta hisobda 330 tug'ruq ro'yxatga olinadi.

Birinchi akusher-shifokorlar Bredov, Nashenko, Prokofyeva, Grindius, Maslovskaya, Mandelshtamm, Asfendiyarova bo'lishgan. Ayol shifokorlarning xizmati juda katta bo'lgan. Ular o'z jo'shqin faoliyati bilan musulmon ayollarini tibbiyot sohasiga jalb qilganlar. Bu shifokorlar o'lkada ilmiy tibbiyotga birinchi bo'lib asos soldilar.

Ma'lumotlarga qaraganda Turkiston o'lkasida 69 ta tug'adigan o'rin va 63 doya bo'lgan, ya'ni tug'ishda tibbiyot xizmati juda past saviyada bo'lgan. Asosiy aholi bu yordamdan butunlay mahrum edi. Shifokorlarni tayyorlash uchun 1918 yili Toshkentda tibbiyot maktabi qurilgan. Bu maktab kelajakda Toshkent Davlat Tibbiyot Institutiga asos soldi.

1923 yili ko'p xotinlik, yosh qizlarni turmushga berish kabilarni man etish haqida farmon chiqarildi. 1927 yilda Toshkentda bu sohada ilmiy tekshirish instituti ochildi. Onalik va bolalikni muhofaza qilishda bu katta voqea bo'lgan.

1936 yilda ko'p bolalik onalarga davlat yordamini berish to'g'risida qaror chiqdi. Akusherlikdagi ilmiy ishlar 1941 yilda boshlanib, bu alohida fakultet ochilishiiga turtki bo'ldi. Bu 1921 yilda Turkiston Davlat Universiteti tibbiyot fakultetining ochilishi bilan bog'liq. Akusherlik kafedrasining birinchi rahbarlaridan biri dots. Xruchev, dots. A.M.Novikov, prof. A.M. Tavildarov edilar.

1931 yilda tibbiyot fakulteti mustaqil tibbiyot institutiga aylanadi. Akusherlik kafedrasiga R.A.Chertok rahbarlik qiladi. 1936 yildan S.T. Xaskin, 1940 yildan esa A.A. Kogan kafedraga boshchilik qilgan.

1934 yilda Samarqandda prof. A.V.Polyakov akusherlik kafedrasini ochadi. 1940 yilda ToshTIning ikkinchi kafedrası tashkil topib, unga dots. G.L.Vaynshteyn tayinlanadi. Shu paytda ilmiy tadqiqotlar asosan bepustlikka bag'ishlangan edi, keyinchalik homiladorlik toksikozlari o'rganiladi. Tug'ruqni og'riqsizlantirishga ham keng o'rin beriladi, tug'ruqdagi qon ketishlar, yosh turmush qurishning zarari kabi masalalar ham adabiyotlarda yoritiladi. Bunda yotqizib tug'dirishga ham ahamiyat beriladi. Ayniqsa anatomik tor chanoqda kesar kesish usullari ishlab chiqiladi, Bunda ayol organizmining muhofaza kuchini oshirishga katta o'rin beriladi.

Keyingi davrlarda homilador va homila hamda chaqaloqlar o'limini kamaytirishga doir ishlar davom ettiriladi. O'pka kasalliklari o'rganildi. Brusellez kasalligini aniqlash va unga qarshi kurash keng qamrovda ishlab chiqiladi. Epidemiologik gepatit, bo'qoq to'g'risida ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda.

O'zbekistonda ayollarda uchraydigan bepustlik (A.A. Shoroxova. va boshqalar), bachadonda qon va limfa aylanishi xususiyatlari (1944-1946) hamda bachadoning taraqqiy etishi kabi muammolar to'g'risida ilmiy ishlar olib borilgan. Respublika Ginekologiya fanining taraqqiyotiga katta hissa qo'shgan olimlardan biri Toshkent tibbiyot instituti akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri professor Abram Aronovich Kogan hisoblanadi (1897-1982). A.A. Kogan tomonidan taklif qilingan jinsiy a'zolarining faoliyati buzilishi natijasida kuzatiladigan qon ketishlar, bachadon o'smasi, bachadon naychalari faoliyatining buzilishidan yuzaga kelgan bepustlik, bachadon bo'yni kasalligi, xorionepitelioma, tuxumdonlar olib tashlangandan so'ng yuzaga kelgan kasalliklarni o'rganishning taraqqiy etishi va ularni davolash, zaharli ximikatlار va ishlab chiqarishdagi vibratsiya, brusellyoz kabilarning ayol organizmiga ta'sirini o'rganishga doir tadqiqotlar ham A.A.Kogan rahbarligi ostida olib borilgan. Bundan tashqari, muallif tomonidan homiladorlikdan muhofaza qilishning yangi operativ turi ham yaratildi.

Samarqandda O'zbekistonda birinchi akusher-ginekologlardan bo'lgan akademik Islom Zohidovich Zokirov rahbarligida tuxumdon va bachadon o'smalari muammosi hal etildi. Andijon tibbiyot institutida respublikamizning ba'zi bir kurortlaridagi balneologik va fizik omillarning ayollarning jinsiy a'zolari kasalliklarining kechishiga ta'siri prof. F.N. Gubaydullina tomonidan o'rganildi. Farg'ona vodiysida ayollarni sog'lomlashtirishda birinchi o'zbek ayol akusher-shifokori Z.S. Xodjixanova faol xizmat qildi (1936-1971 yillar), akusherlik-ginekologiya fani rivojlanishiga va kadrlar tayyorlashga professor T.Q. Muhitdinova katta hissa qo'shib kelayapti.

Hozirgi davrda ayollar o'limi ichida birinchi o'rinni egallagan qon ketish xavfiga alohida e'tibor berilmoqda. Bularga oid qator ilmiy asarlar chop etildi.

1979 yilda Toshkent Davlat Tibbiyot institutida subordinatorlar uchun akusherlik va ginekologiya kafedrası tashkil etildi. Kafedrani taniqli olim,

klinisist, malakali pedagog O'zbekiston Respublikasida xizmat ko'rsatgan tibbiyot xodimi, professor A.A. Koganning shogirdlari tibbiyot fanlari doktori A.S. Morduxovich, dosentlar: H.S.Umarova, Yu.Q. Djabbarova, A.B. Pogorelova, T.E.To'laganov, M.N.Musabekovalar tashkil qilishdi. Kafedra mudiri professor A.S.Morduxovich 19 nafar tibbiyot fanlari nomzodi va 5 nafar tibbiyot fanlari doktori tayyorladi (1979-1989y.).

1990 yildan kafedrani t.f.d., professor Yu.Q.Djabbarova boshqardi. Kafedraning ilmiy yo'nalishi temir yetishmovchiligi kamqonligida homiladorlikni, tug'ruqni va tug'ruqdan keyingi davrni olib borish, fiziologik kechayotgan homiladorlik immun tizimini dinamikada tekshirish, yurak nuqsonlari bilan asoratlangan kamqonlik, homiladorlikda gipertenziya holatlarini olib borish o'rganildi. Professor Yu.Q.Djabbarova ilk marta 1991 yilda ToshTI klinikasida homiladorlar, tug'uvchi va tuqqan ayollar Respublika ekstragenital kasalliklar markazini tashkil qildi.

1996 yilda Institutda o'tkazilayotgan islohotlarga binoan akusherlik va ginekologiya kafedrasida 6-7 kurs talabalari uchun UASH tayyorlash yo'lga qo'yildi (kafedra mudiri prof.D.Q.Najmutdinova). Professor D.Q.Najmutdinova 4 nafar tibbiyot fanlari doktori va 15 nafar tibbiyot fanlari nomzodi tayyorladi.

I-Akusherlik va ginekologiya kafedrası 2000 yil I-sentabrda 2-Toshkent Davlat Tibbiyot Instituti tarkibida tashkil etildi. Kafedra institut tarkibidagi asosiy o'quv-ilmiy bo'limi hisoblanadi. Kafedrani t.f.d. F.M.Ayupova boshqarib kelmoqda. Kafedrada IV-kurs davolash, tibbiy-pedagogika va tibbiy-profilaktika fakultetlari talabalariga «Akusherlik» fanidan va V-kurs talabalariga-«Ginekologiya» fanidan bilimlar o'rgatilmoqda. Kafedra qoshida 2001-yildan boshlab «Akusher-ginekolog» mutaxassisligidan magistratura ochilgan. 2004 yilda kafedrada akusherlik va ginekologiya amaliyot ko'nikmalarini o'rgatish uchun maxsus markaz tashkil qilindi (I.I.-rasm).

Kafedrada 3 nafar professor, 4 dotsent, bir nafar katta o'qituvchi va 4 nafar assistent faoliyat ko'rsatib kelmoqda. Akusherlik va ginekologiya ixtisosi bo'yicha mutaxassislar tayyorlash maqsadida respublikamizda institutlarning 7- kursidan keyin akusher-ginekologiyadan magistratura kiritilgan, buni bitirgandan so'ng yosh mutaxassislar yirik tug'ruqxonalarda ishlaydilar.

Respublikamizda mutaxassislarni tayyorlash va ularning bilimlarini oshirish uchun 16 maxsus kafedra hamda O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligi ixtiyoridagi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti qoshida 4 filial ochilgan.Bular Jizzax, Qashqadaryo, Namangan viloyatlari va Qoraqalpog'iston Respublikasida faoliyat ko'rsatmoqda.

Tug'ruqqacha bo'lgan davrda kuzatuvning maqsadi – ayolning sog'lom bo'lishiga, shu bilan birga, tug'ilmagan chaqaloqning sog'lig'ini saqlab qolishga yordam berishdan iborat. Bundan tashqari, tug'ruqdan oldingi kuzatuv homilador ayol va uning turmush o'rtog'i yoki oilasini qo'llab- quvvatlashga, onalik va otalik mas'uliyatini qabul qilishga yordam beradi.

Ona va bolaga homiladorlik va tug'ruq paytida malakali yordam ko'rsatish uchun samarali tartib o'rnatilishi muhim, chunki homiladorlik davrida,

tug'ruqda va tug'ruqdan keyingi asoratlarni oldindan bilib bo'lmaydi. Bunday asoratlar qo'qqisidan paydo bo'lib, ularning keyingi ta'sirlari hatto ona va bola hayotiga tahdid solishi mumkin. Ko'pincha bunday asoratlar ko'zga ko'rinarli belgilarsiz paydo bo'lib, tez orada rivojlanishi mumkin. Shu munosabat bilan ehtimol tutilgan asoratlarni ilk davrida aniqlash va chora-tadbir ko'rish uchun malakali tibbiyot xodimlariga tezkorlik bilan yuborish zarur.

Tug'ruqdagi aralashuvlar faqat tibbiy ko'rsatmalar bo'lgandagina amalga oshiriladi. Tibbiy aralashuv faqatgina ona va chaqaloqning ahvoli talab qilsagina o'tkaziladi. Tug'ruq vaqtida ayol juda sezgir bo'lib qoladi, atrofdagi kishilarning xatti-harakatlari, o'zlarini tutishlari unga o'z ta'sirini o'tkazadi. Tug'ruq vaqtida ayolga hamroh tanlash imkonini berib, biz tug'ruqning natijalarini yaxshilaymiz. Hamroh ayolga jismoniy yordam berishi mumkin (masalan, orqasini silash, yoki terini artish), lekin uning asosiy vazifasi ruhan yordam berish va ayolni qo'llab-quvvatlash, kayfiyatini ko'tarishdir. Onaga o'zi uchun eng qulay bo'lgan holatni egallashiga ruxsat berish kerak. Steril emas, balki pokiza tug'ruq tavsiya etiladi. Iloji boricha qalpoq va niqobdan voz kechish kerak, maxsus kiyimni esa faqat tibbiy xodimlar kiyimini himoya qilish uchun kiyiladi. Shuni yodda tutish kerakki, ona va yangi tug'ilgan chaqaloq orasidagi birinchi daqiqalar va soatlardagi aloqa ular hayotidagi eng muhim lahzalar bo'ladi. Bu ayolning butun umri davomida esidan chiqmaydigan taassurot qoldirishi mumkin. Bu vaqtda paydo bo'lgan his-tuyg'ular uzoq yillar davomida ona bilan bola orasidagi munosabatlarga ta'sir etishi mumkin. Shuning uchun tibbiy xodimlar bu lahzaga diqqat bilan yondoshib oilani qo'llab-quvvatlab, ruhlantirib va rag'batlantirib turishlari kerak. Bunday paytlarda qattiq gapirishlar va tanqid qilishlar noo'rin.

Ko'krak bilan boqish – yangi tug'ilgan chaqaloq va bolaning sog'lig'i va rivojlanishi uchun eng muhim omil. Tug'ruqdan keyin birinchi soatda emizish boshlansa, buning foydasi yanada oshadi. Bular bolaning oziqlanishga tayyor ekanligining birinchi belgilari (so'lak ajralishi, ona ko'kragini olish refleksi, og'iz harakatlari, qo'lini so'rishi va boshqalar) paydo bo'lganda amalga oshirilishi kerak. Hozirgi paytda tug'ruq va undan keyin kechadigan jarayonga iloji boricha kam aralashish, ayol hayotidagi bu muhim davrni uning o'zi boshqarishiga imkon berish kerakligi ta'kidlanmoqda. Tug'dirishning ko'p hollarida ideal yondoshish – bu kuzatish va kutish (faqat zarurat bo'lgandagina aralashish) hisoblanadi.

II BOB

AKUSHERLIK MUASSASALARINING TURLARI VA ULARNING VAZIFALARI

Maqsad. Birlamchi akusherlik-ginekologik yordami, akusherlik stasionari faoliyatining tuzilishi, sanitariya-epidemiologik tartib tamoyillari haqida bilish.

Reja.

1. Akusher-ginekologiya muassasalarining turlari, ularning asosiy vazifalari.

2. Akusherlik statsionari ishini tashkillashtirish.

3. Tug'ruq komplekslarida sanitariya-epidemiologik tartib (tug'ruq kompleksining tuzilishi, ish faoliyatining o'ziga xos jihatlari). Sanitariya-oqartuv ishlari.

2.1. OILAVIY POLIKLINIKA VA QISHLOQ SHIFOKORLIK PUNKTIDA BIRLAMCHI AKUSHER-GINEKOLOGIK YORDAMNI TASHKIL QILISH

Akusher-ginekologiya muassasalari turlariga: SSV ning akusherlik va ginekologiya ilmiy amaliyot markazi, Respublika Perinatal markazi, TTA ning akusherlik kompleksi, hamma shaharlar va tuman markaziy kasalxonalaridagi akusherlik komplekslari kiradi. Qishloq aholisiga birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish tizimida qishloq vrachlik punktlari, shaharda esa shahar oilaviy poliklinikalari tashkil qilingan.

Homilador ayollarga antenatal parvarish va nazorat qilishda birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (BTSYo) muhim ahamiyat kasb etadi. BTSYo da homilador va tuqqan ayollarga ko'rsatiladigan asosiy yordam quyidagilardan iborat:

- biriktirilgan hududda homilador va tuqqan ayollarga malakali yordam ko'rsatish;

- homilador ayollarni erta dispanser nazoratiga olish va ularni terapevt va boshqa mutaxassislar ko'rigi bilan ta'minlash va birorta ekstragenital patologiya aniqlanganda o'z vaqtida homiladorlar patologiyasi bo'limiga gospitalizatsiya qilishni ta'minlash;

- tug'ruq komplekslari va tez yordam ko'rsatish stansiyalari, dispanserlar bilan muntazam bog'lanish;

- kutilmagan homiladorlikdan saqlanish maqsadida va ayniqsa EGK mavjud bo'lgan ayollarda va tug'ruqlar o'rtaida intergestatsion intervalni saqlash bo'yicha tibbiy –oqartuv ishlarini olib borish, zamonaviy kontraseptiv vositalar haqida to'liq ma'lumot berish;

- zamonaviy tekshiruv va davolash ishlarini tajribada qo'llash;

- sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish va sog'lom oilani shakllantirishga yordam berish;

- ayollarning onalik va bolalikni muhofaza qilishga oid haq-huquqlarini ta'minlash;

QVP ning shtati SSV ning qarori asosida belgilangan bo'ladi. QVP ning ish rejasini tuzishda markaziy tuman kasalxonasi va sanitariya stansiyasi ishtirok etadi.

2.2. AKUSHERLIK STATSIONARINING TUZILISHI

SSV ning 500-son buyrug'iga asosan akusherlik statsionari quyidagi bo'limlardan iborat:

- qabul xonasi;

- birinchi va ikkinchi tug'ruq bo'limi;

- homilador ayollar patologiya bo'limi;

- akusherlik reanimatsiya bo'limi;
- chaqaloqlarni intensiv davolash bo'limi;
- laboratoriya bo'limi;
- ginekologiya bo'limi;
- ma'muriyat.

2.3. AKUSHERLIKDA ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA

O'tgan asr o'rtalarida Vengriyada o'sha davrning dong'i ketgan olimlaridan I. F. Zemmelveys akusherlikda antiseptika ilmiga asos soldi. O'sha davrda I. F. Zemmelveys Venada akusherlik klinikasida ishlar edi. Bu klinikada talabalar ta'lim olar, murdalarda patologo-anatomik manzarani o'rganar edilar. Bu klinika yonida yana bir klinika bo'lib, u yerda akusherlar tug'ruqda yordam berar, talabalar u yerda ta'lim olmas edilar.

Shunisi qiziqi, I. F. Zemmelveys ishlaydigan klinikada mutaxassis vrachlar ishlashiga qaramay, tug'ruqda ayollar o'limi akusherlar ishlaydigan klinikadagiga nisbatan yuqori bo'lar, ammo buning sababini bila olmas edilar. Ayollar chilla davrida ko'pincha kasallikdan nobud bo'lardilar va bu kasallikni "tug'ruq isitmasi" deb atar edilar. Ayollar o'limi I. F. Zemmelveysga tinchlik bermas, u doim izlanishda, kasallik sababini aniqlashga intilar edi.

Shu orada I. F. Zemmelveysning yaqin safdoshi vrach Kalechka o'lgan ayolni patologo-anatomik jihatdan tekshiradi va murdada ayollarga xos bo'lgan «tug'ruq isitmasi» belgilarini topadi-da, ammo o'zi kasallikka chalinib vafot etadi. Bu og'ir judolikka chiday olmagan I. F. Zemmelveys kasallik sabablarini aniqlash maqsadida do'stining jasadini o'ziyori, uninga zolaridagi o'zgarishlarni ko'radi va bu o'zgarishlar «tug'ruq isitmasi» bilan kasallangan ayollar jasadidagi o'zgarishlarga o'xshab ketganini aniqlaydi. Shundan so'ng u kasallik qandaydir infeksiya yoki jasad zaharidan kelib chiqqan, deb fikr yuritadi. Shundan keyin u xorli suv bilan tug'ruq xonasini, qo'lni dezinfeksiya qilishni taklif qiladi. Bu preparatni ishlatish natijasida chilla davridagi kasallik kamayib boradi. Ana o'sha davrdan beri xorli suv tibbiyotda qo'llanib kelinmoqda. Hozir Vengriyada ilmiy tekshirish institutiga Zemmelveys nomi berilgan. Lekin Zemmelveysning bu qimmatli kashfiyoti u hayot vaqtida e'tiborga olinmadi, u kambag'allikdan qiynalib, Budapeshtdagi ruhiy xasaliklar shifoxonasida vafot etdi.

Oradan 20 yil o'tgandan keyin Angliyalik jarroh Lister, bakteriologiya kashfiyotlariga asoslangan holda, xirurgiya operatsiyalarida ishlatiladigan asboblarni, bog'lov materiallari, kiyim-kechaklarni va operatsiya uchun zarur bo'lgan boshqa narsalarni zararsizlantirish, mikroblardan holi qilish kerak, degan fikrni taklif qiladi. Shu vaqtdan boshlab akusherlik va xirurgiyada aseptika qoidalari tatbiq qilindi. Rossiyada aseptika va antiseptikani xirurgiyada birinchi bo'lib N. I. Pirogov, akusherlikda A. N. Krassovskiy qo'llaganlar. Homiladorlikda, tug'ruqda va chilla davrida kasallik paydo qiluvchi mikroblarning turlari juda ko'p: xususan, streptokokk, stafilocokk, ichak tayoqchasi, gonokokk, pnevmokokk, gazli infeksiya va boshqa mikroblardir. Bu mikroblar sog'lom odam terisi yuzasida, og'iz bo'shlig'ida, burnida, nafas yo'llarida, hatto buzilgan

tishlar orasida doimo (kasallik paydo qilmagan holda) yashaydi. Bu mikroblar boshqa kishilar organizmiga, ayniqsa tug'ruqdan keyin bachadonda va tug'ruq yo'lida paydo bo'lgan jarohatli yuzalarga tushib, og'ir yuqumli kasalliklarni qo'zg'aydi. Ba'zi sog'lom kishilar og'zini tekshirilganda, unda ko'pincha difteriya (Lefler) tayoqchasi topiladi. Bu mikroblar boshqa kishilar organizmiga tushib, unda haqiqiy difteriya kasalligini paydo qiladi. Shunga ko'ra havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan infeksiyaga katta ahamiyat berish kerak. Chunki mikroblar kishi aksirganda, yo'talganda yoki so'zlashganda havoga so'lax tomchilari bilan tarqaladi.

Tuqqan ayolning ichki jinsiy a'zolaridagi jarohatlangan yuzalarga tushgan mikroblar bunday qulay sharoitda juda yaxshi rivojlanadi. Qindan ajraladigan suyuqlik ichidagi Dederleyn tayoqchasi tufayli o'zini boshqa mikroblardan tozalaydi. Undagi reaksiya boshqa mikroblarning yashashi uchun noqulay sharoit hisoblanadi. Lekin qinndering normal kimyoviy holati o'zgarsa, u ishqoriy muhitga aylanadi, natijada Dederleyn tayoqchalari yo'qolib, qinda kasallik paydo qiluvchi mikroblar ko'payadi.

Mikroblar organizmga ko'pincha shifokor va doyaning qo'li, turli asboblari, bog'lov materiallari, kiyim-kechak va boshqalar orqali tushadi. Tug'ruqxona xodimlari yuqumli va yiringli kasalliklardan o'zlarini ehtiyot qilishlari kerak. Tug'ruq bo'limida ishlovchi shifokor, akusherlarning tug'ruqdan so'ng ayollar yotqiziladigan palatada va ayniqsa septik palatalarda bir vaqtning o'zida ishlashlari sira mumkin emas. Ularda biror yiringli yara bo'lsa, tug'ruqxonada ishlashlariga aslo yo'l qo'yilmaydi.

Tug'ruq bo'limi xodimlari navbatchilikka kelganda ip-gazlamadan tikilgan xalat yoki yuvib dazmollangan ko'ylak kiyib olishlari shart. Kiyimni kiygach, yengini tirsakkacha shimarish, qo'lni tez-tez sovunlab yuvib turish lozim. Tug'ruqxona xodimlari uchun albatta maxsus cho'milish xonalari bo'lishi lozim.

Navbatchilikka kelgan har bir xodim avval dushda cho'miladi. Havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan infeksiyaning oldini olish uchun tug'ruq bo'limining hamma xodimlari 2 qavatli doka-niqob bilan og'iz va burunlarini yopib ishlashlari kerak. Bunday niqob har kuni almashtirib turiladi. Bundan tashqari, tug'ruqxona va operatsiya xonalariga kirganda baxila (matodan tikilgan etikcha) kiyiladi.

Tug'ruqxonada ishlovchi vrach, akusher, sanitar va talabalarni (barcha xodimlarni) bir yilda 1 marta qo'li, og'zi, burni va tomog'idan surtma olib, patogen stafilokokk borligini tekshirib turish kerak. Akusherlik va xirurgik bo'limlarida reja bo'yicha har 3 oyda bakterial ekmalar olinib tekshiriladi.

Antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilish omillaridan biri tug'ruqxona binosining namunali darajada ozoda bo'lishi va har yilda bir marta ta'mirlanishidir.

Tuqqandan keyin ayol keng va yorug' palatalarga yotqiziladi. Eski usulda qurilgan tug'ruqxonalarda ayniqsa tozalikka rioya qilish zarur. Chunki ularda palatalar katta va hojatxona umumiy bo'ladi. Bunda hamma palatalar va

hojatxonalarni xlorli suvga ho'llangan latta bilan artib turish va kuniga 2 marta shamollatish lozim.

Ayniqsa chaqaloqlar yotadigan intensiv davolash xonasi nihoyatda toza va yorug' bo'lishi, xona harorati 25—26° dan oshmasligi kerak. Tug'ruq bo'limi va chaqaloqlar yotadigan palatalarda har oyda bir marta bakteriologik tekshirish o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Tug'ruqxonalarda palatalar galmagal bo'shatiladi, bir kecha-kunduz davomida bu palataga ayollar yotqizilmay, to'shak va adyollar ham shamollatiladi, moyli bo'yoq bilan bo'yalgan devorlari, xonaning poli, undagi karavotlar, tumbochkalarni sovunlab yuvib, keyin xloramin, xlorli suvga ho'llangan latta bilan artiladi.

Har bir karavotga toza to'shak solinib, choyshablar yoziladi. Ayollar tagiga solinadigan kleyonkalar ham dezinfeksiyadan o'tkaziladi. Hamma palatalar simobli kvars lampa yordamida nurlantiriladi. Bu tug'ruqdan turayotgan ayol va chaqaloq uchun ishlatiladigan buyumlarni mikrobdan tozalab, ularni kasallanishdan saqlaydi.

Ayol uyiga ketgandan keyin karavotlar yaxshilab yuviladi, to'shak, yostiq va ko'rpa yoki adyol 24 soat davomida shamollatiladi. Quyoshli kunlarda ularni tashqariga chiqarib yoyish kerak. Agar sharoit bo'lsa, avtoklavdan o'tkazish yaxshi bo'ladi. Kir kiyimlar va choyshablar boshqa xonada maxsus idishlarda saqlanadi va har kuni kirxonaga yuborib turiladi.

Chaqaloqning kiyim-kechaklari va tagliklari onanikidan alohida yuviladi va qaynatib, dazmollanadi. Toza tagliklar maxsus shkaflar, dazmollanganlari maxsus barabanlarda (qutilarda) saqlanadi. Tuqqan ayolning tagiga solinadigan gazlama bir kunda kamida 3—4 marta, agar zarur bo'lsa, undan tezroq almashtiriladi.

Tug'ib bo'lgan ayol dezinfeksiya qilingan maxsus tuvakdan (sudno) foydalansa, uni ishlatgandan keyin oqizib qo'yilgan suvda yuvib, dezinfeksiyalovchi eritma bilan chayiladi. Tuqqan ayolning jinsiy a'zolari tug'ruqning birinchi kunlari ertalab va kechqurun yuviladi, agar choti tixilgan bo'lsa, uni spirt bilan tozalab, yod eritmasi surtib qo'yiladi.

Tug'ruqxonaga ayolning qarindoshlari va tanish-bilishlariga kirish ruxsat beriladi. Bunda kiyimlari toza va oyoqlarida baxilalari (yoki selofanli qopchalar) bo'lishi shart.

Tuqqan ayollar bilan har kuni suhbatlashib turish va ayolga uyiga ketayotganida o'zini qanday tutishni yotig'i bilan aytish, ularga aseptika va antiseptika qoidalarini tushuntirish har bir shifokorning vazifasidir.

Nazorat savollari:

1. Akusherlik kompleksida qanday bo'limlar mavjud?
2. Akusherlikning qanday omillari san-epidemiologik tartibga qattiq rioya qilishni talab etadi?

O'rgatuvchi testlar:

1. Qaysi tibbiy muassasalarda malakali va maxsus akusherlik yordami ko'rsatiladi?

1. Ko'p tarmoqli kasalxonalarning tug'ruq bo'limlari.

- 2.Yirik markaziy tuman kasalxonalarning bazasidagi tumanlararo bo'lim.
- 3.Viloyat kasalxonalarining akusherlik bo'limlari.
- 4.Perinatal markazlar.
- 5.Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish institutlari.
2. Akusherlik statsionarlari qanday darajalarga bo'linadi va ularga qanday muassasalar kiradi?
 - 1.Birinchida daraja – uchastka kasalxonalari.
 - 2.Ikkinchida daraja – markaziy tuman kasalxonalari, shahar tug'ruqxonalari.
 - 3.Uchinchida daraja – viloyat kasalxonalarining akusherlik bo'limlari, ko'p tarmoqli kasalxonalar, ixtisoslashgan akusherlik statsionarlari, perinatal markazlar, akusherlik va ginekologiya ilmiy amaliy markazlari.
 4. Akusherlik statsionarining asosiy bo'linmalari va bo'limlardagi o'rin-joy normalari hamda ularning tug'ruqxonadagi umumiy o'rin- joylarga nisbati.
 - 1.Qabul o'tkazuvchi blok.
 - 2.1 akusherlik bo'limi – 50 – 55% o'rin- joylar.
 - 3.Patologik homiladorlik bo'limi 25 – 30% o'rin- joylar.
 - 4.Yangi tug'ilgan chaqaloqlar intensiv davolash bo'limi.
 - 5.2 akusherlik bo'limi 20 – 25% o'rin- joylar.
 - 6.Ginekologik bo'lim – 25 – 30% o'rin- joylar.
 4. Tug'ruq bo'limiga qaysi bo'linmalar kiradi?
 - 1.Sanitariya ishlov berish xonasi.
 - 2.Tug'ruq bo'limi.
 - 3.Tug'ruqdan keyingi palatalar.
 - 4.Chiqarish xonasi.
 5. Tug'ruqxona ishlarining asosiy sifat ko'rsatkichlari.
 - 1.Onalar kasalliklari va o'limi.
 - 2.Perinatal kasalliklar va o'lim.
 - 3.Onaning tug'ruq jarohatlari.
 - 4.Bolalarning tug'ruq jarohatlari.

III BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI ANATOMIYASI

Maqsad. Ayollar tashqi va ichki jinsiy a'zolarining anatomiyasini bilish.

Reja.

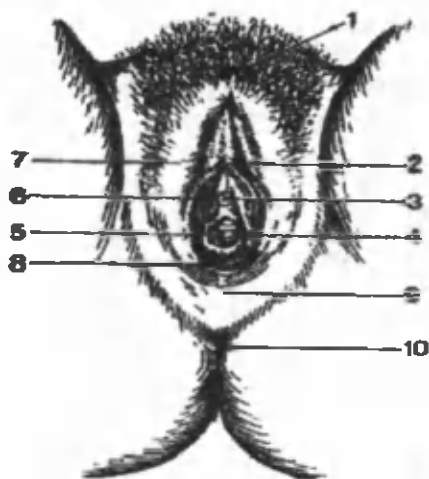
- 1.Tashqi jinsiy a'zoldan qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, qizlik pardasini bilish.
 2. Ichki jinsiy a'zoldan qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar tuzilishini bilish.
 3. Jinsiy a'zolarining boylam apparatini o'rganish.
 4. Jinsiy a'zolarining qon, limfa tomirlari va nerv tizimlarini bilish.
- Ayollar jinsiy a'zolarini tashqi va ichki a'zolarga ajratish rasm bo'lgan.
- Tashqi jinsiy a'zolarga qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi,

qizlik pardasi, ichki jinsiy a'zolariga esa qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar kiradi.

3.1.TASHQI JINSIY A'ZOLAR ANATOMIYASI

Qov teri osti kletchatkasiga boy, voyaga yetgan davrda jun bilan qoplanib, asosan yuqori tomonda joylashgan uchburchak shaklidagi sohadir.

Katta jinsiy lablar ikkita teri burmasidan hosil bo'lgan, bularda yog' kletchatkasi, yog' va ter bezlari bo'ladi (3.1.-rasm).



3.1.-rasm. Ayol tashqi jinsiy a'zolarining tuzilishi

1. Qov
2. Klitor
3. Uretra
4. Qizlik pardasi
5. Qinga kirish qismi (dahliz)
6. Kichik jinsiy labi
7. Katta jinsiy labi
8. Qizlik pardasi
9. Oraliq
10. Anus

Oldingi va orqa tomonda ular oldingi va orqa bitishmalar bilan bir-biriga qo'shilgan. Katta jinsiy lablar jinsiy yoriq bilan bir-biridan ajralib turadi. Katta jinsiy lablar pastki uchdan bir qismining bag'rida qin dahlizining katta-katta bezlari joylashgan, ular vestibulyar bezlar deb ataladi, bu bezlardan ishlanib chiqadigan ishqoriy sekret qinga kirish yo'lini namlab turadi va urug' suyuqligini suyultirib beradi. Bu bezlarning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi o'rtasidagi egatchada ochiladi.

Kichik jinsiy lablar ham ikkita teri burmachalaridan iborat, bular shilliq parda ko'rinishida bo'lib, katta jinsiy lablardan ichki tomonda joylashgan. Normada jinsiy yoriq yopilib turadi va qinga infeksiya o'tishi va quruq bo'lib qolishdan saqlaydi.

Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida joylashgan, qon tomirlari va nerv chigallari bilan mo'l-ko'l ta'minlangan, ikkita g'orsimon tanadan tuzilgan.

Qin dahlizi kichik jinsiy lablar bilan cheklangan bo'shliqdir. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, dahliz katta bezlarining chiqarish yo'llari, qinga kirish yo'li shunga ochiladi.

Qizlik pardasi tashqi va ichki jinsiy a'zolari bir-biridan ajratib turadigan biriktiruvchi to'qimadan iborat yupqa to'siqdir. Bu parda halqasimon, yarimoysimon, tishsimon, kuraksimon shaklda bo'ladi. Birinchi jinsiy aloqa paytida qizlik pardasi yirtilib, har xil darajada qon ketadi. Bu pardaning

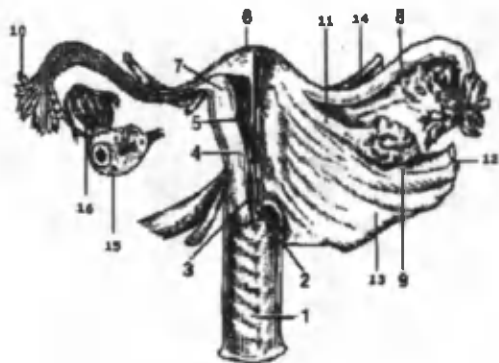
qoldiqlari gimenal so'rg'ichlar deb ataladi, tug'ruq mahalida yana yirtilganidan keyingi qoldiqlari mirtasimon so'rg'ichlar deyiladi.

3.2. ICHKI JINSIY A'ZOLAR ANATOMIYASI

Qin voyaga yetgan ayolda uzunligi 8-10 sm keladigan muskul va fibroz to'qimadan iborat naydir. Qinning oldingi, orqa, yon tomondagi o'ng va chap gumbazlari tafovut qilinadi. Hammasidan chuqurroq bo'ladigan orqa gumbazida qin suyuqligi, jinsiy aloqa vaqtida esa urug' suyuqligi to'planadi (3.2-rasm).

Qin devorlari shilliq parda, muskul qatlami va o'rab turuvchi kletchatkadan tashkil topgan. Qinning shilliq pardasi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, pushti rangda bo'ladi va tug'ruq mahalida qinning cho'zilishini ta'minlab beradigan bir talay ko'ndalang burmalardan iborat. Qin bo'shlig'ining kislotaga reaksiyali bo'lishi qin basillalari yoki Dederleyn tayoqchalari hayot faoliyati davomida hosil bo'ladigan sut kislotaga bog'liqdir. Ular qin shilliq pardasidagi epiteliy hujayralarining glikogenini sut kislotaga qadar parchalaydi.

Bachadon silliq muskullardan tuzilgan noksimon shakldagi ichi bo'sh a'zo bo'lib, oldingi-orqa yo'nalishda bir oz yassilangan (3.3.-rasm).



3.3. - rasm. Ayolning ichki genital a'zolari tuzilishi.

1-Qin. 2-Bachadon bo'yni.
3-Servikal kanal. 4-Bachadonning ichki og'zi. 5-Bachadon bo'shlig'i. 6-Bachadon tubi. 7-Bachadon mushaklari. 8-Bachadon naychasi. 9-Tuxumdon. 10-Naychani fimbriyalari. 11-Tuxumdonning xususiy boylami. 12-Tuxumdonning ko'taruvchi boylami. 13-Keng boylam. 14-Yumaloq boylam. 15-Primordial follikul. 16-Mezosalpinks.

Uning tanasi, bo'yinchasi va bo'yi tafovut etiladi. Tanasining qavariq bo'ladigan ustki qismi bachadon tubi deb ataladi. Bachadon bo'shlig'i uchburchak shaklida bo'lib, ustki burchaklariga bachadon naylarining teshiklari ochiladi. Pastki tomonda bachadon bo'shlig'i torayib, bachadon bo'yinchasiga (bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasida qismi, uzunligi 1 sm atrofida bo'ladi) aylanadi va bachadonning ichki teshigi (bo'g'izi) bilan tugallanadi.

Bachadon bo'yni bachadonning pastki, tor qismi bo'lib, unda qin gumbazlaridan pastroqqa turtib chiqib turadigan qin qismi va qin gumbazlaridan yuqoriroqda turadigan qin usti qismi tafovut qilinadi. Bachadon bo'yni silindrsimon shaklga ega. Bolalik davrida va jinsiy a'zolari rivojlanmay qolgan ayollarda bachadon bo'yni konussimon shaklda bo'ladi. Bachadon bo'ynining

ichidan uzunligi 1-1,5sm keladigan bo'yin kanali (servikal kanal) o'tadi, uning ustki bo'limi bachadonning ichki teshigi, pastki bo'limi esa tashqi teshigi bilan tugallanadi.

Bachadonning uzunligi 7-9 sm ni tashkil qiladi. Kengligi tubi sohasida 4,5-5 sm ni, devorlarining qalinligi 1-2 sm ni tashkil qiladi. Bachadon massasi 50g dan 100 g gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavatdan tuzilgan. Ichki qavati silindrsimon bir qavatli hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan, bir talay naysimon bezlari bo'ladigan shilliq parda (endometriy) dir. Bachadon shilliq pardasining ikki qavati: muskulli qavatiga taqalib turadigan bazal qavat va hayz sikli mahalida ritmik o'zgarishlarga uchrab turadigan yuza – funksional qavat tafovut qilinadi. Bazal qavat o'suvchi qavat bo'lib, funksional qavati shunday tiklanib, o'zni to'lib turadi. Bachadon devorining kattagina qismini o'rta muskulli (miometriy) qavat tashkil qiladi. Muskulli qavati silliq muskul tolalaridan tuzilgan bo'lib, uzunasiga ketgan tashqi va ichki doirasimon joylashgan o'rta qavatlarni tashkil qiladi. Bachadonning tashqi-seroz qavati (perimetriy) uni qoplab turadigan qorin pardasidan iborat.

Bachadon kichik chanoq bo'shlig'ida qovuq bilan to'g'ri ichak orasida, chanoq devorlaridan teng masofada joylashgan. Bachadon tanasi oldinga, simfizga biroz egilgan (bachadon anteverziyasi), bo'yniga nisbatan (bachadon antefleksiyasi) bu burchak oldinga ochilgan. Bachadon bo'yni orqaga qaragan, tashqi teshigi qinning orqa gumbaziga taqalib turadi (3.2.-rasm).

Bachadon naylari bachadonning o'ng va chap burchaklaridan boshlanib, yon tarafga chanoqning yon devorlari tomoniga qarab boradi. Ularning uzunligi o'rtacha 10-12 sm, yo'g'onligi 0,5 sm. Bachadon naylarining devorlari uch qavatdan: bir qavatli silindsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan shilliq pardasi, o'rta-muskul va tashqi-seroz qavatdan tashkil topgan. Bachadon naylarning bachadon devori bag'riga o'tuvchi intersisial qismi, hammadan ko'ra ko'proq toraygan o'rta qismi va voronka holida tugallanadigan keng ampulyar qismi tafovut qilinadi.

Tuxumdonlar ayollarning juft jinsiy bezlaridir. Ular bodomsimon shaklda va oqish-pushti rangda bo'ladi. Voyaga yetgan ayolda tuxumdon uzunligi o'rtacha 3,5 sm ni, eni 2-2,5sm ni, qalinligi 1,1-5 sm ni, massasi 6-8 g ni tashkil qiladi. Tuxumdonlar bachadonning ikkala tomonida, serbar boylamlar orqasida joylashgan bo'lib, bularning orqa varaqlariga birikkan. Tuxumdon murtak epiteliysi qavati bilan qoplangan, buning ostida biriktiruvchi to'qimadan iborat oqsil pardasi joylashgan bo'ladi. Yanada chuqurroqda miya moddasi joylashgan, unda bir talay birlamchi follikulalar rivojlanishning har xil bosqichlarida turgan follikulalar, sariq tanalar topiladi. Tuxumdonning ichki qavati asosan biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan miya qavati bo'lib, undan bir talay tomirlar va nervlar o'tadi. Jinsiy jihatdan yetuklik davrida tuxumdonlarda oy sayin tuxum hujayralar ritmik ravishda yetilib borib, urug'lanishga yaroqli bo'lib qoladi va qorin bo'shlig'iga chiqib turadi. Tuxumdonlar ichki sekretiysi bezlari bo'lib, jinsiy gormonlar ishlab chiqarib turadi.

Bachadon naylari, tuxumdonlar va bachadon boylamlari bachadon ortiqlari deb ataladi.

3.3. JINSIY A'ZOLARNING BOYLAM APPARATI VA KICHIK CHANOQ KLETCHATKASI

Ayollar jinsiy a'zolarining odatdagicha, tipik ravishda joylanishiga quyidagi omillar yordam beradi: jinsiy a'zolarining tonusi, jinsiy a'zolar orasidagi o'zaro munosabat, diafragma, qorin devori va chanoq tubining kelishib ishlashi, bachadonni ko'tarib turadigan, mustahkamlaydigan va ushlab turadigan apparatlari.

Bachadonning ko'tarib turadigan apparati boylamlardan iborat, bular qatoriga dumaloq, serbar juft boylamlar, voronka-chanoq boylamlari va tuxumdonlarning o'z boylamlari kiradi. Dumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan, bachadon naylarining oldingi tomonidan chiqib, chov kanali orqali o'tadi va qov birlashmasi sohasida birikib, bachadon tubini oldinga tortib turadi (bachadon anteverziyasi). Serbar boylamlar bachadonni kichik chanoqda ma'lum holatda ushlab turadigan asosiy boylamlar bo'lib, qorin pardasining qo'shqavat varaqlari ko'rinishida bachadon qovurg'alaridan chiqib, chanoqning yon devorlariga boradi. Boylamlar varaqlari orasida bachadon yoni kletchatkasi bor. Serbar boylamlarning davomi bo'lmish voronka-chanoq boylamlari nay voronkasidan chanoq devorlariga boradi. Tuxumdonlarning o'z boylamlari orqa tomonda va bachadon naylarining chiqish joyidan sal pastroqda bachadon tubidan tuxumdonlarga birikadi.

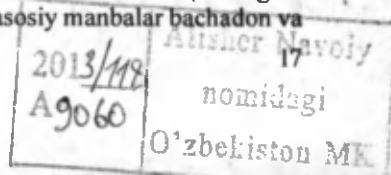
Mustahkamlovchi apparatiga dumg'aza-bachadon boylamlari, asosiy boylamlar, bachadon-qovuq va qovuq-qov boylamlari kiradi. Dumg'aza-bachadon boylamlari bachadon tanasining bo'yniga o'tish sohasida orqa yuzasidan boshlanib, ikkala tomondan to'g'ri ichakni o'rab o'tadi va dumg'azaning oldingi yuzasiga birikadi. Bu boylamlar bachadonni orqaga tortib turadi. Asosiy boylamlar bachadonning pastki bo'limidan chanoqning yon devorlariga qarab boradi, bachadon-qovuq boylamlari ham bachadonning pastki bo'limidan boshlanib, oldingi tomonga, qovuqqa qarab boradi, so'ngra qovuq-qov boylamlari tarzida simfizga qadar davom etadi.

Bachadonning tutib turuvchi yoki tayanch apparatiga chanoq tubining uch qavat muskullari va fassiyalari kiradi (3.5.-rasm).

Bachadon yon bo'limlaridan tortib, chanoq devorlarigacha bo'lgan kamgakni bachadon yoni – parametral kletchatka (parametriy) egallab turadi, bundan tomir va nervlar o'tadi Parametral kletchatkadan tashqari paravezikal (qovuq yoni), paravaginal (qin yoni) va pararektal (to'g'ri ichak yoni) kletchatkasi ham chanoq kletchatkasi tarkibiga kiradi.

3.4. JINSIY A'ZOLARNING QON, LIMFA TOMIRLARI VA ASAB TIZIMI

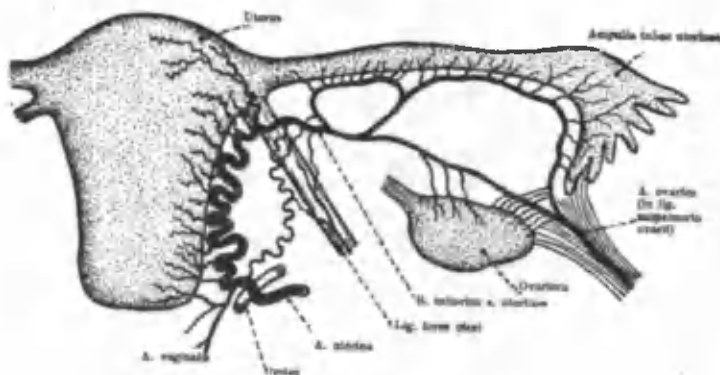
Jinsiy a'zolar qon va limfa tomirlari tarmog'i bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Ichki jinsiy a'zolari qon bilan ta'minlab turadigan asosiy manbalar bachadon va



tuxumdon arteriyalaridir, bularning oxirgi bo'limlari bir-biri bilan anastomozlar hosil qiladi (3.4.-rasm). Jinsiy a'zolarining hamma arteriyalari bir nomdagi venalar bilan birga davom etib boradi.

Jinsiy a'zolarining limfa yig'ib oladigan limfa tomirlari chov, yonbosh, bel-dumg'aza, aorta limfa tugunlariga va boshqa tugunlarga boradi.

Jinsiy a'zolar innervatsiyasi juda murakkab. Unda simpatik va parasimpatik asab tizimi, shuningdek orqa miya asablari ishtirok etadi. Jinsiy a'zolar faoliyatini oliy asab markazlari idora etib turadi.



3.4.-rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolarining arteriyalari

3.5. KICHIK CHANOQDAGI YUMSHOQ TO'QIMALAR

Chanoq tubidagi muskullar kichik chanoq ichidagi a'zolarining normal joylashishi va topografik holatining normal holatda bo'lishida katta ahamiyatga ega. Chanoq tubidagi muskullar tug'ish vaqtida cho'zilib, homila tug'ilishini osonlashtiradi.

Chanoq tubi muskul va fassiyalardan tashkil topgan, eniga cho'zilgan bo'ladi, muskullar bir-biriga mingashib joylashgan holatda kichik chanoq chiqish yo'lini herkitib turadi. Agar tashqi jinsiy a'zodan va chot oralig'idan teri hamda teri osti yog'lari olib tashlangan deb faraz qilsak, u holda bez chanoq tubining pastki birinchi qavat muskullarini ko'ramiz. Bu muskullar to'rt tomonidan o'rta (markazga) qarab keladi va paylari bilan o'zaro birlashadi. Bu joy paylar markazi (centrum tendineum) deb ataladi.

Chanoq tubi quyidagi uch qavat muskuldan iborat (3.5.-rasm).

a) pastki qavat uchta muskuldan, ya'ni m. constictor cuni, m. sphincter ani externus va bir juft m. transverses perinea superficialis dan iborat. Bu uchala muskulning joylashish tartibi kishiga "sakkiz" (8) raqamini eslatadi. Bunday joylashish chanoq tubiga katta mustahkamlik beradi.

Chanoq tubining pastki qavatida, yuqorida aytib o'tilgan muskullardan tashqari, juft m. ischio cavernosus ham bo'ladi. Bu muskul quymich do'mbog'idan klitorning g'ovak tanasi tomon yo'nalgan bo'ladi.

b) chanoq tubining o'rta qavati uchburchak fassial-muskul plastinkadan iborat bo'lib, qov ravog'iga o'rnatib qo'yilganga o'xshaydi. Bu muskul plastinkani siydik-tanosil diafragmasi (diaphragma urfgenitale) deb ataladi,

Siydik-tanosil diafragmasi ikkita muskuldand, ya'ni chot oralig'idagi chuqur ko'ndalang muskul (m. transverses perinei profundus) va siydik chiqarish kanali bilan qinni qisuvchi (m.sfincter urethro vaginolis) muskullar to'plamidan iborat. Bular bir tomondan siydik chiqarish yo'lini va ikkinchi tomondan qinga kirish teshigini o'rab oladi.

v) chanoq tubining ustki (chanoqqa nisbatan ichki) qavatini orqa teshikni ko'taruvchi muskul (m. levator ani) yoki chanoq to'sig'i (diaphragma pelvis) deb atalgan muskul tashkil qiladi. Bu muskul o'zining ikki oyog'i bilan qinni va siydik chiqarish yo'lini ikki tomondan hamda to'g'ri ichakni orqa tomondan ushlab turadi. Bu chanoq tubinig asosiy muskuli hisoblanadi uning uchta shoxi bo'lib, bular pubococsigio, iliococsigio, ishiococsigio deb ataladi. Har uchala shoxi dum suyagiga yopishadi. Tug'ruqda butning ikkinchi darajadagi yirtilishida shu muskul yirtiladi, albatta buni tikish kerak bo'ladi, aks holda ichki jinsiy a'zolar topografiyasiga putur yetadi. Jinsiy a'zolar pastga joylashib, hatto bachadon pastga tushishi mumkin.

O'rgatuvchi testlar:

1. Tashqi jinsiy a'zolarga nimalar kiradi?

Qov

Katta jinsiy lablar

Kichik jinsiy lablar

Klitor

Qin dahlizi

2. Ichki jinsiy a'zolarga nimalar kiradi?

Qin

Bachadon

Bachadon naylari

Tuxumdonlar

3. Chanoq tubi qaysi qavat mushaklaridan tashkil topgan?

tashqi qavat

o'rta qavat

ichki qavat

4. Tashqi qavat mushaklarini quyidagilar tashkil qiladi:

1. piyozcha - g'orsimon mushak

2. yuzaki - ko'ndalang mushak

3. orqa chiqaruv yulining tashqi sfinkteri

4. quymich-g'orsimon mushak

Nazorat savollari:

1. Tashqi jinsiy a'zolarga nimalar kiradi?

2. Ichki jinsiy a'zolar nimalardan iborat?

3. Jinsiy a'zolarining qaysi boylamlarini bilasiz?

4. Chanoq tubining qaysi muskullarini bilasiz?

IV BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI FIZIOLOGIYASI

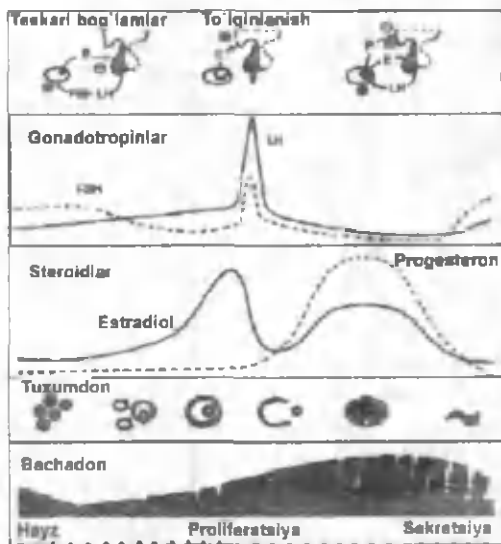
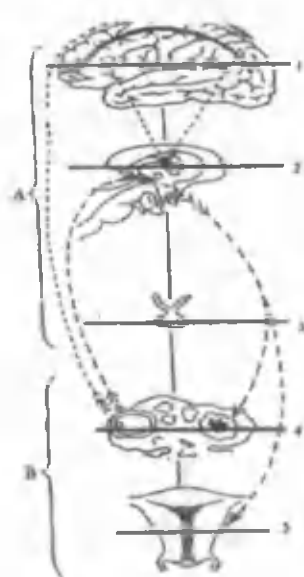
4.1 HAYZ SIKLI

Maqsad: Hayz siklining ta'rif va ayollar jinsiy gormonlari bilan boshqarilishi, organizmga ta'siri, ovulyasiya diagnostikasi va uning reproduktiv funksiyasiga ta'sirini bilish. Hayz – bu tug'ishning prototipi ekanligi, ayollarning tug'ish funksiyasi hayz sikliga bog'liqligini ko'rsatish.

Vazifalar.

1. Hayz sikli tushunchasi.
2. Hayz sikli boshqarilishi
3. Ayollar jinsiy gormonlari

Hayz (oy ko'rish) deb, ayollarning bachadonidan muntazam ravishda qon kelishiga aytiladi. Hayz balog'atga yetish jarayonining dastlabki oylarida 12-15 yoshlar orasida kuzatiladi. Oizlar 16-17 yoshda to'liq balog'at yoshiga yetadilar.



4.1.—rasm. Normal hayz boshqarilish tizimi

4.2.—rasm. Hayz siklining bosqichlari

A) Markaziy:

1. Miya po'stlog'i. bosqichlari.

2. Gipotalamus.

3. Gipofiz

B) Periferik:

4. Tuxumdon. 5. Bachadon.

Hayz qon ketish sikli bo'lib, ma'lum bir muddat qariyb 3-6 kun davom etadi. Hayz ayolning bola tug'adigan yoshida qaytarilib, faqat homiladorlikda va ko'pincha bola emizish davrida hayz ko'rmaydi. Hayz klimaks davrida (45-55 yoshda) to'xtaydi. Har gal hayz ko'rganda ayol 50-150 g gacha qon yo'qotadi. Hayz qoni ishqoriy reaksiyali, qo'ng'ir rangda, shilliq aralash bo'lib, unda ivish jarayoni past bo'ladi.

Qiz bola birinchi marta hayz ko'rganda uning organizmida bir qator o'zgarishlar sodir bo'ladi. Tana shakli bir muncha dumaloqlashadi, ayollarga xos ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'ladi; ko'krak bezlari kattalashadi, qov ustida junlar paydo bo'ladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar to'liq yetiladi. Hayz sikli hayz ko'rishning birinchi kunidan to kelgusi hayzning birinchi kunigacha hisob qilinadi.

Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan - kam ayollarda 21 yoki 30-32 kun davom qiladi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizmida turli o'zgarishlar kuzatiladi.

Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi. Hozirgi tushunchalarga asosan hayz siklini 5ta omil boshqaradi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar; 5) periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin) (4.1.- rasm). Birinchi oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokamp, bodomsimon tana) kiradi (4.2.- rasm).

Bosh miya po'stlog'i – hayz siklini boshqarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orqali tashqaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz siklida ishtirok etuvchi bo'limlariga uzatiladi. Tajriba va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki, asabiy holatlarda jinsiy a'zo tizimlarida bir qator o'zgarishlar bo'lib, hayz siklining holati va tartibi izdan chiqadi. Ammo hozirgacha bosh miya po'stlog'ida yoki uning biror qismida hayz siklini boshqaruvchi markaz aniqlanmagan. Ikkinchi bosqichi – gipotalamus, oraliq miyaning bo'limi bo'lib, bir qator o'tkazuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli, bosh miyaning turli bo'limlari bilan bog'liq bo'ladi. Shunga ko'ra u markaziy asab tizimining hayz siklini boshqarishda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham reseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof – muhitdan uzatiladigan impulsning bir-biri bilan bog'lanishlarini ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda u ichki sekretiya bezlarning faoliyatida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda stimullovchi (liberinlar) va bloklovchi (statinlar) gormonlar ishlab chiqariladi. Shuningdek folliberin va lyuliberin, gipofizga ta'sir qiladigan gonadotropin-rilizing gormon (GnRG), lyuteinlovchi rilizing gormon (LGRG) ishlab chiqariladi.

Gipofiz – gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan bir-biri bilan murakkab ravishda bogliqdir va uchinchi bosqichni tashkil qiladi. Gipofiz oldingi bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekretiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning oldingi bo'lagi adenogipofiz,

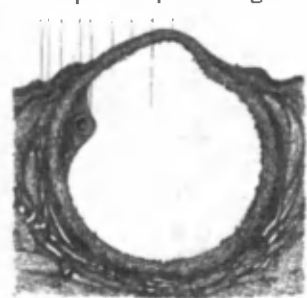
orqa bo'lagi esa neyrogipofiz deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormonlar ishlab chiqariladi: follikulning yetilishini ta'minlovchi (FSG), sariq tananing taraqqiyotini ta'minlaydigan (LG), prolaktin (PRL), somatotrop (STG), tireotrop (TTG) va adrenokortikotrop (AKTG) gormonlar.

Hayz siklini boshqarishning to'rtinchi bosqichiga – periferik endokrin a'zolar kiradi (tuxumdon, buyrak usti bezi va qalqonsimon bez).

Tuxumdonlar jinsiy bezlar bo'lib, ikkita asosiy vazifani bajaradi. Bular: 1) follikullarining siklli ravishda taraqqiyoti, ovulyatsiyasi yetilgan tuxum hujayrasining ajralishi. 2) tuxumdon ikki xil jinsiy gormon: estrogen va progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, qisman erkaklar gormoni – androgenlar ham ishlab chiqaradi. Tuxumdonda dastlab follikul yetila boradi, bu jarayonga FSG va LG gormonlari hamda oksitotsin reflektor ta'siri qo'shiladi va proteolitik fermentlarning ta'sirida follikul qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni ovulyatsiya vujudga keladi. Demak, birlamchi follikul 3ta: regeneratsiya, yetilish va ovulyatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulning eng yetilgan, yorilishga turgan holatini Graaf pufakchasi deb ataladi (4.3-rasm). Shundan keyin ovulyatsiya ro'y beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikul o'rnida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi.

Sariq tananing shakllanishi va taraqqiy etish jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi, natijada sariq tana vujudga keladi.

Sariq tana quyidagi bosqichlarni bosib o'tadi: 1-bosqich: proliferatsiya, 2-bosqich: qon-tomirlar bilan ta'minlash bosqichi, 3-bosqich: gullash bosqichi, 4-bosqich: sariq tananing so'nish bosqichi.



4.3–rasm. Graaf pufakchasi.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasidagi o'zgarishlar (4.2-rasm). Hayz qoni to'xtab bachadon shilliq pardasida qayta qurish (bitish), ya'ni regeneratsiya jarayoni Bachadon shilliq pardasi (endometriy) 2 qavatdan: bazal va funksional qavatlaridan iborat.

Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3-4 kun davom etadi. Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin halok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagositoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlarini yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga regeneratsiya boshlanadi, shu tariqa sikl boshlanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez fursatda o'sa boradi, bunda 4-5 kunda uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki bag'rida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burma shaklini oladi,

ammo bez epiteliy yetarli darajada kattalashib uzun tortishiga qaramasdan sekret ajratmaydi, shunga ko'ra bez bo'shliqlarida hali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bu xildagi o'zgarishlarni proliferatsiya bosqichi deyiladi. 13-15 kunlarda bu fazaning yetilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekretiya ajralishining dastlabki belgilari kuzatiladi.

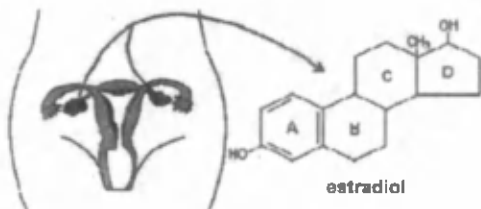
Bu faza endometriyda sekret ajratish bosqichi deyiladi. 16-kundan boshlab, bez epiteliysi yadrosida bo'linish jarayoni to'xtaydi. Hujayralar bo'yiga uzunlashadi, ancha yiriklashadi, suyuqlik (sekret) bilan to'lishadi. Parmaga o'xshagan bezlar yana ko'proq egri - bugri bo'lib qoladi, 19-20 kunlarda silindrsimon epiteliy uzunlashib arrasimon shaklga kiradi, bez bo'shlig'i tomonga ko'proq o'sadi. Shilliq qavat qalinlashgan, xuddi homiladorlikdagi desidual hujayralarga o'xshab ketadi.

Shilliq qavatdagi hujayralar shishib kattalashadi. Bunda shilliq to'qimasi 3 qavatga: kompakt, spongiyoz va bazal qismlarga bo'linadi. Sekretor fazaning oxirini hayz ko'rish oldi, homiladorlikning boshlanish oldi deb hisoblasha bo'ladi.

Bachadondagi hayz sikli tuxumdonning funksional holatiga bog'liq. Agar biror sababga ko'ra tuxumdon olib tashlansa yoki rentgen nuri bilan tuxumdon funksiyasiga ta'sir qilingan bo'lsa, ayol hayz ko'rmaydi. Hayz siklining I yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuldan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi (4.4-rasm). Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi.

Ovulyatsiyadan so'ng sariq tana gormoni (progesteron) bachadon shilliq pardasida sekretor suyuqlik chiqishiga imkon beradi va bachadon shilliq pardasini homiladorlikka tayyorlaydi. Bunda faqat sekretiya ta'sir qilibgina qolmasdan, balki yuzada joylashgan bezlarda glikogen ajralishiga imkon beradi.

Ko'p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyadan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan



4.4-rasm. Estrogenlar.

tashqari, oz miqdorda estrogen gormonlar ham mavjud. Bachadon shilliq qavatining bo'rtib qalinlashishiga sabab bo'ladi.

Shuni aytish kerakki, tuxumdondan ajraladigan follikulin gormoni bachadonni qisqartiradi, progesteron esa qisqarishni to'xtatadi, natijada bachadon shilliq qavatiga joylashgan spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayrasiga qulay sharoit yaratiladi.

Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi. Bachadonning qisqarishi natijasida bachadondan hayz qonining ajralib chiqishini ta'minlaydi. Hayvonlarda qilingan tajribalar shuni ko'rsatdiki, agar gipofiz bezi olib tashlansa, follikullar taraqqiyoti to'xtab, sariq tana vujudga

kelaydi. Bundan gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma'lum bo'ladi. Shunday qilib, spetsifik bo'lmagan gonadotrop gormoni tuxumdonning spetsifik jinsiy gormonlari - estrogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta'minlar ekan.

O'rgatuvchi testlar:

1. Hayz sikli buzilishining 5 etiologik omillarini ko'rsating.

1. Psixik kasallik, og'ir kechinmalar;
2. Noto'g'ri ovqatlanish, avitaminozlar;
3. Kasbga oid zararlar;
4. Infektsion va septik kasalliklar (so'zak, sil);
5. Jinsiy kamolotga yetish davrida gipotalamo-gipofizar tizim evolyutsiyasining buzilishi.

2 Markaziy sabablarga ko'ra hayz sikli buzilishining 3 ta asosiy ko'rinishini ayting:

1. Bosh miya po'stlog'i;
2. Gipotalamik ko'rinishi;
3. Gipofizar ko'rinishi.

3. Hayz sikli buzilishining periferik sabablarga ko'ra kelib chiqishining 2ta asosiy ko'rinishini ayting:

1. Tuxumdon tufayli;
2. Bachadon tufayli.

4. Tuxumdon siklining 2 fazasini ayting.

1. Follikulin fazasi;
2. Lyutein fazasi.

5. Bachadon siklining 4 fazasini ayting.

1. Deskvamatsiya;
2. Regeneratsiya;
3. Proliferatsiya;
4. Sekretsia.

6. Gipofiz oldingi bo'lagining 6 gormonini ko'rsating.

1. TTG ;
2. STG;
3. AKTG;
4. FSG;
5. PRL;
6. LG.

7. Kun davomiyligi bo'yicha hayz siklining 3 turini ayting.

1. 28 kunlik;

2. 21 - 22 kunlik;
3. 33 - 35 kunlik.

8. Tuxumdonning lyutein tanasi rivojlanishining 4 fazasini ayting.

1. Proliferasiya;
2. Vaskulyarizasiya;
3. Gullash;
4. Qayta rivojlanish.

9. Follikulinning (estrogenning) biologik ta'sirini ayting.

1. Ikkilamchi belgilarining rivojlanishi;
2. Jinsiy a'zolarining o'sishi va rivojlanishi;
3. Termoregulyasiya va moddalar almashinuv jarayoniga ta'siri.

10. Progesteron (gestagen) 3 ta'sirini ayting:

1. Homilaning normal rivojlanishiga ta'sir etadi;
2. Endometriyning siklli o'zgarishlarini boshqaradi;
3. Miometriyning qo'zg'alishini pasaytiradi.

V BOB

HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI

Maqsad:

Talabalarga urug'lanish tushunchasining tahlili, urug'langan tuxumning bo'linishi, homila rivojlanishining qaltis davrlari va homilaga zararli omillarning ta'siri to'g'risida tushuncha berish.

Reja.

1. Urug'lanish tushunchasining tahlili.
2. Urug'langan tuxumning bo'linishi.
3. Homila rivojlanishining qaltis davrlari
4. Homilaga zararli omillarning ta'siri.

5.1.HOMILADORLIKNING BOSHLANISHI VA EMBRIONNING RIVOJLANISHI

Erkaklar jinsiy hujayrasi. Jinsiy hujayralar har bir naslda embrional hujayradan yangidan shakllanadi. Erkaklar bilan ayollar jinsiy hujayralarining rivojlanish jarayoni bir-biriga o'xshash bo'ladi.

Erkaklarning jinsiy bezi (testis) jinsiy hujayra – spermatozoidlarni ajratadi, ular spermatogendlardan tashkil topadi. Spermatagenlar jinsiy bezlarning egri-bugri kanallari ichki yuzasida joylashgan bo'ladi.

Yetuk (tuxum hujayra bilan qo'shilish qobiliyatiga ega) spermatozoidlar yetilishi uchun spermatogennning rivojlanish jarayoni – spermatogenez sodir

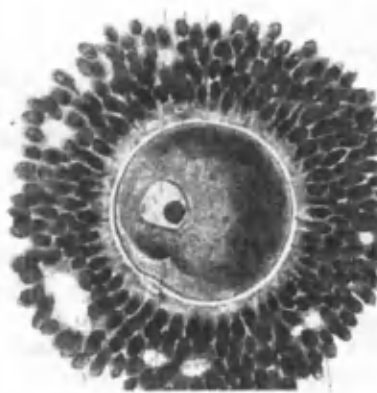
bo'lishi lozim. Bu jarayon o'g'il bola balog'atga yetishi bilan boshlanadi. Spermatogenlar tez ko'payib spermatositlar birinchi qatoriga aylanadi, qisqa o'sish davridan keyin yetilish fazasi vujudga keladi. Yetilish jarayonida birin-ketin ikkiga bo'linadi, bu odatdagi mitozdan farq qiladi va meozis nomi bilan yuritiladi. Bu xildagi reduksion bo'linishdan keyin takomillashgan erkak jinsiy hujayralari endi spermatida nomini oladi. Bu esa murakkab differensiatsiya jarayoni natijasida butunlay boshqa ko'rinishga- spermatozoidlarga aylanadi.

Spermatozoidlar ip shaklida bo'ladi (boshcha, bo'yincha va dumchadan iborat). Uzunligi 50—65 mk, boshchasi 4,5 mk bo'ladi. Spermatozoidlar urug' yo'liga tushgandan keyin harakat qila boshlaydi va urug' pufakchalari va prostata bezi ajratgan suyuqlikka aralashib, shahvat (sperma)ni hosil qiladi. Jinsiy aloqa paytida 5—8 ml gacha shahvat ajralib chiqadi. Bunda ayrim hollarda shahvat suyuqligida 200 dan 500 milliongacha spermatozoid bo'ladi. Spermatozoid asosan dumchasi yordamida harakatlanadi. Spermatozoid bir daqiqada 2-3 mm yo'l bosadi. Shuvarskiyning aytishicha, ular jinsiy aloqadan keyin 1—2 soat ichida bachadonga o'tadi. Spermatozoidlar jinsiy aloqa paytida qinning orqa gumbazidagi chuqurchaga (reseptaculum semeni) quyiladi. Orgazm natijasida bachadon bo'yni kengayib undagi shilliqli tiqin shu sohaga cho'zilib tushadi va spermatozoidlarni shimib oladi. Orgazm tugagach, bachadon bo'yni qisqaradi va shilliqli tiqin spermatozoidlar bilan birgalikda yana bachadon bo'yni kanaliga qaytadi va o'zidagi spermatozoidlarni bachadonga o'tishiga imkoniyat tug'diradi. Spermatozoidlar uchun ishqoriy sharoit bo'lishi kerak. Shunga ko'ra qindagi nordon muhit yomon ta'sir etganidan ular bu joyda tez orada halok bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidagi ishqoriy daqiqada esa spermatozoidlar soatlab, hatto bir necha kun yashashi mumkin. Spermatozoid bachadon va uning naychalaridagi kiprikchalar (shilliq qavat epiteliylari) yordamida oson harakat qilib, bachadon bo'ynidan uning bo'shlig'iga, undan naychalarga o'tadi va nihoyat naychalarning ampulyar qismida yoki qorin bo'shlig'ida tuxum hujayralar bilan qo'shiladi. Naychalarning ampulyar qismida hatto bir necha kun, qorin bo'shlig'ida 20 soatgacha yashashi va hayotiy qobiliyatini saqlashi mumkin.

Ayol tuxum hujayrasi to'la yetilmaganiga qadar erkak urug'i bilan qo'shila olmaydi. Ovulyatsiya (follikulning yetilib, yorilishi) dan ancha oldin tuxum hujayrasi asta-sekin takomillashadi, bu jarayonda u ikkiga bo'linadi. Natijada 2 ta yo'naluvchi tanachalar (birinchi va ikkinchi qatordagi tanachalar) vujudga keladi (5.1.-rasm). Tuxum hujayraning rivojlanishi (ovogenez) quyidagicha kechadi. Ovogeniya ortiq ko'paymay, 1-qatordagi ovositga aylanadi, bu bir oz kattalashadi, shu jarayon oxirida ovosit birinchi marta bo'linadi. Natijada 2 ta hujayra shakllanib, kattasi ikkinchi qatordagi ovosit, kichkinasi esa mayda yo'naluvchi yoki reduksion tanacha deb ataladi. Shundan keyin ikkinchi qatordagi ovosit yana bo'linib, bunda yetilgan tuxum va ikkinchi yo'naltirish tanachasi (reduksion tanacha)ni hosil qiladi. Bulardan birinchisi yana ikkiga bo'linishi mumkin. Natijada ikkinchi qator ovosit yadrolaridagi reduksion bo'linish natijasida xromosomalarning faqat yarmi 46 ta o'rniga 23 ta qoladi.

Bu barcha jarayon erkak urug'i bilan qo'shilishga qobiliyatli tuxum hujayraning shakllanishiga olib keladi. Ovogenez jarayonida bitta 1-qatordagi ovositdan faqat bitta yetilgan tuxum hujayra va 3 ta shimilib ketadigai yo'nalish tanachalari paydo bo'ladi. Agar tuxum hujayra yuqorida qayd qilingan jarayonga uchramasa, u yetilmaydi va shunga ko'ra spermatozoid bilan qo'shila olmaydi.

Balog'atga yetish davrida tuxumdonndagi boshlang'ich follikullardan bittasi yoki ikkitasi rivojlana boshlaydi. Yapaloq holatdagi donador hujayralar shisha boshlaydi va ular kattalashib silindr,



5.1.-rasm. Ayol tuxum hujayrasi

uchburchak holatini oladi. Ayni paytda ular energetik ravishda mitotik bo'linish bilan ko'payadi. Bu davrda follikulning o'zi to'xtovsiz kattalasha boradi. So'ngra tuxumni o'rab olgan bir necha qator hujayralar orasida bo'shliq hosil bo'ladi, bu bo'shliqdagi follikullarda suyuqlik bo'ladi. Bu suyuqlik ko'paya borgan sayin tuxumni va granuloyoz (donador) hujayralarni chetga suradi va follikul yana kattalashib, avval no'xatdek, keyin asa loviyadek bo'lib qoladi. Yetilgan follikul—Graaf pufakchasini o'ragan ustki pardasi (theca folliculi) hosil bo'ladi. Bu parda ikki qavatdan iborat bo'lib, ichkisi (tunica (theca) interna) qon tomirlarga boydir, ikkinchisi tashqi qattiq fibroz qavat (theca externa) deb ataladi va uning qon tomirlari kam bo'ladi.

Follikul yetilishi jarayonida asta-sekin tuxumdonning tashqi pardasidan membrana albuginea bo'rta boshlaydi va yirtilishga tayyor bo'lib qoladi. Organizmdagi gormonal jarayon ta'siri va follikul ichidagi bosimning oshishi natijasida u yoriladi. Follikul suyuqligi tuxum hujayra va qisman donador hujayra (granulosa)lar bilan birga tuxumdonning yorilgan joyidan qorin bo'shlig'iga tushadi. Follikul yorilib, tuxum hujayraning chiqishi ovulyatsiya deyiladi. Ovulyatsiyaning taxminiy muddati hayz siklining 10-12-kunlariga to'g'ri keladi, u oxirgi hayznng birinchi kunidan hisoblanadi.

5.2. URUG'LANISH, URUG'LANGAN TUXUMNING BO'LINISHI VA UNING BACHADONGA PAYVANDLANISHI

Urug'lanish deb, erkak urug'i yadrosi bilan ayol urug'i yadrosining qo'shilishiga aytiladi (5.2.-rasm).

Jinsiy aloqada erkak spermasi qinning orqa gumbaziga tushadi (receptaculum seminis).

Bachadonning qisqarish xususiyati jinsiy qo'zg'alishda ancha kuchli bo'ladi (urug'lanish jinsiy qo'zg'alishsiz ham bo'lishi mumkin). Bunda qin

dahlizini o'ragan muskul (Constrictor cunni)dan bachadon naychalarigacha jinsiy qo'zg'alishda ishtirok etadi.

Shu qisqarish natijasida qin dahlizi bezlarida ishlab chiqarilgan, xususan bartolini bezidan moyli sekret qinga tushadi, bachadon bo'ynidagi shilliq tiqin(probka) esa bo'yin kanalidan tilga o'xshab orqa gumbaz chuqurchasi tomon osilib tushadi. Ammo butunlay tushib ketmaydi. Jinsiy aloqada qinning orqasidagi chuqurchasiga quyilgan spermatozoidlar jinsiy qo'zg'alish tugagach bachadon tanasi va bo'yin ancha bo'shashadi. Natijada osilib turgan shilliq yana bachadon bo'yin kanaliga qaytariladi. Shu jarayonda ular shilliq tiqinga (probkaga) shimilib olingan bo'ladi, shilliq bo'yin kanaliga spermatozoidlar bilan qaytgach (bir necha million) spermatozoidlar faol harakatlanish xususiyatiga ega bo'lganiga ko'ra biroz qisqarishi natijasida bo'yin kanalidan bachadon bo'shlig'iga va undan bachadon naychalariga o'tadi. Qolgan spermatozoidlar qindagi nordon sharoitda halok bo'ladilar.

Ko'p tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, spermatozoidlarning ayol tuxumi bilan qo'shilishi bachadon naychalarining ampulyar qismida bo'ladi.

Ayolning tuxum hujayralari spermatozoidlar kabi harakatlanish xususiyatiga ega emaslar.

Ovulyatsiya natijasida tuxum hujayrasi qorin bo'shlig'iga tushadi. Ko'pchilik olimlarning fikricha, bachadon naychalarining kengaygan qismidagi ampula shokildalari (fimbria ovarica)dan biri uzunroq bo'lganiga ko'ra u ovulyatsiya natijasida ajralib chiqqan tuxum hujayrasini naychani ampula qismiga uzatadi.

Bu jarayonda albatta ayolning ruhiy holati ham katta rol o'ynaydi. Agar asab tizimining faoliyati ma'lum darajada buzilgan bo'lsa, qo'shilgan tuxum hujayrasi bachadon naychalarida tutilib qolib bachadondan tashqaridagi homiladorlik vujudga kelishiga sabab bo'lishi mumkin.

URUG'LANISH

Naycha ichiga yaqinlashgan tuxum hujayrasiga juda ko'p spermatozoidlar intiladi. Lekin spermatozoidlarga tuxum hujayrasini o'ragan, shu'lasimon toj va yaltiroq parda to'sqinlik qiladi. Bunda naychalardagi mazkur uzun shokilda tuxumdon, qorin bo'shlig'i orasidagi ko'priqcha rolini o'ynaydi. Aytib o'tganimizdek, ovulyatsiyada tuxumdondan ajralib chiqqan tuxum hujayra shu ko'priqcha orqali naychaga o'tadi. Naycha ichidagi spermatozoidlar tuxum hujayrasiga peshvoz chiqib shu yerda ular qo'shiladi. Urug'langan tuxum hujayra – zigota - naychani peristaltika harakati tufayli bachadonga qarab bo'linish jarayonida yo'naladi. Bu jarayonda ayolar gormonlarining o'rni benihoya katta.

Xususan, estrogen gormonlar bachadon naychalari, mushaklarning qisqarish faolligini ta'minlaydi, jumladan naychalarning peristaltikasini amalga oshiradi (5.3.-rasm).

Spermatozoidlar gialuronidaza deb ataladigan erituvchi moddani ishlab chiqaradi. Gialuronidaza shulasimon toj va yaltiroq pardani eritish xususiyatiga ega.

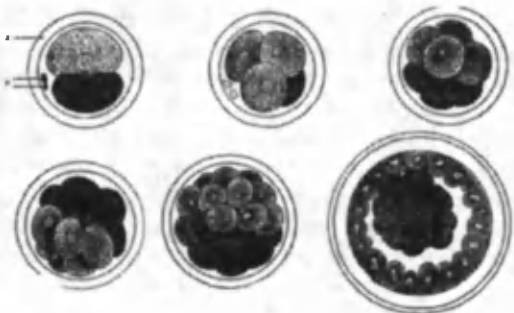
Erithish uchun kerak bo'lgan sekretni yaratishda ko'p spermatozoidlar ishtirok etadilar. Ular, nihoyat, qarshiliklarni yengib ulardan bir nechtasining boshchalari tuxum hujayrasining protoplazmasiga kirishga erishadi, qolganlari esa halok bo'ladi va bachadon naychalarining shilliq pardasiga singib yo'q bo'lib ketadi.

Tuxum hujayrasiga kirgan faqat bittasi yoki ikkitasigina urug'lanishda ishtirok etadi. Spermatozoid boshchasi tuxum ichiga kimgach uning boshi dumidan ajraladi (endi u urug' yoki erkak yadro deb ataladi). O'zi tomon siljiyotgan tuxum hujayrasining yadrosi tomon yo'naladi va u bilan qo'shilib, bitta yadroga aylanadi. Shundan keyin urug'lanish davri tugab homiladorlik boshlanadi.

URUG'LANGAN TUXUMNING BO'LINISHI VA UNING BACHADONGA PAYVANDLANISHI

Urug'langan tuxum maydalanish davriga o'tadi, natijada u blastomer deb ataluvchi qiz hujayralariga bo'linadi, bunda har bir shar o'z navbatida maydalanishga uchraydi va tut donasini eslatadigan blastomerlar kompleksi - morulani hosil qiladi.

Blastomerlar qiz hujayralariga bo'linganda bu bo'lingan hujayralarining har biri oldingi hujayralardan ikki marta kichik bo'ladi. Morulaning hajmi yetilgan tuxum hujayrasidan unchalik katta bo'lmaydi. Morula naycha ichida bachadon tomonga yo'lini davom ettiradi. Urug'langan vaqtdan boshlab oradan 8-10 kun o'tgach, qo'shilgan tuxum bachadon ichiga kelib tushadi (5.4.-rasm).



5.4.-rasm. Urug'langan tuxumning bo'linishi.

Urug'langan tuxum naycha ichida surilish jarayonida ona tuxumlari bilan morfologik jihatdan bog'liq bo'lmaydi.

Homila tuxum (pusht) bachadon bo'shlig'iga tushgandan keyingina ona organizmiga payvandlanadi. Ya'ni urug'langan tuxum bachadon shilliq pardasiga tutashadi (implantatsiya bo'ladi) va pushtning bachadonga payvandlanishini ta'minlaydi.

Homila tuxumi bo'linishi natijasida hosil bo'lgan yangi hujayralar (blastomerlar) ketma-ket kariokinez usulida bo'linib, yangi blastomerlar hosil qiladi. Bu bo'linish somatik hujayralarining rostmana bo'linishidan farq qiladi. Har bir bo'linishdan so'ng yangi hujayralar yana maydaroq, ular bir-biriga zich joylashib, tut donasiga o'xshab morulani tashkil qiladi deb aytib o'tgan edik. Bu davrga kelib morula blastositga aylangan bo'ladi. Pushtning blastosit bosqichida

uning hujayralarining bir qismi (sirikoklari) embrioblastni tashkil etib, undan kelgusida embrion rivojlanadi. Qolgan kichik hujayralar pusht chekkarog'ida joylashib, oziqlantiruvchi pardani – trofoblastni tashkil etadi. Trofoblast shuningdek pushtning bachadon devoriga payvandlanishini ta'minlaydi. Bu jarayon trofoblast ishlab chiqaradigan fermentlar bachadon shilliq pardasini eritish va bu yerda blastositning botib kirishiga imkon beradi. Blastosit bachadon shilliq pardasining funksional qavati ichiga kirib, bu jarayon anchagina tez yuz beradi – 40 soatda butunlay botib kirib, uning shilliq pardasidagi teshik ham bitib ketadi va demak, pusht shilliq qavat ichiga yopishib joylashib qoladi. Blastositning bachadon shilliq qavatiga botib kirish jarayonida atrofidagi to'qimalarda qon tomirlar jadal rivojlanib ko'payadi, biriktiruvchi hujayralar soni ortadi, ularda glikogen to'planadi. Shilliq parda payvandlanish (implantatsiya) paytida o'zining sekretiya davrini o'tayotgan bo'ladi. Bu davrda unda pusht oziqlanishi uchun zarur moddalar to'plangan. Buning ustiga trofoblast tufayli pusht atrofida to'qimalar emirilish mahsulotlari to'planadi va bu moddalar pusht oziqlanishi uchun muhit (embriotrof) hisoblanadi. Embriotrof tarkibida oqsil, karbonsuvlar, yog'simon moddalar, vitaminlar, tuzlar va boshqalar bo'ladi.

PUSHT PARDALARI RIVOJLANISHI

Pusht tuxum bachadonga payvandlangandan keyin bachadon devorida keskin o'zgarishlar ro'y beradi. Shilliq parda funksional qavatining zich va g'ovak qatlamlari yanada yaqqol bilinadi. Zich qavat (stratum compactum) salqigan stromadan tuzilgan bo'lib, undan bezlarning chiqaruv naychalari o'tadi. Stroma tolalari to'rida yirik, ko'p qirrali pufaksimon yadroli desidual hujayralar joylashadi. Ular glikogenga boy, fagositoz xususiyatiga hamda gormon ishlab chiqarish qobiliyatiga ega hujayralardir.

G'ovak qatlam (stratum Spongiosum), chuqurroq qavat, unda juda ko'p gipertrofiyalangan bezlar bo'lib, stromasida desidual hujayralar bo'lmaydi.

Pushtning o'sishi jarayonida desidual pardaning turli qismlari alohida nom oladi. Tuxum tagida joylashgan qismi decidua basalis deb ataladi. Bachadon bo'shlig'iga bo'rtib chiqqan yuzasi qoplangan qismi esa deciduas capsularis deyiladi.

Butun bachadon bo'shlig'ini qoplagan barcha qolgan qismi esa deciduas parietalis deyiladi.

Desidual pardaning ikkala qatlami homiladorlikning to'rtinchi oyiga kelib eng ko'p qalinlashadi. Oddiy ko'z bilan qaralganda qalin, burmali shilliq parda ko'rinishiga ega. 4-5 oyda homila endi bachadon bo'shlig'ini to'liq egallaydi, desidual pardalar yaqinlashib birlashib ketadi. Bu har ikkala qavat qo'shilishiga qadar yupqalashadi, ulardagi tomirlar desidual hujayralar keskin kamayadi, epiteliy qavati yo'qolib ketadi, decidual basalisda esa, aksincha, zich va g'ovak qavatlar qabarib rivojlanadi. Unda, aksincha, qon tomirlar juda rivojlanib kapillyarlar zich tomirlar to'rtini hosil qiladi. Ushbu gipertrofiyalangan va tomirlarga boy pardaga ko'plab xorion so'rg'ichlari o'sib keladi. Bular atrofida bo'shliq yuzaga kelib, unga bachadon arteriyalari qoni quyiladi.

Shunday qilib, desidual parda ona organizmi, ya'ni bachadon endometriysining o'ziga xos o'zgarishi hisobiga vujudga keladi. Qolgan ikki palla xorion va amnion parda homila to'qimalari hisobiga hosil bo'ladi (5.5.-rasm).

Xorion so'rg'ichliri bilan bachadon shilliq pardasi orasida yuqorida qayd etilganidek, to'qimalarning yemirilish mahsulotlari va ona qon tomirlaridan chiqqan qon joylashadi. Bundan homilaga kislorod yetib boradi. So'rg'ichlar bilan bachadon shilliq pardasi orasidagi bo'shliq birlamchi so'rg'ichlararo bo'shliq deb ataladi. Dastlab tuxum butunicha bo'shliq bilan o'ralgan bo'ladi. Homila rivojining keyingi bosqichlarida so'rg'ichlararo bo'shliq faqatgina platsenta sohasida bo'lib, ikkilamchi so'rg'ichlararo bo'shliq deyiladi. Trofoblast bilan bir vaqtda embrioblast rivojlanadi. Embrioblast bachadon nayidayoq rivojlana boshlasa-da, bachadonga payvandlangandan so'ng ayniqsa tez rivojlanadi. Blastosistaning segmentlaridan birida hujayralar to'plamidan iborat ikkita tuguncha - ektoblast va entoblast yuzaga keladi. Ular markazida bo'shliq hosil bo'lib, tugunchalar pufakchalarga aylanadi. Ektoblast pufakcha oyoqchasi yordamida trofoblastga tushadi. Undan amnion bo'shlig'i hosil bo'ladi. Bu bo'shliq devori suv pardasi - amnionga aylanadi. Endoblast pufakcha markaziga yaqinroq joylashib sariqlik bo'shlig'iga aylanadi, ektoblast va entoblastning amnion va sariq pufakcha orasidagi hujayralari pusht kurtagini tashkil etadi. Pusht kurtagi uchta varaqdan - ektoderma, mezoderma va endodermadan tuziladi, ana shu varaqlardan to'qima va a'zolar rivojlanadi.

Amnion pufakchasi unda to'planayotgan suyuqlik hisobiga tezda kattalashadi. Blastosista bo'shlig'i yo'qoladi. Amnion va sariq pufakcha orasidagi pusht amnion bo'shlig'iga botib kira boshlaydi va asta-sekin unga butunlay botadi. Amnion bo'shlig'i kattalashuvi bilan sariq pufakcha bo'shlig'i kichrayadi, sariqlik tomirlari artrofiyaga uchraydi, pardalar rivojlanishi bilan bir paytda pushtning birlamchi ichagini orqa uchidan o'simta-allantois hosil bo'ladi. Amnion pufakchani trofoblast bilan tutashtiruvchi oyoqcha bo'ylab allantois so'rg'ichli pardaga yo'naladi. Allantois bo'ylab pusht tanasida so'rg'ichli pardaga tomon tomirlar o'tadi. Bu tomirlar xorionning har bir so'rg'ichiga o'sib kiradi. Shu damdan boshlab pushtning allantois qon aylanishi rivojlanib pusht bilan ona organizmi o'rtasidagi jadallashib borayotgan almashinuv jarayonini ta'minlaydi.

Homila rivojining ilk bosqichlari tugallanishi davriga kelib, u uchta parda desidual so'rg'ichli va suv parda va shu parda ichidagi amnion suyuqligi bilan o'raladi.

Desidual parda bachadon shilliq pardalarida rivojlanadi, so'rg'ichli va suv parda homilaga xos. Shunday qilib, desidual parda homiladorlik tufayli o'zgarishga uchragan bachadon shilliq pardasining funksional qavatidir. Desidual parda bola tug'ilgandan keyin bachadon bo'shlig'idan ko'chib yo'ldosh bilan birga chiqadi.

Implantatsiya paytida bachadon shilliq pardasi sekretsia fazasida bo'ladi. Bachadon bezlari sekret bilan to'lgan stroma hujayralari yumaloqlashgan, ichida pusht oziqlanishi uchun zarur bo'lgan glikogen, lipid, glikoproteid, fosfor,

kalsiy va boshqa moddalar to'planadi. Desidual pardada biologik faol modda prostaglandinlar aniqlangan. Funktsional qavat g'ovak va zich qatlamlarga bo'linadi. G'ovak qatlam (Stratum spongiosum) asosan bezlardan iborat. Kompakt qatlam (Stratum compactum) yumaloqlashgan stroma hujayralari - desidual hujayralardan tuzilib, orasidan bezlarning chiqaruv yo'llari joylashadi.

Implantatsiyadan keyin bachadon shilliq pardasi ancha qalinlashadi bezlari esa sekret bilan to'lishadi. Zich va g'ovak qatlami yanada farq qila boradi. Zich qatlami glikogenga, oqsilga, mukopolisaxaridlarga boy bo'lib, fagositoz xususiyatiga ega. Zich qatlama botib kirgan pusht tuxum desidual parda elementlari bilan o'raladi.

Suv parda (amnion) yopiq qopchadan iborat bo'lib, unda homila suvga botgan holda joylashadi. Homiladorlikning rivojlanishi jarayonida amnion bo'shlig'i tezda kattalashadi. Amnion xorionga yopishadi va platsentaning ichki yuzasini qoplaydi, kindik o'qiga ham o'tib uni g'ilof singari o'raydi va kindik sohasida homila terisiga ulanadi. Amnion mezenximadan rivojlangan bir necha qavat birlashtiruvchi to'qimadan va epiteliydan tuzilgan. Bu epiteliy homila suvi hosil bo'lishi va almashuvda ishtirok etadi. Amnion va silliq xorion homila suvi tarkibining mutanosibligini ta'minlashda qatnashadi. Xullas, amnion eng ichki parda bo'lib, undan tashqari tomonda so'rg'ichli parda (xorion) va eng sirtqi qism-desidual-ko'chib tushuvchi parda joylashadi.

Homila suvi (liqvor amnii)-homiladorlik oxiriga kelib 0,5-1,5 litrga yetadi va amnion bo'shlig'ini to'ldirib turadi. Homila suvini amnion epiteliysi ishlab chiqaradi. Suvning ortiqchasi esa amnion va silliq xoriondagi hujayralararo kanal va teshiklar orqali so'rilib turadi. Homila suvining almashuvi jadal yuz beradi, shu bilan birga suv tarkibining turg'unligi ta'minlanadi. Suvga homila siydigi ham ajraladi, shuningdek teri epidermis hujayralari moy bezlari sekretlari, homilaning tuklari qo'shiladi.

Homila suvi tarkibiga oqsillar, yog'lar, lipidlar, karbonsuvlar, tuzlar, mikroelementlar, gormonlar, fermentlar, aminokislotalar, sut kislotasi va boshqalar kiradi. Homila suvining ahamiyati juda kattadir. Homilaning erkin harakati va rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi, tashqi ta'sirotlardan asraydi, kindik o'qini ezilib qolishdan saqlaydi, homila modda almashinuvi jarayonida qatnashadi, tug'ruq davrida homila suvi bilan to'lgan qog'anoq pardasi, homila pufagini tashkil etib bachadon bo'yni ochilishida ishtirok etadi.

5.3. PLATSENTA

Platsenta (placenta) ko'rinishidan kulchasimon dumaloq, qalin va yumshoq bo'lib, diametri 18 sm, qalinligi 2-3 sm va og'irligi 500-600 g bo'ladi. Uning ikkita yuzasi va bachadonga tegib turadigan ona yuzasi bor. Platsentaning ustki qismi amnion bilan qoplangan bo'lib, uning tagida kindik yopishgan joydan yo'ldosh chetlarida shu'la singari tarqaluvchi arteriya va vena qon tomirlari yotadi. Platsentaning ona yuzasi yoriqlar bilan bir necha (15-20) bo'lakka bo'lingan g'adir-budur, ba'zan bo'linmagan tekis, yupqa nursiz va ko'chib tushadigan nozik parda qoldig'i bilan qoplangan.

Ona qoni bilan homila qoni o'rtasidagi moddalar almashinuvi quyidagicha bo'ladi. Ona qoni bachadon shilliq qavatidagi vorsinkalararo bo'shliqqa tushadi. Platsentada qon tomirlar tarmoqlanib, uning vorsinkalari oralig'iga joylashadi, natijada homila uchun kerakli moddalar almashinuvi sodir bo'ladi. Homilaning qon tomirlar tizimi har bir platsenta bo'laklari va ulardan har bir xorion vorsinkalariga tarmoqlanuvchi ikkita kindik arteriyasidan iborat. Eng oxirgi shoxchalar juda ham mayda shoxobchalarga (kapillyarlarga) bo'linadi va vena kapillyarlari bilan tutashadi. Vena kapillyarlari esa bir-biri bilan qo'shilib, nihoyat kindik venasini tashkil qiladi. Shunday qilib, xorion tuklarini o'rab olgan ona qoni va xorion tuklar tomirdagi homila qoni ikkita alohida qon aylanish tizimini tashkil qiladi. Binobarin, ona va bola qon aylanish tizimlari alohida-alohida bo'lgani uchun qon hech qayerda bir-biri bilan aralashmaydi. Lekin vorsinka kapillyarlari va ularni qoplab turgan epiteliylar orasidagi pardalar juda yupqa bo'lganligi tufayli har ikkala qon tomir tizimi orasida aloqa bog'lanadi. Bunday aloqa ona bilan bola o'rtasida moddalar va havo almashinuvini ta'minlaydi. Shu jihatdan platsenta homilaning oziqlanishini, nafas olishini va almashinuvchi moddalarning ajralishini ta'minlaydigan a'zo hisoblanadi. Bundan tashqari, platsenta gonadotrop gormonlar, estrogenlar va progesteron ishlab chiqarib, homiladorlik hamda tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi.

Agar platsentaning biror qismi (yarmisi) ishdan chiqsa (o'rnidan ko'chsa yoki turli patologik o'zgarishlar yuz bersa), homilada kislorod tanqisligi vujudga keladi va u halok bo'ladi. Shuningdek, platsentaning ko'proq qismida qon aylanishi buzilsa, ya'ni katta infarkt hosil bo'lsa, platsentaning nafas yuzasi kamayadi va natijada homila nobud bo'lishi mumkin. Fiziologik holatda platsenta bachadon devorining orqa va old yuzasiga yoki bachadon tubining biror yoniga tutashadi. Agar yo'ldosh bachadonning pastki qismiga tutashgan bo'lsa, buni patologik (noto'g'ri) joylashish (yo'ldoshning oldin kelishi) deb ataladi. Platsenta orqali homilaga onadan kislorod, uglevod, gormonlar, vitaminlar va oqsil moddalar va boshqalar o'tadi. Oqsil moddalar platsentadan o'tayotganda parchalanadi va homilaga aminokislota sifatida yetib boradi. Homiladan onaga esa karbonat kislota va homilaning almashinuv mahsulotlari o'tadi.

Kindik (funiculus umbilicalis) yoki kindik tizimchasi pishiq to'qimadan iborat bo'lib, u bir uchi bilan homilaning qorin devoriga, ikkinchi uchi bilan yo'ldoshga birikadi.

Homiladorlik oxirida kindik tizimchasining uzunligi 50-60 sm, diametri 1,5 sm ga yetadi. Lekin u juda uzun yoki normadan kalta bo'lishi ham mumkin. Kindik ko'pincha platsentaning o'rta qismiga (markaziy birikish) yoki yoniga (yonga birikish) yohud chetiga yaqin yeriga (chetga birikish) birikkan bo'lishi mumkin. Ba'zan kindik yo'ldosh to'qimasiga birikmay, uning chetidan birmuncha naridagi xorion pardasiga birikishi ham mumkin. Kindik tizimchasi burilgan, hamma yuzasi egilgan, do'mboq (do'ng)lar bilan qoplangan bo'ladi.

Kindik tizimchasi ichidan ikkita arteriya va bitta vena tomiri o'tadi. Arteriya tomirlari orqali vena qoni homiladan platsentaga oqadi, vena tomirlari

orqali esa kislorodga boy bo'lgan arterial qon platsentaga va undan homilaga oqadi. Kindik tizimchasining qon tomirlari shilliqli embrional biriktiruvchi to'qima, yulduzsimon va boshqa turdagi hujayralari bo'lgan varton dirildog'i deb ataluvchi dirildog bilan o'ralgan bo'ladi. Kindik tashqaridan amnion bilan qoplangan bo'lib, uning ichida varton dirildog'i joylashgan.

Shunday qilib, kindik, platsenta, homila pardalari birgalikda yo'ldosh deb ataladi. Yo'ldosh homila tug'ilgandan keyin tug'iladi.

Yo'ldosh homiladorlikda yangi endokrin a'zo hisoblanadi. Bunda gormonlardan tashqari oksitoksik moddalar yig'iladi.

Ba'zan tuxumdon kistalari homiladorlikning ikkinchi yarmida operatsiya qilib olib tashlanganda platsentadagi xorion gonadotropin bachadonning vaqtidan oldin qisqarishining oldini olib homiladorlikni saqlaydi. Xorion gonadotropinni xorion kiprikchalar epiteliylari ishlab chiqaradi. Buning isboti shuki, homiladorlikning muddati oshgan sari epiteliylar kamaya boradi, shunga ko'ra xorion gonadotropin ham kamayib, homiladorlik estrogen gormonlarning biologik faol fraksiyasi oshadi, deb hisoblaydilar (5.6.-rasm).

5.4. HOMILANING RIVOJLANISHI

Odatda homiladorlik davri 280 kun, buni kalendar oyi bilan hisoblanganda 9 oy, akusherlik oyi bilan 10 oy, ya'ni 40 hafta davom etadi. Shu muddat davomida urug'langan tuxum hujayradan dastlabki oy ichida odam embrioni, so'nggi oylarda esa homila rivojlanadi. Amalda homiladorlik muddati oxirgi hayzning birinchi kunidan boshlab belgilanadi. Ammo bu muddat taxminiy bo'lib, ba'zan ikki haftagacha xatoga yo'l qo'yish mumkin bo'ladi. Homilaning asosiy yoshi yuqorida qayd qilganimizdek, hayz sikli bilan belgilanadi (ovulyatsiya muddatini aniq bilish ba'zan qiyin bo'ladi). Homiladorlikning birinchi oyida tuxum hujayra bo'linadi, embrion va uning pardalari vujudga keladi. Embrionning birinchi ikki oyidagi hayotida inson embrioni deb hisoblash mumkin bo'lmaydi, ya'ni uni hayvonlar embrionidan ajratish qiyin bo'ladi. Uchinchi oyining oxirida embrion asta-sekin odam ko'rinishiga kirib, homila nomini ola boshlaydi, dum qismi kaltalashadi. Tanasiga nisbatan katta boshida ko'z, burun va og'izning boshlang'ich qismi va tashqi jinsiy a'zolar bilina boshlaydi. Qorin bo'shlig'i bekilgan bo'ladi.

Rentgenda 7-8 haftalik embrion o'mrov suyagida suyaklanish nuqtalari ko'rinadi, homiladorlikning uchinchi oyida homilaning uzunligi 8-9 sm va og'irligi 20-25 g bo'ladi. Oyoq - qo'llari shakllanadi. Boshi bilan tanasining uzunlik nisbati normallashtirib boradi. Oyoq-qo'l barmoqlari va tirnoqlarining boshlang'ich alomatlari ko'rinish boshlaydi. Tashqi jinsiy a'zolar shakllanadi. Homila oyoq-qo'llari bilan qimirlash qobiliyatiga ega bo'ladi, lekin bu harakatlar hali sust bo'lgani uchun ona buni sezmaydi (5.7.-rasm).

4-oyning oxirida uning uzunligi va og'irligi 120g, jinsi aniq bilinadi. Homilaning qo'l va oyoqlari faolroq qimirlaydigan bo'ladi, lekin ona buni sezmasligi mumkin. Homilaning terisi juda yupqa qizg'ish rangda bo'lib, teri osti yog' qavati butunlay bo'lmaydi.

Homiladorlikning 5-oyi oxirida homilaning uzunligi 25 sm (oy-kuni yetgan homila uzunligining yarmi), og'irligi taxminan 300 g bo'ladi, boshining uzunligi homila umumiy uzunligining uchdan bir qismini tashkil qiladi. Paydo bo'lgan yog' bezlaridan yog' moddasi ajrala boshlaydi. Ajralgan yog' bilan ko'chgan teri epidermisi, qazg'oq aralashib, kul rang yog'ni vernix caseosa hosil qiladi. Bu yog' homilaning tanasi, peshonasi, orqasi va oyoq-qo'llarini qoplaydi. Bu davrda homilaning terisi to'q qizil rangga kirib mayin tuklar bilan qoplangan bo'ladi.

Homilador ayolning qorin devori orqali stetoskop yordamida homilaning yurak urishi eshitiladi. Homilaning oyoq-qo'llari endi onasiga sezilarli darajada ancha kuchli qimirlaydi. Homila ichaklarida o't bilan bo'yalgan axlat (mekoniya) bo'ladi.

Homiladorlikning 6-oyi oxirida homilaning terisi qarilarnikiga o'xshab burushgan, boshi va tanasining hamma yuzasi tuk bilan qoplangan, quloq va burun tog'aylari, yumshoq tirnoqlar barmoq uchlariga yetmagan bo'ladi. O'g'il bolalarda moyak hali moyak xaltasiga tushmagan, qizlarda esa kichik jinsiy lab va klitor, katta jinsiy lablar yetarlicha rivojlanmaganligiga sababli tashqi jinsiy yoriq hali yopilgan bo'ladi.

7-oylik homilaning uzunligi 35 sm, og'irligi 1000- 1200 g bo'ladi. Agar bola 7 oylik tug'ilsa, yaxshi parvarish qilinganda yashab ketishi mumkin.

8-oy oxirida homila terisi ancha tekis va mayin tuklar bilan qoplangan bo'ladi. Homila uzunligi 40 sm, og'irligi 1500-1600g. Bu muddatda tug'ilgan bolalar ham xuddi yetti oy oxirida tug'ilgan chaqaloq kabi yaxshi sharoitda parvarish qilinsa, yashab ketishi mumkin.

9-oy oxirida homilaning teri ostidagi yog' qatlami ancha ko'payishi natijasida terisidagi burushgan joylar tekislanib, ranggi och pushti bo'lib qoladi. Tuklar kamayadi, boshdagi sochlar uzunlashadi, tirnoqlar o'sib, barmoqlar uchlariga yetadi. Quloq, burun tog'aylari ancha qattiqlashadi. Homila yetila boshlaydi. Tug'ilgan homila qattiq qichqiradi, ko'zini bemalol ochadi va odatda ko'krakni ema oladi. Bunday homila deyarli yashashga qobiliyatli bo'ladi. Bu vaqtda homilaning uzunligi 45 sm, og'irligi 2400- 2500 g keladi.

10-oy davomida homila yetarli darajada rivojlanib oy oxirida to'la yetiladi. Terisi och pushti rangda, tekis, tirnoqlari o'sib, barmoqlari uchiga yetgan bo'ladi, agar 5-oyda homilaning boshi uning gavda uzunligining uchdan bir qismini tashkil qilsa, 10-oy oxirida to'rtidan birini tashkil qilib, homila boshi bilan gavdasining nisbati normal holga keladi. Bu muddatda homilaning bo'yi 50 sm ga, og'irligi 3200-3500g ga yetadi (5.8.-rasm).

5.5. HOMILANING YETILGANLIGINI KO'RSATADIGAN BELGILAR

Homiladorlik muddatining oxirida yetilgan homila belgilari quyidagicha bo'ladi:

I.O'rtacha og'irligi 3000- 3500 g (2500 g dan 4000 g gacha), uzunligi (bo'yi) 50 – 52 sm (45 sm dan ko'p), boshining aylanasi 32-34 sm, chanoq aylanasi 35 sm, chanoq'i 28 sm.

2.Yetilgan homilaning quloqlari, burun tog'aylari qotgan, tirnog'i qattiq, barmoq uchlaridan chiqib turadi. Boshidagi sochi 2 sm ga yetadi, qosh va kiprikleri yaxshi biliniib turadi.

3.Platsentaning onaga (bachadonga) yopishgan sathi qizil, kulrang, birmuncha yaltiroq (bu holat ko'chib tushadigan parda hisobiga) bo'ladi, 15-20 bo'lakka bo'lingan qismlar oralig'ida to'la bo'lmagan to'siq bor. Bu to'siq desidual pardadan tashkil topgan.

4.Homilani o'ragan parda 3 qavatdan iborat, amnion homila pardasining ichki qavati bo'lib, xorionga tegib turadi, bir qavatli silindriik epiteliy bilan qoplangan bo'ladi, qon tomirlari bo'lmaydi, desidual yoki ko'chib tushadigan parda bachadonning o'zgargan funksional qavatidir. Desidual parda xorionga ancha mustahkam birikkan.

Suv pardasi homila tuxumining ichki pardasi hisoblanadi. Homiladorlikning oxirida yuqalashib, qon tomirlarsiz, silindirsimon epiteliy bilan qoplanib qoladi. Uning 2 qavati bo'ladi: ichki – homilaga qaragan qavati, tashqi – xorionga zich yopishgan to'qima qavati.

5.Kindik tizimchasidan ikkita arteriya, bitta vena tomirlari o'tadi, ularning ustini suv parda qoplagan bo'ladi. Arteriyadan vena qoni, venadan esa arteriya qoni oqadi. Venadan oqadigan qon kislorodga va oziq moddalarga boy bo'ladi.

Kindik tizimchasida soxta tugunchalar bo'lishi mumkin, bu kindik arteriyasining buralib qolgan joylarida yoki varikoz sifatida kengayib qolgan venalar tufayli yuzaga kelgan bo'ladi. Ba'zi hollarda kindik tizimchasida chin tugunlar uchraydi, ular homila qimirlaganda qattiq tugilib qolishi va natijada qon tomirlarda homilaga qon va kislorod o'tmay qolishi mumkin, bu homilani halokatga olib keladi.

6.Homiladorlikning oxirgi muddatida qog'anoq suvi 50 dan 1000 ml gacha bo'ladi, ba'zan bundan ko'p bo'lishi mumkin. Bu patologik holat bo'lib, ko'psuvlik deb ataladi. Qog'anoq suvinin g tarkibi juda murakkab, unda homila tanasining sochlari, qisman yog' bezlaridan ajralgan homila tanasini qoplagan moy va boshqa elektrolitlar, mikroelementlar va oqsil mavjuddir.

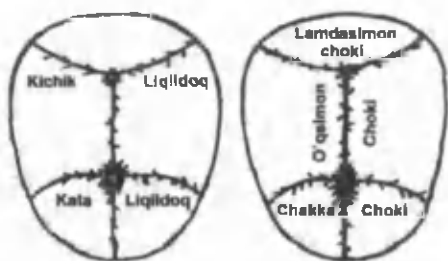
7.Yetilgan homila tug'ilishi bilan qattiq qichqiradi, qimirlaydi, chuqur va bir xil nafas oladi. Uning terisi pushti rang, yelkasi va orqasining yuqori qismi mayin tuk bilan qoplangan bo'ladi. Teri osti qavati yaxshi rivojlangan, terisida kulrangsimon moy qoldiqlari saqlangan bo'ladi.

5.6. YETILGAN HOMILA BOSHINING O'LCHAMLARI

Etilgan homilaning boshi uning eng katta qismi hisoblanadi. Odatda ona qornidaligida homilaning boshi va jigari toza qon bilan ta'minlanadi, shunga ko'ra boshining hajmi birmuncha katta, shuning uchun tug'ish yo'llarida qarshiliklarga ko'proq uchraydi. Demak, yetilgan homila boshi, o'lchovi hamda uning chanoqqa kirish qismida turishi va tuzilishini bilish muhim.

Chaqaloq bosh suyaklarining qirg'oqlari (chetlari) bir-biriga tegib tursa ham, ular chetida choklari yaxshi taraqqiy etmagan va bir-birining orasiga mahkam kirmagan bo'ladi. Choklarning bunday mustahkam emasligi tug'ish

vaqtida suyaklarning bir-biri ustiga mingashib, boshning birmuncha kichrayib, chanoq o'lchoviga moslashishiga imkon beradi. Miya qismi suyaklari chaqaloq tug'ilishiga qadar to'la suyaklanib bo'lmaydi, bir-biri bilan qo'shiluvchi suyaklar burchagida 2 ta oraliq qoladi. Bu liqildoq – Fonticulus deb ataladi. Kichik va katta liqildoq bo'ladi (5.9.-rasm).



5.9.- rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloqning boshi.
Yuqoridan ko'rinishi

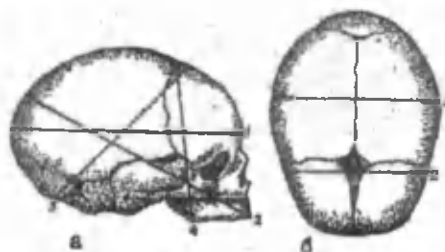
Akusherlik tajribasida quyidagi choklar amaliy ahamiyatga egadir:

1. Ikki ta peshona suyagini biriktiruvchi peshona choki (sutura frontalis).
2. Ikki ta bosh tepa suyagini qo'shib oldindan katta liqildoqqacha, orqadan kichkina liqildoqqacha yetadigan o'qsimon chok (sutura sagittalis).
3. Boshning har ikki tomonida peshona va tepa suyaklarni biriktiruvchi chok (sutura cornalis).
4. Ensa va tepa suyaklarni biriktiruvchi ensa choki (sutura lamboidea).
5. Boshning har ikki tomonida chakka va tepa suyaklarini birlashtiruvchi chok, chakka choki (sutura temporalis).

Katta liqildoq peshona choki bilan o'qsimon chokning birlashgan joyida hosil bo'ladi. Bu liqildoqlar faqat fibroz pardadan iborat. Katta liqildoq (fonticulus magnus) o'tkir burchagi bilan peshonaga, to'mtoq burchagi ensaga qaragan romb shaklida bo'ladi. Katta liqildoq tomon keladigan 4 ta chokning har biri liqildoqning shu chok tomonidagi burchagining davomi bo'ladi.

Yetilgan homila boshi quyidagi to'g'ri, ko'ndalang va aylanma o'lchovlar bilan o'lchanadi (5.10.-rasm).

1. Peshona suyagidagi ikki qosh oralig'idan ensa do'mbog'igacha bo'lgan oraliq to'g'ri masofa (diametr fronto occipitalis) deyiladi. Bu 12 sm ga teng. Shu ikki o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 34 sm keladi.



5.10.- rasm, Yangi tug'ilgan chaqaloqning bosh suyagi a) yon tomondan ko'rinishi: 1-to'g'ri o'lchov; 2- katta qiyshiq o'lchov; 3- kichik qiyshiq o'lchov; 4- boshning tik o'lchovi; b) yuqori tomondan ko'rinishi: 1- katta ko'ndalang o'lchov; 2- kichik ko'ndalang o'lchov.

2. Engakdan ensa suyagining eng uzoq nuqtasigacha bo'lgan oraliqni katta qiyshiq masofa (diametr mento occipitalis) deyiladi. 13-13,5 ga teng. Shu nuqtalar bo'yicha o'lchangan bosh aylanasi 39-42 sm keladi.

3. Ensa chuqurchasidan (ensa do'mbog'idan) pastda katta liqildoq o'rtasigacha bo'lgan oraliq kichik qiyshiq masofa (diametr subocsirpita bragmaticus) deyiladi. Buning uzunligi 9,5 sm bo'lib, shu o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 32 sm keladi.

4. Tapa suyaklar dumbog'ining eng uzoq oralig'i katta ko'ndalang masofa (diametr bipatietalis) deyilib, bu 9,5 sm ga teng keladi.

5. Chakka suyaklari eng uzoq nuqtalarining orasi kichik ko'ndalang masofa (diametr bitemporalis) bo'lib, 8 sm ga teng bo'ladi.

6. Til osti suyagi sohasidan katta liqildoqqacha bo'lgan tik oraliq (sublingva bragmaticus) 9,5 sm ga teng bo'lib, shu o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 32 sm keladi.

Homila boshining o'lchovlaridan tashqari, tug'ish jarayonida tana o'lchovlari ham ahamiyatga ega. Ikki yelkaning ko'ndalang oralig'i (diametr biacromialis) 12 sm ga teng bo'lib, yelkaning shu o'lchov bo'yicha aylanasi 35 sm keladi. Dumbalarning ko'ndalang oralig'i (diameter biliacus) 9-9,5 sm ga teng bo'lib, shu o'lchov bo'yicha dumbalarning aylanasi 27-28 sm keladi.

Amaliy ko'nikmalar:

Homila boshining o'lchamlari

1. Kichik qiyshiq o'lcham - ensa osti chuqurchasidan katta liqildoqning oldingi burchagigacha bo'lgan masofa -9,5sm. Aylanasi -32sm .

2. O'rta qiyshiq o'lcham - ensa osti chuqurchasidan peshonaning sochli qismi chegarasigacha bo'lgan masofa -10sm. Aylanasi -33sm .

3. Katta qiyshiq o'lcham - engakdan ensa dumbog'igacha bo'lgan masofa -13-13,5 sm. Aylanasi 38-42sm.

4. To'g'ri o'lcham - burun qansharidan(globella)dan ensa dumbog'igacha bo'lgan masofa - 12sm. Aylanasi -34sm.

5. Vertikal o'lcham - tepa suyagi cho'qqisidan til osti sohasigacha bo'lgan masofa -9,5sm . Aylanasi 33sm .

6. Katta ko'ndalang o'lcham - tepa suyaklarining eng uzoq nuqtasi oralig'i 10sm .

7. Kichik ko'ndalang o'lcham - chakka suyaklarining eng uzoq nuqtalari oralig'i 8 sm.

O'rgatuvchi testlar:

1.Progesteronning fiziologik vazifasi qanday?

Bachadon devorining passiv cho'zilishini ta'minlaydi

Ko'krak bezlarida proliferativ jarayonlarni stimullaydi

Urug'langan tuxum hujayraning bachadonga yopishishiga sharoit yaratib beradi

Gipofizda FSG ekskretsiyasini kamaytiradi

Progesteron miqdori yo'ldoshning faoliyati to'g'risida ma'lumot beradi

2.Qog'anoq suvlariga to'g'ri ta'rif bering?

Qog'anoq suvlarini annion ishlab chiqaradi

Qog'anoq suvlarining miqdori - 0,5 - 1,5 litr

Qog'anoq suvlari tarkibiga oqsillar, uglevodlar kiradi
Qog'anoq suvlari homila yaxshi rivojlanishini va harakatini ta'minlaydi
Qog'anoq suvlari tarkibiga qarab, homila ahvolini bilish mumkin

3.Qog'anoq suvlariga to'g'ri ta'rif bering?

Qog'anoq suvlarini xorion ishlab chiqaradi.
Qog'anoq suvlari homilani tashqi noxush ta'sirlardan himoya qiladi
Qog'anoq suvlari tarkibiga mochevina kiradi
Homiladorlik oxirida qog'anoq suvlari nisbatan kamayadi
Qog'anoq suvlari kindik tizimchasini homila tanasi bilan bachadon devori

o'rtasida siqilishidan asraydi

4.Yo'ldoshga to'g'ri ta'rif bering?

Yo'ldosh asosiy massasini vorsinkali xorion tashkil etadi

Yo'ldosh diametri – 15 – 18 sm

Yo'ldosh vazni – 500 – 600gr

Yo'ldoshda xorionik gonadotropin, progesteron gormonlari ishlab chiqariladi

Yo'ldoshning qalinligi – 2 – 3 sm

5.Yo'ldosh tarkibiga nimalar kiradi?

Yo'ldosh

Qog'anoq pardalari

Kindik

6.Erkaklar tuxum hujayrasiga (spermatozoidlarga) to'g'ri ta'rif bering?

Spermatozoidlar uzunligi 50 – 60 mikron

Spermatozoid 23 xromosomadan iborat

Spermatogenez jinsiy yetilish davrida boshlanadi

Spermatozoidlar tezligi 2 – 3 mm 1 daqiqada

Spermatozoidlar ishqoriy muhitda o'z urug'lantirish qobiliyatini 2 sutka davomida saqlaydi

7.Ayollar tuxum hujayrasiga to'g'ri ta'rif bering?

Tuxum hujayra diametri o'rtacha 120 – 150 mikron

Tuxum hujayra ovulyatsiyadan keyin 1 – 2 sutka davomida urug'lantirish qobiliyatini saqlaydi

Yetilgan tuxum hujayra 24 xromosomadan iborat.

Follikul yetilishi gipofizning FSG va LG bilan boshqariladi

Yetilayotgan primorbid follikulda estrogen gormon ishlab chiqariladi.

8.To'g'ri javoblarni ko'rsating?

Spermatozoid tuxum hujayra bilan bachadon nayining ampulyar qismida uchrashadi.

Implantatsiya homiladorlikning 6 – 7 kunda sodir bo'ladi

Homiladorlik urug'langandan keyin boshlanadi

Ayol jinsli homila pushti gomozigotali

Trofoblast faolligi hisobiga implantatsiya sodir bo'ladi

9. To'g'ri javoblarni ko'rsating?

Homila pushti 3 homila pardasi hisobiga himoyalanaadi

Implantatsiya trofoblast proteolitik faolligi hisobiga bo'ladi
Qog'anoq suvlari normada steril
Tashqaridan xorion vorsinkasi sinsitiy qavati bilan qoplangan
(plazmodiotrofoblast)

Vorsinka sinsitiysi progesteron ishlab chiqaradi

10.To'g'ri javobni ko'rsating?

Trofoblast urug'langan tuxum hujayradan rivojlanadi

Yo'ldoshning butkul rivojlanishi homiladorlikning 16 – 18 haftasida
to'xtaydi

Yo'ldoshda XG ishlab chiqariladi

Qog'anoq suvlarining holatiga qarab homila ahvoliga baho berish mumkin
Kindik tizimchasidan 2 ta arteriya, 1 ta vena tomiri o'tadi

11.Yo'ldoshning asosiy vazifalari?

Nafas olish

Ajratish

Trofik (oziqlantiruvchi)

Himoya

Inkretor

12.Yo'ldoshda qanday gormonlar ishlab chiqariladi?

Platsentar laktogen (PL)

Xorionik gonadotropin (XG)

Progesteron

Estrogenlar

Kortizol

13. Homila boshining to'g'ri o'lchami:

Ikki qosh oralig'idan ensa do'mbog'igacha bo'lgan masofa

12 sm.

14. Homila boshining katta qiyshiq o'lchovi:

Engakdan ensa do'mbog'igacha bo'lgan masofa

13 - 13,5 sm

15. Kichik chanoq tor qismining sathi chegarasi bu:

Simfizning pastki qirrasi

Quymich o'ymasi

Dumg'aza - dum birikmasi

16. Homila boshi quyidagi suyaklardan tashkil topgan:

Ikkita peshona suyagi

Ikkita bosh tepa suyagi

Yuz suyaklaridan

Ikkita chekka

Ensa suyagi

17. Etilgan homila boshining to'g'ri o'lchamlarini ko'rsating?

Katta ko'ndalang o'lcham 9,5 sm

Kichik ko'ndalang o'lcham 8,5 sm

Kichik qiyshiq o'lcham 9,5 sm

Katta qiyshiq o'lcham 13 sm

O'rta qiyshiq o'lcham 10 sm

18. To'g'ri javoblarni ko'rsating?

Boshning kichik qiyshiq o'lchami aylanasi 32 sm

Boshning to'g'ri o'lchami aylanasi 34 sm

Boshning katta qiyshiq o'lchami aylanasi 38 – 42 sm

Boshning o'rta qiyshiq o'lchami aylanasi 33 sm

Boshning vertikal o'lchami aylanasi 32 sm

19. Yetilgan homilaning og'irligi va uzunligini ko'rsating:

Uzunligi 48 – 54 sm

Yelka kengligi 12 – 12,5 sm

Yelkalar aylanasi 35 sm

Vazni – 2600 – 5000 g

Chanoq diametri 9,5 sm

20. Chaqaloqning yetilganlik belgilari:

Vazni – 2500 – 4000g

Kindik halqasi qov suyagi bilan xanjarsimon o'shma o'rtasida joylashgan

Terisi pushti rang, teri osti qavati yaxshi rivojlangan, boshdagi sochi uzunligi 2sm gacha

O'g'il bolalarda moyak urug' xaltaga tushgan, qiz bolalarda kichik lablarni katta lablar yopib turadi

Harakatlari faol, qattiq baqiradi, ko'zlari ochiq, so'rish refleksi yaxshi rivojlangan

Quloq va burun tog'aylari qotishgan

VI BOB

AYOLLAR CHANOQ'I

Maqsad. Ayollar chanog'i tuzilishi va uning o'lchovlarini o'rganish.

Reja.

1. Ayollar chanog'i tuzilishi.

2. Chanoq suyaklarining turli bo'g'imlari.

3. Katta chanoq.

4. Kichik chanoq.

5. Katta chanoq o'lchovlari.

6. Kichik chanoq o'lchovlari.

Chanoq tana holatini normal saqlabgina qolmay, balki tug'ruq vaqtida bola o'tadigan yo'l sifatida ham ahamiyati kattadir.

Ayollar chanog'i to'rtta suyakdan, ya'ni ikkita nomsiz, bitta dumg'aza va bitta dum suyagidan iborat bo'lib, ular o'zaro tog'aylar va boylamlar yordamida birikkan bo'ladi.

Nomsiz suyak yoki chanoq suyagi (os innominata seu coxae) uchta suyakdan, ya'ni yonbosh, quymich va qov suyagi birikishidan hosil bo'ladi. Bu

uchta suyak tepasining qo'shilgan yerida, tashqi tomonida katta chuqur bo'lib, u quymich dumg'azasi (acetabulum) deb ataladi.

Yonbosh suyak bilan qov suyagi tanalari qo'shilgan joyda ko'tarma joy paydo bo'lib, u egilib yonbosh suyakni ko'ndalangiga kesib o'tadi. U linea arcuata deb ataladi, bu chiziq katta va kichik chanoq bo'shliqlarini chegaralovchi umumiy chiziqni (linea terminalis seu linea innomita) hosil qilishda ishtirok etadi. Yonbosh suyak qanotining ustki cheti qalinlashgan bo'lib, u yonbosh suyak qirrasi (crista iliaca) deb ataladi. Bu qirra ichki va tashqi qismdan va uchta chiziqdan iborat bo'lib, ular muskullarning paylari yopishuvi uchun xizmat qiladi.

Qirra — old tomonidan oldingi ustki yonbosh o'sig'i (spina iliaca anterior superior) va orqa tomondan xuddi shunday o'siq (spina iliaca posterior superior) bilan tugaydi.

Oldingi va orqadagi bu ustki o'siqlar ostida shu nomdagi ostki o'siqlar bor. Orqadagi pastki o'siq tagidan katta quymich kemtigi (incisura oishadica major) boshlanib, u quymich o'sig'i (spina ischiadica) bilan tugaydi. Bu o'siq ostida esa kichik quymich kemtigi (incisura ishiadica minor) turadi. Bu kemtik quymich do'mbog'i (tuber ischiadicum) bilan tugaydi.

Yonbosh suyak qanotining ichki tomondagi katta chuquri orqasida quloq suprasi shaklidagi bo'g'im yuzasi bo'lib, bu yuza yordamida yonbosh suyagi dumg'aza suyagi bilan birikadi. Quymich do'ngi oldinga tomon ingichkalasha borib, quymich suyagining shoxi (ramus ossis ischii) ga aylanadi va qov suyagining pastki shoxi (ramus inferior ossis pubis) bilan qo'shiladi. Quymich suyagi bilan qov suyagining pastki va ustki shoxlari o'rtasida katta yopiluvchi teshik (foramen obturatum) hosil bo'ladi.

O'ng va chap qov suyaklari o'rta chiziqda bir-biri bilan qo'shilib, qov birlashmasini (symphysis) hosil qiladi.

Dumg'aza suyagi (os sacrum) o'zaro bitishib ketgan beshta umurtqadan iborat bo'lib, ular turli kattalikda bo'ladi, umurtqalar pastga tomon kichrayib va torayib boradi, shuning uchun dumg'aza suyagi pastga tomon toraygan uzunchoq uchburchak shaklida bo'ladi. Birinchi dumg'aza umurtqasining usti (dumg'azaning asosi) keng tekislikdan iborat bo'lib, bu tekislik yordamida dumg'aza beshinchi bel umurtqasi bilan qo'shiladi. Bu ikkita umurtqa tutashgan joyda chanoq ichiga qaragan do'ng (promontorium) paydo bo'ladi. Dumg'aza suyagining ensiz joyi (cho'qqisi) pastga qaragan bo'ladi va dum suyagi bilan qo'shiladi.

Dumg'aza suyagining oldingi yuzasi chuqurlashgan, orqa yuzasi esa uzunasiga va ko'ndalangiga do'ppaygan, egri, g'adir-budur bo'ladi: uning orqa yuzasida umurtqalarning orqa ko'ndalang va bo'g'im o'simtalarining qo'shiluvi tufayli beshta bir-biriga parallel turgan bo'ylama qirralar hosil bo'ladi. Dumg'aza suyagining ikki yon tomonida quloq suprasi shaklidagi bo'g'im yuzasi bor. Bu yuzalar yordamida dumg'aza suyagi chanoq suyagi bilan bo'g'im hosil qiladi. Dumg'aza suyagining old va orqa tomonidan to'rt juftdan teshiklar (foramina sacralia) bo'lib, bu teshiklar dumg'aza kanali bilan tutashgandir.

Dum suyagi (os coccygium) beshta kichik umurtqadan iboratdir. Dum suyagining birinchi umurtqasi boshqalariga nisbatan birmuncha rivojlangan bo'ladi. Dum suyagi uchini tashkil etadigan oxirgi umurtqa eng kam rivojlangan.

Chanoq suyaklari turli bo'g'imlar orqali bir-biri bilan birikadi.

1. Qov birikmasi (symphysis pubica) ikkita qov suyagining bo'g'im yuzasi yordamida hosil bo'ladi. Bu yuzalar orasida tog'ay plastinka bo'lib, uning ichida torgina bo'shliq bor. Shuning uchun bu birikma yarim bo'g'im deb ataladi. Uning harakati juda chegaralangan bo'ladi.

2. Dumg'aza bilan yonbosh suyak bo'g'imi (articulatio sacraliaca) yarim bo'g'im (amorphartroz) — bu dumg'aza suyagi va yonbosh suyakdagi quloqsimon yuzalarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Unda harakat deyarli bo'lmaydi.

3. Dumg'aza bilan dum birikmasi (synchondrosis sacrococcygea) qimir-lamaydigan birikmalar qatoriga kirsa-da, lekin ikki suyakni qo'shib turuvchi fibroz tog'ayning cho'ziluvchanligi hisobiga dum suyagi homila boshini tug'ilish jarayonida orqaga siljitadi. Bunday siljish tug'ish vaqtida juda muhimdir.

Chanoq ikki qismdan — katta va kichik chanoqlardan iborat bo'lib, ularni bir-biridan chegara chizig'i deb ataladigan chiziqli (lin. terminalis) ajratib turadi.

CHANOQ SUYAGINING O'LCHOVLARI

Ayollar chanoq'i asosan ikki qismdan tashkil topgan — katta chanoq va kichik chanoq. Bularning har ikkalasini ajratuvchi chegarasi nomsiz yoki chegara chizig'i (linea innominata seu terminalis) hisoblanadi, deb aytib o'tgan edik. Katta chanoq akusherlik nuqtai nazaridan kichik chanoqqa nisbatan unchalik ahamiyatga ega emas.

Ba'zi akusherlar katta chanoqni «kichik» chanoqning «oynasi» deb hisoblaydilar, chunki katta chanoqning ba'zi o'lchovlariga qarab kichik chanoq o'lchovlarini taxmin qilsa bo'ladi.

Katta chanoq (pelvis major). Orqadan oxirgi bel umurtqasi, yondan yonbosh suyaklar bilan chegaralanib, old tomonida suyaklar bo'lmaydi, shunga ko'ra homiladorlikda bachadon va qorin devori hech qanday to'siqsiz o'saveradi.

Kichik chanoq (pelvis minor). Shakli qirqilgan uchburchakka o'xshaydi, go'yo asosi bilan yuqoriga aylangan. Kichik chanoqning oldingi devori qov suyagi va simfiz, orqasi dumg'aza va dum suyagi, yondan quymich suyaklari bilan chegaralangan.

Kichik chanoqning oldingi devori orqa devoridan uch baravar katta (oldingi devori 4—4,5 sm, orqa devori 12,5—13 sm).

Kichik chanoqning yon tomonlari qorin parda va ikkita boylam lig. sacro spinosum va lig. sacrotuberosum bilan qoplanib, chegaralangan teshik (quymich o'ymasi) (incisurae ischiadicae) ni hosil qiladi.

Shunday qilib, kichik chanoq hamma tomondan suyakdan tashkil topgan.

Katta chanoq o'lchovlari. Normal chanoqning tashqi masofalarini o'lchab aniqlash bilan kichik chanoq o'lchovlarini ham tasavvur qilish mumkin bo'ladi.

Chanoqning tashqi masofalari odatda ayolning yotgan holatida o'lchanadi. Buning uchun sirkul (chanoq o'lchagich — tazomer) dan foydalaniladi. Ayol kushetka yoki karavotga chalqancha yotadi, akusher esa ayolning o'ng tomoniga qaragan holda o'tiradi, chanoq o'lchagichning ikki oyog'ini ikki qo'lga oladi-da, ko'rsatkich va katta barmoqlar bilan uning uchidagi tugmachalardan ushlaydi va o'lchashga kirishadi.

Normada:

1. Ikki yonbosh suyaklarining oldingi ustki o'siqlari orasi (*distantia spinarum*) — 25-26 sm.

2. Ikki yonbosh suyaklari ustki qirralarining eng uzoq nuqtalari orasi (*distantia cristarum*) — 28-29 sm.

3. Son suyaklarining katta traxanterlari (katta boshi ko'stlari) orasidagi masofa (*distantia trochanterica*) — 30-31 sm.

Teri osti yog' qavati qalin bo'lgan ayollarning turtib chiqqan katta nuqtalarini ushlab ko'rish juda qiyin bo'ladi. Bunday hollarda ayoldan avval bir oyog'ini, keyin ikkinchi oyog'ini surish talab qilinadi va shu harakat vaqtida son suyaklarining katta boshi ko'stni barmoq bilan paypaslab topishga harakat qilinadi.

Tashqi kon'yugatalarni (*conjugata externa*) yoki Bodelak diametrini o'lchash uchun ayol yonboshga yotqiziladi. Ayol pastdagi oyog'ini chanoq - son va tizza bo'g'imlaridan bukadi, yuqori oyog'ini uzatgan holda chanoq o'lchagich bir uchi tugmasi simfizning yuqori qismiga, ikkinchisi esa dumg'aza rombi (*Mixaelis rombi*)ning yuqori burchagiga qo'yiladi. Agar romb uncha bilinmasa, ko'rsatkich barmoqni bel umurtqasi bo'ylab surilganda barmoq chuqurchaga tushadi, shu yer bel umurtqasining dumg'aza bilan birlashgan yeridir. Bu o'lchov 20—21 sm ga teng bo'lib, buning yordamida kichik chanoqning to'g'ri o'lchovini bilish mumkin. Bundan 9 sm olib tashlansa (suyak va yumshoq to'qima qalinligiga), kichik chanoqning to'g'ri o'lchovi chiqadi.

Kichik chanoq o'lchovlari. Kichik chanoq akusherlik nuqtai nazaridan tug'ish yo'li hisoblanadi. Kichik chanoq yuzasi qov suyagi va simfiz chetlari bilan, orqadan dumg'aza do'ngi (*promontorium*), yonidan nomsiz chiziqli bilan chegaralanadi.

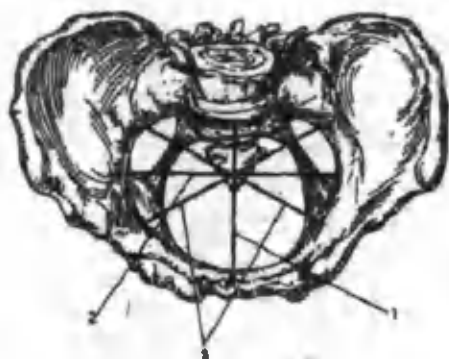
Kichik chanoqning kirish yuzasi geometrik tuzilishdadir. Kichik chanoq yo'lida 4 ta sath mavjuddir.

- 1) chanoq kirish qismining sathi;
- 2) chanoq keng qismining sathi;
- 3) chanoq tor qismining sathi;
- 4) chanoqdan chiqish qismining sathi.

Chanoqqa kirish qismining sathi 3 ta: to'g'ri, kondalang va juft qiyshiq o'lchovlar (o'ng va chap) dir (6.1. — rasm).

Chanoqqa kirish qismining to'g'ri o'lchovi — chin konyugata (*conjugate vera*), chanoqning chiqib turgan chetlari: oldidan simfiz va dumg'aza do'mbog'i

(promontorium) oralig'i, bu o'lchov 11 sm. ga teng. Chanoqning anatomik to'g'ri o'lchovi (conjugata anatomica) chin konyugatadan 0,5 sm. kamdir.



6.1. – rasm. Kichik chanoqning kirish tekisligining o'lchamlari:

1- to'g'ri o'lchami (chin kon'yugata);
2- ko'ndalang o'lchami; 3- qiyshiq o'lchamlari.

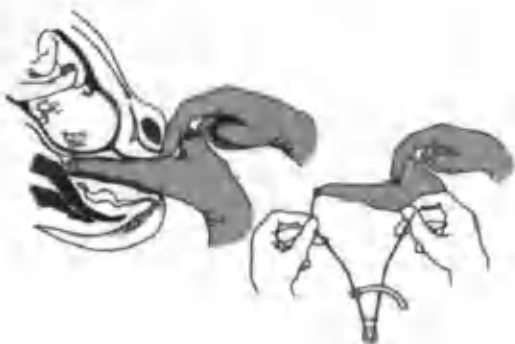
Agar ayol oyoqlari karavot chetidan osil-tirilsa (Valxer yotishi) yoki uzatilsa, chin konyugataga 0,5—0,75 sm qo'shiladi. Aksincha, sonni qoringa bukkanda shuncha kamayadi.

Kichik chanoq kirish sathi to'g'ri o'lchovini 2 ta usul bilan aniqlash mumkin. 1) tashqi konyugata (conjugata externa) dan 9 sm olib tashlansa, to'g'ri o'lchov chiqadi;

2) diagonal konyugata (conjugata diagonalis). Buning uchun o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmog'ini aseptik sharoitda qinga kiritib dumg'aza burni (promontorium) tomon yo'naltiriladi. Odatda barmoqlar dumg'aza burniga yetmaydi, bu chanoqning tor emasligini bildiradi. Agar barmoqlar dumg'aza burniga yetsa, unda qinning bosh barmoq bilan ko'rsatkich barmoq oralig'i qov suyagi ostiga taqaladi, shu taqalgan yerni chap qo'l bilan belgilab olib, keyin o'ng qo'l qindan chiqariladi. Keyin chanoq o'lchagich yoki santimetr tasmasi bilan o'lchanadi. Agar 13 sm bo'lsa (bu o'lchovdan kami tor chanoq bo'ladi), undan 2 sm olib tashlansa, chin konyugata (conjugata vera) chiqadi (6.2. – rasm).

Kichik chanoq kirish qismining ko'ndalang o'lchovi nomsiz chiziq eng uzoq nuqtalarining orasidagi 13—13,5 sm masofaga teng, bu chin konyugatani perpendikulyar ravishda kesib o'tib, chanoq kirish qismi oval shaklida bo'lganiga ko'ra dumg'aza do'mbog'i (promontorium) yaqinrog'iga joylashgan.

Kichik chanoqning qiyshiq o'lchovlari — bu o'lchov orqadan dumg'aza va yonbosh qo'shilgan bo'g'imlar bilan yonbosh va qov suyaklari birikkan do'mbog'

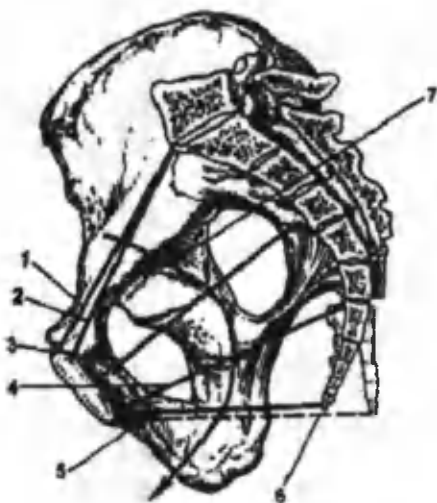


6.2.- Diagonal konyugatani o'lchash

oraliqlaridir. Buning 9 ta o'lchovi bor, birinchisi o'ng qiyshiq o'lchov-bu o'ng tomondagi dumg'aza va yonbosh bo'g'imidagi yonbosh va qov do'mbog'i orasi, chap qiyshiq o'lchov - chap tomondagi dumg'aza va yonbosh bo'g'imidan o'ng tomondagi yonbosh va qov do'mbog'i orasi (eminentio ilio publica), har bir qiyshiq o'lchov 12 sm ga teng.

6.3.-rasm. Ayol chanoq'i (yonbosh kesilishining ko'rinishi):

1 — anatomik konyugata; 2- chin konyugata; 3 — kichik chanoqning keng qismining to'g'ri o'lchami; 4-tor qismining to'g'ri o'lchami; 5 — chiqish tekisligining to'g'ri o'lchami; 6-tug'ruq paytidagi chiqish tekisligining to'g'ri o'lchami; 7- chanoqning o'qi.



Kichik chanoqning keng sathi oldindan simfizning o'rta qismi bilan, orqadan II va III dumg'aza bo'g'imlari oralig'i to'g'ri o'lchovi bo'lib, bu 12,5 sm ga teng. Ko'ndalang quymich kosasi oralig'i ham 12,5 sm. Chanoqning keng qismi dumaloq shaklda bo'ladi. Chanoq bo'shlig'ining tor tekisligi oldindan simfizning pastki cheti, orqadan dumg'aza suyagining pastki qismi oralig'i hisoblanadi. Buning to'g'ri o'lchovi simfizning va dumg'aza suyaklarining (articulatio sacro coccegea) pastki qismi oralig'i 11,5 sm bo'ladi. Ko'ndalang o'lchovi — ikkita quymich qirrasini oralig'i 10,5 sm bo'lib, tor sathi oval shaklda (to'g'ri o'lchov, ko'ndalang o'lchovdan ko'p) bo'ladi (6.3. — rasm).

Chanoq chiqish qismining (tubining) yuzasi simfizning pastki cheti bilan quymich do'mbog'i va dum suyagi uchining oralig'idir.

Chanoqning chiqish qismini ham 2 ta — to'g'ri va ko'ndalang o'lchovlar bor. Bu yuzada qiyshiq o'lchov yo'q: to'g'ri o'lchov simfizning pastki chetidan dum suyagining uchi oralig'i bo'lib, 9—9,5 sm.

Tug'ish jarayonida homila boshi va yelkasi tug'ilishida dumg'aza va dum suyagini biriktiruvchi bo'g'im qo'zg'aluvchan bo'lganiga ko'ra dum suyagi orqaga qayrilib, bu o'lchov 11—12 sm ga yetadi. Chanoq chiqish qismining ko'ndalang o'lchovi quymich suyagining ichki yuzasi oralig'i bo'lib, 11 sm ga teng.

Agar kichik chanoqning hamma 4 ta to'g'ri o'lchovlari qo'shilsa, bukilgan chiziq yoki chanoq o'qi hosil bo'ladi. Chanoq o'qi dumg'aza bukilmasiga moslashgan bo'lganiga ko'ra bukilgan holda bo'ladi.

Amaliy ko'nikmalar.

1. AYOLLAR CHANOQ'INI O'LCHASH

Qadamlar:

1. Ayol ikkala oyog'ini birlashtirib uzatgan holatda va qornini ochib yotadi.
2. Chanoqni o'lchash, chanoq o'lchagich asbobida o'tkaziladi.
3. *Distantia spinarum* – yonbosh suyaklari oldingi yuqori o'siqlari orasidagi masofa -25-26sm ga teng. Chanoq o'lchagich tugmalarini oldingi yuqori o'siqlar tashqi yuzasiga qo'yib o'lchanadi.

4. *Distantia sristarum*- yonbosh suyaklari qirralarining eng olis nuqtalari orasidagi masofa -28-29sm ga teng. Chanoq o'lchagich tugmalarini yonbosh suyaklarining eng olis nuqtalariga qo'yib o'lchanadi.

5. *Distantia trohanterica*-son suyaklari katta ko'stlari orasidagi masofa -30-31sm ga teng. Chanoq o'lchagich tugmasini son suyaklari bo'rtib chiqqan qismiga qo'yib o'lchanadi.

6. *Conjugata externa* – tashqi konyugata, o'lchash uchun ayol yonboshga yotqiziladi. Pastdagi oyog'i bukilgan, ustki oyog'i uzatilgan holatda yotadi. Chanoq o'lchagich bitta tugmasini Mixaels rombinning yuqori burchagiga, ikkinchisini esa simfizning yuqori tashqi chetining o'rtasiga qo'yib o'lchanadi, 20-21 sm ga teng.

7. Tashqi konyugata o'lchamiga asoslanib chin konyugata *S.vera* o'lchamini topish mumkin. Buning uchun, tashqi konyugata o'lchamidan suyaklar va yumshoq to'qimalar qalinligiga 9 sm olib tashlanadi. *C. externa* 20sm-9 sm=11sm

2. DIAGONAL KONYUGATANI O'LCHASH

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.

2. Qo'lga qo'lqop kiyiladi.

3. Barmoqlar qinga kirgizilib, dumg'aza burniga yetkazishga harakat qilinadi, kaft qirrasini simfizning pastki yuzasiga taqaladi.

4. Chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan shu taqalgan nuqta belgilanadi.

5. Belgilangan nuqtadan barmoqni olmasdan qo'l qindan chiqaziladi va chanoq o'lchagich yoki santimetrli tasma yordamida barmoqning uchidan simfizga taqalgan nuqtasigacha bo'lgan masofa o'lchanadi.

6. *C. Diagonalis* – simfizni pastki qirrasidan dumg'aza burnigacha bo'lgan masofa – 13-13,5 sm ga teng.

Masalalar: 1.Oilaviy poliklinikaga 32 yoshli, 31-32 sm haftalik homilador ayol murojaat qildi. Chanoq o'lchamlari: *Distantio spinarum* – 25sm, *Distantio cristarum* 28sm, *distantio trohantatica* 31 sm. *Conjugata externa* 20 sm. Chanoqning chiqish tekisligi o'lchamlari: to'g'ri o'lchami 9,5 sm, ko'ndalang 11 sm ga teng. Homila bo'ylama vaziyatda joylashgan bo'lib, homila orqasi bachadonning o'ng va old devoriga qaragan. Chanoq ustida homila boshi paypaslanadi. Homilaning yurak urishi ritmik. Daqiqasiga 136 marta, kindikdan pastda va o'ng tomonda eshitiladi.

1.Tashxis:

2.Chanoqni baholang.

3.Homila turi va pozitsiyasini aniqlang.

2.Oilaviy poliklinikaga birinchi marta homilador bo'lgan ayol murojaat qildi. Ayol tashqi va ichki akusher usullari orqali tekshirildi. Katta chanoq o'lchamlari: Distantio spinarum – 25sm, Distantio cristarum 28sm, distantio trochantica 31 sm. Conjug externa 20 sm.Ichki tekshiruvda: Conjugata dioganalis 13 sm ga tengligi aniqlandi.

1.Katta chanoq o'lchamlariga baho bering.

2.Chin konyugatani aniqlang.

O'rgatuvchi testlari:

6.Chanoq quyidagi suyaklardan tashkil topgan:

Yonbosh suyaklar

Dum

Quymich suyagi

Qov suyagi

7.Kichik chanoqning sathlarini ayting:

Chanoqning kirish qismining sathi

Kichik chanoqning keng qismi sathi

Kichik chanoqning tor qismi sathi

Chanoqdan chiqish qismining sathi

3. Chanoqqa kirish qismining tekislik chegaralari:

Yonbosh suyaklarining yoysimon chizig'i

Promontorium

Simfizning yuqori qirrasi

4.Chanoqdan chiqish qismining tekislik chegarasi

Quymich do'mboqlari

Dum cho'qqisi

Simfizning pastki qirrasi

5. Katta va kichik chanoqning chegarasi bu:

Simfizning yuqori qirrasi va qov suyaklari

Promontorium

Yonbosh suyaklarning ravoqsimon chizig'i

6.Ayol chanog'ining 4 ta asosiy tashqi o'lchamini sanab bering:

D. spinarum-25-26 sm

D. cristarum-28-29 sm

D. Trochanterica-30-31 sm

Conjugata externa-20-21 sm

7.Chin konyugata qaysi 2 ta o'lchamga qarab aniqlanadi?

Diagonal konyugata

Tashqi konyugata

8. Kichik chanoq keng tekisligi chegarasi va o'lchamlarini ko'rsating?

Ko'ndalang o'lchami – 12,5 sm

To'g'ri o'lchami - 12, 5 sm

Oldindan – qov ravog'ining ichki yuzasining o'rtasi
Yonboshdan – quymich kosasining o'rta qismi
Orqadan – II – III – dumg'aza umurtqalari orasi

VII BOB

HOMILADORLIKDA AYOLLAR ORGANIZMIDA RO'Y BERADIGAN O'ZGARISHLAR

Urug'langan tuxum bachadonning ko'chib tushuvchi pardasiga joylashgan paytdan boshlab va ayniqsa allantois orqali oziqlanish davrida (embrion hayotining ikkinchi haftasidan) embrion o'zining rivojlanishi uchun zarur bo'lgan hamma moddalarni ona qonidan oladi. So'ngra (homila tug'ilgunga qadar) ona bilan homila o'rtasida moddalar almashinuvi qon orqali davom etadi.

Homila to'g'ri rivojlanishi uchun zarur bo'lgan vitaminlar homilaga ona organizmidan o'tadi, homila kislorodni ona qonidan oladi. Homilaga kislorod yetarlicha o'tmasa, unda kislorod tanqisligi ro'y beradi va homila nobud bo'lishi mumkin.

Homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab ona organizmiga tushgan oqsil asosan homila to'qimalarining tashkil topishiga sarflanadi, ona to'qimalarida va platsentada yig'ilgan kalsiy tuzlari esa homila skeletining tashkil topishi uchun sarflanadi. Agar bu tuzlar yetishmasa, homiladorlik vaqtidan ilgari to'xtashi va homila nobud bo'lishi mumkin.

Ona organizmida homilaning noto'g'ri o'sishi, sog'lom bo'lmagan (yallig'langan) tug'ish yo'lidan o'tishi, avvalgi tug'ruqlarda bo'lgan operatsiyalar va boshqalar homila uchun og'ir hollarning ro'y berishiga sabab bo'lishi mumkin. Ona sog'lom bo'lsa, tug'ish yo'llarida nuqson bo'lmasa, homila normal rivojlanadi va normal yetilib, o'z vaqtida tug'iladi.

Homilador ayol oilasida ba'zi irsiy kasalliklar, homiladorning o'zi boshidan kechirgan xastaliklar (raxit, tepki, qizilcha va boshqa yuqumli kasalliklar) homiladorlik va tug'ish jarayonini murakkablashtirishi mumkin. Bu kasalliklar ta'sirida homilaning ayrim a'zolari o'smay qolishi va ba'zan u o'sishdan to'xtab, chala tug'ilishi mumkin.

Shunday qilib, ona organizmi homila uchun oziqlanish manbaidir, u homilani o'sishi, rivojlanishi uchun barcha zarur moddalar bilan ta'minlaydi.

Homiladorlikda ko'krak qafasi (uning pastki qismi) kengayadi, qovurg'a aylanasi ko'tariladi. Bu xildagi o'zgarish homiladorlikning erta muddatlaridayoq kuzatilishi mumkin.

Homiladorlikda simfizda va qov suyagida, dumg'aza-yonbosh bo'g'imida yangi tog'ay to'qimasi vujudga keladi va homiladorlikdagi osteofitlar deb atalgan holat, peshona va chakka suyagi ichki yuzasida sarg'imtir-qizil qatlam kuzatiladi.

Chanoqdagi bo'g'imlar sohasida seroz suyuqligi ko'payishi natijasida yumshaydi. Chanoq bo'g'imlarining yumshashi ularni harakatlanish

xususiyatini oshiradi. Bu hol tug'ruq jarayonida simfiz bo'g'imining bir oz ochilishiga, chanoq kirish qismi o'lchovining kengayishiga imkon beradi, natijada homila boshining oson tug'ilishini ta'minlaydi.

Ba'zi hollarda homiladorlikda akromegaliya belgilari kuzatiladi: oyoq, qo'l va pastki jag' suyaklari kattalashadi. Homila o'sgan sari ayol qorin devorining terisi cho'ziladi. Bu holat ayniqsa qog'onoq suvi ko'p, homila katta yoki egizak bo'lganda kuzatiladi.

Homilador qorin devorining terisi ko'p cho'zilishi natijasida unda homiladorlik chiziqlari (striae gravidarum) hosil bo'ladi (ba'zan olimlar bu fikrni rad qiladilar). Chiziqlar paydo bo'lishiga terining elastikligi va biriktiruvchi to'qimalarning bir-biridan ajralishi sabab bo'ladi deb taxmin qilinadi.

Agar chiziqlar ushbu homiladorlikda vujudga kelgan bo'lsa, yupqalashgan teri ostidan uning biriktiruvchi to'qimasidagi tomirlar pushti rangda ko'rinadi. Agar chiziqlar oldingi homiladorlikda paydo bo'lgan bo'lsa, ular oqish yo'l-yo'l bo'lib qoladi, chunki uning yuzasi biriktiruvchi to'qima bilan qoplanadi.

Shuningdek, chiziqlar oson va sut bezlari terisi yuzasida ham yuzaga kelishi mumkin. Ba'zan homilador bo'lmagan ayollarda ham homiladorlik davridagiga o'xshash chiziqlarni ko'rish mumkin. Shunga ko'ra bu holatni ba'zi olimlar endokrin bezlar faoliyatiga bog'liq deyilar. Ba'zi ayollarda homiladorlikning oxirgi muddatlarida yuzda, qorin devorining oq chizig'ida jun o'sadi, chilla davrining 2—3 haftasida esa bu junlar yo'qoladi. Bu holat endokrin bezlar va takomillashayotgan platsenta faoliyatiga bog'liqdir.

Homiladorlikda qorin devori o'rtasidagi oq chiziqda, sut bezlari so'rg'ichi atrofidagi halqada, tashqi jinsiy a'zolarida, kindik atrofida, ba'zan yuzda (peshona, yuz, yuqori lab ustida) qoramtir dog'lar ko'payadi, bu ham terida ro'y beradigan o'ziga xos o'zgarishlardandir (choalasma gravidarum). Bu holat buyrak usti bezlari faoliyatiga bog'liq bo'ladi.

Ma'lumki, homila o'sishi tufayli ayol og'irligi ortadi, chunki homila o'sgan sari qog'anoq suvi ko'payadi, bachadon muskullari gipertrofiyasi ro'y beradi va qo'shimcha qon aylanish tizimi takomillashadi. Natijada homilador ayolning og'irligi har haftada 400-450 grammga oshadi. Bundan tashqari, ba'zi ayollar homiladorlikda semirib ketadilar.

Homiladorning kindigida ham o'zgarish ro'y beradi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida kindik tekislashadi, oxirgi oyida esa bo'rtib chiqadi. Bu belgi tug'ish muddatining (10- oyi) boshlanganini bildiradi.

HOMILADORLIK DAVRIDA MODDALAR ALMASHINUVI

By davrda ayollar organizmida a'zo va tizimlar funksiyasi o'zgarishi bilan birga moddalar almashinuvi ham o'zgaradi.

Havo almashinuvi. Xorion kipriklari oralig'ida, kiprik kapillyarlari devorining juda yupqa pardasi va ularni qoplab turgan epiteliylar yordamida (Homila rivoji bobiga qarang) ona bilan homila qoni o'rtasida yaqin aloqa bog'lanadi. Ammo ona qoni bilan homila qoni aralashmaydi, chunki har birining o'ziga xos qon aylanish tizimi mavjud. Havo almashinuvi asosan kislorod

almashuvidan iborat. Ona organizmidagi kislorodning bir qismini homila o'zlashtiradi, shu tufayli homilador ayol organizmining kislorodga bo'lgan ehtiyoji juda ortadi.

Oqsil almashinuvi. Homilador ayol organizmidagi oqsil moddalar homiladorlik davrida (ayniqsa birinchi yarmida) bachadonning o'sishi va sut bezlarining rivojlanishi uchun zarur bo'lgan maxsus oqsil moddalarni ishlab chiqarishga, keyinchalik esa homilador organizmida homila to'qimasi va a'zolarining shakllanishiga sarflanadi.

Bundan tashqari, tug'ish va chaqaloqni emizish vaqtida (tuqqandan keyingi 1—1,5 yil davomida) ona organizmdan sarf bo'ladigan oqsilni tiklash uchun oqsil moddalarning bir qismi sarflanadi. Odatda homiladorlik davrida oqsil almashinuvi susayadi, shunga ko'ra u oqsilga boy hayvonot mahsulotlarini ko'p tanovul qilishi yaramaydi, chunki homilador organizmida oqsil ko'paysa zararli ta'sir ko'rsatadigan oraliq mahsulotlar (to'la parchalanmagan oqsillar) to'planishi mumkin. Shunga ko'ra boshqa turdagi oqsillardan foydalanish kerak.

Mineral tuzlar almashnuvi. Homilador ayol organizmidagi to'qimalarda, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida suv va xloridlar ko'payadi. By ikkala omil to'qimalarning qayishqoqlik xususiyatini oshiradi va tug'ruq vaqtida homilaning tug'ish yo'llaridan o'tishi osonlashadi.

Homilador va homila uchun kalsiy, natriy, kalsiy, fosfor, magniy va temir tuzlari kerak bo'ladi. Kalsiy tuzlari homila skeletining suyaklanishiga sarflanadi. Agar ona organizmiga kalsiy tuzi yetarli miqdorda tushmasa, homila skeleti turli o'zgarishlarga uchraydi. Organizmda kalsiy tuzining yetishmasligi homilador tishlarining yemirilishiga, chirib buzilishiga, tirnoqlarining mo'rt bo'lib qolishiga olib keladi. Og'ir holatlarda suyaklar yumshab mo'rt bo'lib qoladi. Homilador organizmidagi fosfor asosan kalsiy tuzi bilan birga homila suyak tizimining rivojlanishida ishtirok etadi. Bundan tashqari, fosfor nerv tizimining tuzilishi uchun ham sarflanadi. Agar shu har xil tuzlar organizmda yetarli bo'lmasa, tetaniya, osteomalyasiya vujudga kelishi mumkin. Fosfor va kalsiy tuzlari yetishmasa, chanoq suyagi yumshab shakli o'zgarishi mumkin. Ammo bu patologik holat hozirgi vaqtda deyarli uchramaydi, chunki hamma ayollar oilaviy poliklinikada ayollar shifokori tekshiruvidan o'tadilar va ularga vaqtda kerakli maslahatlar beriladi.

Temir tuzlari homila organizmida qon elementlari tashkil topishi uchun zarurdir. Bu tuzlar asosan homilaning jigari va talog'iga yig'iladi. Ona sutida temir tuzlari kam bo'lganligi sababli chaqaloq tug'ilgandan so'ng dastlabki birinchi oy mobaynida o'z organizmida yig'ilgan shu tuzlarni sarflaydi. Ko'p mualliflarning fikricha, homilaning taraqqiyoti uchun o'rta hisobda 450 mg temir tuzlari sarflanadi. Homilador ayol tarkibida temir tuzlari bo'ladigan ovqatlardan yeb turmasa, organizmida temir moddasi kamayib ketadi. Bu holat ko'pincha homiladorlikning 20-28- haftalarida namoyon bo'la boshlaydi. Agar ayol organizmida temir moddasi juda ham kamayib ketsa, homila chala tug'ilib, nobud bo'lishi mumkin.

Temir moddasining yetishmasligi ko'pincha kamqonlik kasalligi (gipoxrom anemiya)ga olib keladi. Bunday anemiya O'zbekistonda 60%—80% hollarda uchraydi. Shunga ko'ra bu borada ayollar o'rtasida sanitariya-profilaktika ishlarini olib borish zarur.

Karbonsuv (uglevod) almashinuvi. Homiladorlik davrida ayol organizmida karbonsuv almashinuvi birmuncha ko'payadi. Bunda organizm karbonsuvni glikogen sifatida o'zlashtiradi va u jigarda to'planadi. Vaqt-vaqti bilan ayolda fiziologik glyukozuriya (siydikda karbonsuv) kuzatiladi, bu holatga buyrak epiteliylarining qand o'tkazish xususiyati oshishi sabab bo'ladi, deb hisoblanadi. Qonda esa qand miqdori oshmaydi, homiladorlik davrining oxirrog'ida bir oz oshishi mumkin, ammo normal chegaradan chiqmaydi. Bu holat vegetativ nerv sistemasi faoliyatiga bog'liqdir.

Karbonsuv organizmga quvvat beruvchi modda hisoblanadi.

Suv almashinuvi. Homiladorlik davomida ayol organizmida, ayniqsa to'qimalar ichida suv yig'iladi, bu ba'zan homilador tanasi shishib ketishiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik davrida ona organizmi va o'sayotgan homilaning suvga bo'lgan talabi ortadi, shunga ko'ra ayol ilgari ko'ra ko'proq suv ichishga majbur bo'ladi. Ammo agar ayolda shish paydo bo'la boshlagan bo'lsa, suv ichishni kamaytirish mumkin. Shish homiladorlikning ikkinchi yarmida uchraydigan toksikozlarning boshlang'ich bosqichidir.

Vitaminlar almashinuvi. Homilador ayol organizmida vitaminlar yetishmasa gipovitaminoz, og'ir holatlarda avitaminoz kasalligi vujudga keladi. Bu holat homilaning muddatidan oldin tug'ilishiga, yaxshi o'smay qolishiga sabab bo'ladi.

Homilador ayol organizmida vitaminlar kamayib ketse, toksikozlarning avj olishiga qulay sharoit yaratiladi. Ayol organizmining ayniqsa vitamin A, D, V, E, C vitaminlariga bo'lgan talabi katta bo'ladi.

C vitamini spermatozoid bilan tuxum hujayraning qo'shilish jarayonining to'g'ri kechishi, shuningdek follikullarning o'sishi, bachadon desidual pardasining rivojlanishi uchun ham zarur. A. I. Osiyakina-Rojdestvenskaya S vitaminini ko'p miqdorda tuxumdonda, sariq tanada topgan. Organizmning S vitaminiga talabi homila o'sgan sari orta boradi. Agar organizmning S vitaminiga bo'lgan talabi 50 mg bo'lsa, homilador organizmi 120—125 mg, hatto 224 mg ni talab qiladi (G. A. Baksht). Yo'ldosh S vitamini uchun depo hisoblanib, homilani talabini vaqti-vaqti bilan qondirib turadi. Ba'zi olimlarning ko'rsatishicha, homila organizmida to'plangan S vitamini ona organizmidagi miqdordan ko'p.

Homilador ayol organizmining D vitaminiga bo'lgan ehtiyoji ham katta. Ma'lumki, D vitamini kalsiy va fosfor almashinuvini boshqarib, tartibga solib turadi. Agar organizmida D vitamini yetishmasa, onada osteomalyasiya, homilada esa raxit kasalligi vujudga kelishi mumkin.

Homiladorlikning normal kechishi uchun E va A vitaminlari ham zarur. Agar E, A vitamini yetishmasa, homila chala tug'ilishi mumkin.

Yog' almashinuvi. Homiladorlik davrida ayol qonida lipoid kabi neytral yog'lar va xolesterin ham ko'payadi. Bular homila tanasining tuzilishi, teri

osti yog' qatlaminig tashkil topishi, ayniqsa homilaning taraqqiyoti, bundan tashqari, sut bezlarida sut ishlanib chiqishi uchun zarur bo'ladi.

Yog'larning parchalanishi organizmda asteton vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning birinchi yarmida uchraydigan toksikozlarda to'xtovsiz qusganda siydikdan asteton tanalari topiladi, agar bu holat davom etaversa homiladorlikni to'xtatish lozim bo'ladi.

Homiladorlik davrida ayol o'tida xolesterin kam bo'ladi, ammo chilla davrida ko'payib, ba'zan o't pufagida tosh yig'ilishiga moyillik paydo bo'ladi. Yog' homilador ayolning yurak muskullari orasida, sut bezlarida, yo'ldoshda ham ko'p to'planadi.

Homilador ayol yog'li ovqatlarni ko'p iste'mol qilsa, organizmda yog'ning parchalanishi izdan chiqadi va natijada unda to'la yonmagan yog'ning zararli mahsulotlari to'planadi va ular siydikka o'tadi. Oqsil va karbonsuvlarning to'la yonmagan mahsulotlari fiziologik asidozga va suv almashinuvining buzilishiga sabab bo'ladi.

Bachadon boylamlaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda bachadon boylamlari ham homila o'sgan sari kattalashib (gipertrofiya), uzunlashadi. Bachadonning dumaloq boylami (leg. rotundum) 4 barobar uzunlashadi. Dumg'aza - bachadon boylami (leg. sacrouterinae) qo'l jimjiligi yo'g'onligida bo'lib qoladi. Boylamlarning bunday o'zgarishi homilaning o'sishiga va tug'ruqda ancha qulaylik keltiradi. Xususan, dumaloq boylam tug'ish jarayonida go'yo ot yuganiga o'xshab bachadon tubini tutib turadi. Bu boylamni homiladorlikda paypaslab ko'rish mumkin.

Ba'zi akusherlar dumaloq boylamning turish holatiga qarab, yo'ldoshning qae'rga yopishganini taxmin qilsa bo'ladi, deydilar. Masalan, agar yo'ldosh bachadonning orqa devoriga joylashgan bo'lsa, dumaloq boylam ancha oldinda va bir-biriga yaqinroq joyda bo'ladi. Agar yo'ldosh bachadonning oldingi devoriga joylashgan bo'lsa, unda dumaloq boylamlar ancha orqaroqda bo'ladi.

Homiladorlikda endokrin tizimning holati. Homiladorlikda endokrin tizim anatomik va fiziologik jihatdan bir qator qarshiliklarga uchraydi. Bu davrda endokrin tizimga yana ikkita bez-yo'ldosh va sariq tana qo'shiladi. Ayniqsa, gipofiz bezida anatomik va gistologik o'zgarishlar kuzatiladi. Gipofiz jinsiy a'zolar bilan funksional jihatdan bog'liq bo'ladi, buning ahamiyati kattadir.

Homiladorlikda gipofizning oldingi bo'lagi anchagina kattalashadi. Gipofizning oldingi bo'lagida bo'yalish jadalligiga qarab 2 xil xromofilli bo'ladi. Xromofilli hujayralar donalarining bo'yalishiga qarab asidofil va bazofil hujayralarga bo'linadi.

Gipofiz oldingi bo'lagining kattalashishida ba'zan homilador ayolda akromegaliya belgilarini uchratish mumkin. Ammo homiladorlik to'xtashi bilan bu belgilar o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Gipofizning orqa bo'lagi (neyrogipofiz) homiladorlikda kattalashmaydi. Gipofizning oldingi bo'lagi ko'p miqdorda gonadotrop gormonlar ajratadi. Gipofiz orqa bo'lagining faoliyati oldingi bo'lagi kabi markaziy nerv tizimi nazoratida bo'ladi.

Qalqonsimon bezlardagi o'zgarishlar. Homiladorlikda qalqon simon bez birmuncha kattalashadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, bu holat 35—40% hollarda uchraydi. Bezning kattalashishi natijasida moddalar almashinuvi ortadi, qonda yod miqdori ko'payadi, ya'ni gipertireoz paydo bo'lishi mumkin. Bu holat homiladorlikning ikkinchi yarmida kuzatiladi. Ko'pincha bez funksiyasi sustlashishi (gipofunksiya) mumkin. Bunda yod kamayib ketadi, qonning quyulish xususiyati susayib qoladi.

Qalqonsimon bez oldidagi bez kalsiy almashinuvini boshqaradi, homiladorlikda uning faoliyati oshadi. Ba'zan homiladorlikda tirishish holatlarini ko'rish mumkin, bu organizmda kalsiy tuzining kamayishi tufayli vujudga keladi. Bu holat qalqonsimon bez oldidagi bez faoliyati susayganda yuz beradi.

Buyrak usti bezidagi o'zgarishlar. Buyrak usti bezi po'stloq qavati qalinlashishi natijasida kattalashadi. Buyrak usti bezidan oqsil, ko'mir va mineral moddalar almashinuvini boshqaruvchi gormonlar (kortizon, gidrokortizon) homiladorlikda ko'proq ajraladi. Bu bezning faoliyati homiladorlik davrida muhimdir.

Asab tizimidagi o'zgarishlar. Homiladorlikda miya po'stlog'ining vazifasi haqida bir qator tekshirishlar o'tkazilgan. Xususan M. L. Garmashova hamkasblari bilan homiladorlikning erta muddatlarida ham miya po'stlog'ida o'zgarishlar bo'lishini elektroensefalogramma yordamida aniqlagan. Homiladorlikda miya po'stlog'i bilan bosh miya orasidagi aloqadorlik o'zgaradi. Miya po'stlog'ida tormozlanish jarayoni oshishi, po'stloq ostida esa tormozlanish jarayonining susayishi kuzatiladi. Shunga ko'ra vegetativ nerv sistemasining tonusi o'zgaradi.

Ko'pincha vegetativ belgilar yuzaga keladi: homilador ayolning so'lagi oqadi, ko'ngli ayniydi, qayt qiladi (oshqozon pilorus qismining spazmasi) hamda vegetativ asab tizimining faoliyati buziladi. Qabziyat, venalarning kengayishi, siydik yo'lining qovuqqa ulangan qismi kengayganligi, dermografizmning o'zgarishi va boshqalar kuzatiladi.

Homiladorlik muddatining oxirlarida bosh miya po'stlog'ining qo'zg'aluvchanligi ancha susayadi, orqa miyaning reflektor ravishda qo'zg'alishi zo'rayadi, bu holat tug'ruq dardi boshlanishi sabablaridan biridir. Shunday qilib, homilador organizmining tug'ishga tayyorlanishi asosan asab tizimining murakkab reflektor reaksiyasiga bog'liqdir. Bachadon reseptorlari sezuvchanligining asta-sekin oshishi tug'ruqqa tayyorlanishga imkon beradi.

Homiladorlik boshlanishida vujudga kelgan shartli reflekslar homilaning birinchi qimirlashidan to oxirigacha anchagina o'zgaradi, ammo tug'ruq dardi boshlanishi bilan butunlay yo'qoladi. Homiladorlikda analizatorlarning faoliyati o'zgarib, bu holat ko'rish va eshitish qobiliyatiga ta'sir qiladi. Paresteziya (barmoqlarning jonsizlanishi, chumoli yurganiga o'xshash jimirlash) holati kuzatiladi.

Periferik nerv tizimidagi o'zgarishlar. Nevralgik og'riqlar, ayniqsa ishialgiya xususiyatidagi, dumg'aza va bel sohasidagi og'riqlar bilan namoyon

bo'ladi. Ko'pincha ayolning holdiri va axill payi sohasida tomir tortishadi. Ba'zan periferik asablarning qo'zg'aluvchanligi ortadi (tetaniyaga o'xshash holat), tizza reflekslari zo'rayadi.

Homilador ayolning salga jahli chiqadigan bo'lib qoladi, kayfiyati o'zgarib turadi, uyquchanlik kuzatiladi, jinsiy mayl susayadi. Yuqorida qayd qilingan holatlar miya po'stlog'i va po'stloq osti faoliyati o'zaro muvozanatining o'zgarishiga bog'liqdir.

Yurak va qon tomirlar tizimidagi o'zgarishlar. Homiladorlikda diafragmaning yuqori turishi yurakning ham yuqoriga joylashishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning oxirida yurak bir oz ko'ndalang va ko'krak qafasiga yaqin yotadi. Bunda yurak chegarasi kengayadi, yurak zarbi ancha chetroqda bo'ladi. Katta qon tomirlar ko'proq egilganiga ko'ra nozik yurak shovqini, ko'pincha sistolik shovqin eshitiladi. Sut bezlari kattalashib, to'lishgani tufayli yurak chegarasini aniqlash qiyinroq bo'ladi, buni ultratovush va rentgen yordamida aniqlasa bo'ladi. Agar yurak normal bo'lsa, homiladorlikda deyarli o'zgarmaydi.

Homilador yuragi homila o'sishi bilan asta-sekin unga moslasha boradi: muskullari gipertrofiyalashib bir oz kengayadi, funksional xususiyati ortadi. Chunki ayol organizmida uchinchi qon aylanish tizimi (bachadondagi qon aylanish) vujudga kelganiga ko'ra, periferik qon tomirlarning qarshiligi ortadi. Bachadon kattalashgan sari bu holat osha boradi.

Homiladorlikda umumiy qon miqdori ko'payadi. Agar qon miqdori homilador bo'lmagan ayollarda umumiy tana og'irligiga nisbatan 1/16—1/20 ni tashkil qilsa, homiladorlikda 1/12—1/14 ga yetadi. Qonning solishtirma og'irligi homilador bo'lmagan ayollarda 1054—1063 bo'lsa, homiladorlarda kamayib, 1040—1051 bo'lib qoladi. Bu holat to'qimalarning umumiy suv o'tkazuvchanlik xususiyatiga ta'sir qiladi.

Homiladorlikda qonning ivish xususiyati oshadi, fibrin va fibrinogen miqdori ko'payadi, qon plastinkalari ko'payadi, shunga ko'ra homilador ayollarda tromboz xavfi bo'ladi. Homiladorlik oxirida qonning yopishqoqligi oshadi, qon zardobida lipidlar (xolesterin) ko'payadi.

Qon ishlab chiqarish tizimi, ayniqsa suyak ko'migi bir qator o'zgarishlarga uchraydi. Fiziologik kechayotgan homiladorlikda suyak iligining gemopoetik (qon ishlab chiqarish) faoliyati ortadi. Bunda eritroblast to'qimasida deyarli o'zgarish bo'lmaydi, ammo leykoblast to'qimasida homiladorlikning oxirida, ayniqsa birinchi tug'uvchilarda onda-sonda degenerativ o'zgarishlar ko'riladi.

Suyak ko'migining qon ishlab chiqarish faoliyati ayniqsa homiladorlikning 7—8 oylarida jadallashadi, keyinroq bir oz sustlashadi. Eritroblastik reaksiya, homiladorlikning birinchi oylaridan megaloblastlar kuzatiladi.

Normoblastlar orasida mitoz bazofillari va boshqa regenerativ shakllarining ko'paygani, monosit va limfositlarning kamaygani kuzatiladi.

Periferik qonda neytrofilli leykositoz va limfopeniya bo'ladi. Qizil qonda ko'pincha anemiya holati kuzatilib, gemoglobini foizi va eritrosit miqdori kamayadi. Rang ko'rsatkichi 0,9 atrofida bo'ladi. Bu holat o'sayotgan

homila talabini qondirish uchun temir moddasining sarflanayotgani va bu hol kamqonlikka olib kelganidan dalolat beradi.

A. A. Qodirova, Yu. Q. Djabbarova va boshqalar homiladorlikning ikkinchi yarmida kamqonlik (anemiya) vujudga kelishini, shu muddatda temir moddasi organizmda kamayib ketishini, ovqatlanishga ahamiyat berish, temir moddasiga boy taomlar iste'mol qilish zarurligini ta'kidlaydilar.

Sut bezlaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda sut bezlari sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Bez bo'laklari kattalashadi, paypaslab ko'rilganda qattiq tugunchaga o'xshaydi. Sut bezi so'rg'ichlari kattalashib, atrofi bilan birmuncha qoramtir bo'lib qoladi. Bez tugmachasi atrofida mayda-mayda bezchalar bo'rtib chiqadi (mangomer bezlari — glandula mangomeri).

Sut bezi taranglashib, bir oz osilib qoladi, venalari kengayadi. Bez bo'laklaridagi epitelial hujayralar kattalashib, ularning protoplazmasida moy tomchilari paydo bo'ladi. Agar ko'krak so'rg'ichi atrofi siqilsa, homiladorlikning birinchi haftalaridayoq og'iz suti (Colostrum) chiqadi. Hatto homiladorlikning ikkinchi yarmida og'iz suti siqmasa ham o'z-o'zidan chiqishi mumkin. Sutning yetarli miqdorda bo'lishini ko'krakning katta-kichikligiga va bez bo'laklarining, teridagi venalarning ko'pligiga va so'rg'ich atrofidagi doiraning katta-kichikligiga qarab bilish mumkin.

Sut bezlaridagi bu o'zgarishlar gormonlar ta'siriga bog'liq. Ko'pgina mualliflarning fikricha, tuxumdondan ajraladigan estrogen gormon sut bezlari taraqqiyotiga ta'sir qilsa, gipofiz bezining oldingi bo'lagidan ajraladigan prolaktin sut ishlanib chiqishiga ta'sir qiladi. Oz miqdordagi prolaktin sut ajralishini ko'paytirsa, ko'p miqdordagisi, aksincha, sutni kamaytiradi.

Nafas a'zolari tizimidagi o'zgarishlar. Homiladorlik davrida o'pka, jigar, diafragma vositasida yuqoriga siqilishiga qaramay, unda deyarli funksional o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu holat ko'krak qafasi yuqori va pastki qismining kengayishi bilan ifodalanib, homilador organizmda sezilarli o'zgarishlarni vujudga keltirmaydi. Buning natijasida homiladorlikda o'pkaning hajmi kengligicha qoladi va havo almashinuvi birmuncha ortadi. Homila katta, qog'anoq suvi ko'p yoki homila bittadan ortiq bo'lgan hollardagina homiladorlikning oxirgi davrida nafas tezlashadi va hatto nafas qisishi kabi hollar yuz beradi.

Ovqat hazm qilish a'zolaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikning birinchi oylarida ovqat hazm qilish a'zolari faoliyati buziladi. Bunday hol yuqorida aytib o'tilganidek, vegetativ nerv tizimi faoliyati buzilishidan kelib chiqadi.

Homilador ayolning ba'zan ko'ngli ayniydi, qayt qiladi, so'lagi oqadi, ichaklar atoniyasi, qabziyat kuzatiladi, ayol ba'zi ovqatlarni xush ko'rmaydigan bo'lib qoladi. Bo'r, kesak vashunga o'xshash iste'mol qilib bo'lmaydigan narsalarni ko'ngli tusaydi. Bunday holat hamma homiladorlarda ham bo'lavermaydi. Bosh qorong'ilik deb ataladigan bunday hollar 3—4 oy mobaynida yo'qoladi.

Siydik chiqarish a'zolaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda boshqa a'zolar kabi buyrakning vazifasi ham ortadi. Buyrak organizmda suv almashinuvini tartibga soluvchi, ona va homila organizmdan ajralgan almashinuv mahsulotlarini tashqariga chiqaruvchi a'zodir. Homiladorlikda buyrakning

filtrlash xususiyati susayadi, shu sababli homilador ayol siydigida ko'pincha oz miqdorda qand va oqsil topiladi, lekin bu patologik holat hisoblanmaydi.

Siydikda qand paydo bo'lishi fiziologik glyukozuriya deb ataladi. Agar siydikda oqsil paydo bo'lsa, bu homiladorlikda gipertenziya holati boshlanishidan darak beradi.

Homilador organizmida suv almashinuvi jarayoni ortishi sababli siydik miqdori ko'payadi va homila qovuqni bosib, ayolni tez-tez siyishga majbur qiladi. Bunday hol siydik yo'llari kasalliklarida va siydik-tosh kasalliklarida ham uchrashi mumkin.

O'rgatuvchi testlar:

1. Homiladorlikda yurak – qon tomir tizimida bo'ladigan o'zgarishlar?

Homilador ayol vaznini oshirish (o'rta hisobda 10 – 15%)

Homila vaznining oshishi

Diafragmaning yuqorida joylashishi hisobiga yurakning gorizontal holatga siljishi

Yirik tomirlarning siqilishi.

Endokrin yuklamalar

Yangi yo'ldosh qon aylanishining paydo bo'lishi

2. Homiladorlik davrida gemodinamik o'zgarishlar?

Yurak minutlik va zarb hajmining 26 – 30% ga oshishi

Yurak qisqarishlar sonining oshishi

A/B va venoz bosimning oshishi

UA qonning 20 – 25% ga oshishi, plazma hajmi 900 ml

Qon oqimi tezligining oshishi

Qon tomirlar umumiy periferik qarshiligining

Nv va gematokritning pasayishi

VIII BOB

HOMILADORLIKKA TASHXIS QO'YISH USULLARI

8.1. ANAMNEZ TO'PLASH

Homilador ayollarni tekshirishning o'ziga xos xususiyatlari bor. Suhbatlashish (anamnez yig'ish) yo'li bilan olinadigan ma'lumotlar homiladorlikda, tug'ishda yoki homila taraqqiyotida ro'y berishi mumkin bo'lgan kasalliklarni oldindan taxmin qilishga yordam beradi. Bu esa profilaktika va davolash choralarini o'z vaqtida ko'rishga va homiladorni muntazam kuzatib borish imkonini beradi.

Homiladorlikni aniqlash vaqtida uning muddatini, tug'ishning taxminiy vaqtini ham belgilashga to'g'ri keladi. Bundan tashqari, har tomonlama klinik tekshirish, fizik – kimyoviy, laboratoriya va boshqa tekshiruvlar o'tkazish yo'li

bilan organizmning umumiy holati, homiladorlikning kechishi kuzatib boriladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan ma'lumotlarni olish va ularga tashxis qo'yish uchun quyidagi anamnez chizmasidan foydalanish mumkin:

1. Familiyasi, ismi, otasining ismi
2. Turar joyi, bolalik va o'smirlilikda yashagan sharoiti
3. Yoshi

Ma'lumki, agar qiz bola balog'atga yetmay (17 yoshgacha) yoki yoshi ancha o'tib (30-35 yosh) turmushga chiqib, birinchi marta homilador bo'lsa, ularda 18-23 yoshgacha bo'lgan ayollarga nisbatan homiladorlik, tug'ish va chilla davri ancha og'ir, patologik holatda kechishi mumkin.

Homilador ayolning qanday geografik sharoitda va qanday iqlim muhitida yashagani ham katta ahamiyatga ega bo'ladi. Agar iloji bo'lsa, uning necha yoshda yura boshlaganini, bolaligida qanday o'sganligini bilish ham juda muhimdir.

Bolalikda va katta bo'lgandan keyin boshidan kechirgan kasalliklari homiladorlik va tug'ish jarayonining kechishini aniqlashda yordam beradi. Masalan, ayol yoshligida raxit bilan og'rigan bo'lsa, uning organizmi tuzilishida ayrim o'zgarishlar – bo'yi kichkina, bosh suyagi to'rtburchak, ko'krak qafasi ichiga botgan va boshqalar kuzatilishi mumkin. Xususan chanoq suyagidagi raxitga xos o'zgarishlar tug'ish vaqtida bir qancha og'ir holatlarni paydo qilishi mumkin.

Yoshlikda boshdan kechirilgan tepki, qizamiq, suvchechak va boshqa yuqumli kasalliklar jinsiy a'zolar ravojiga ta'sir etishi mumkin. Keyingi paytlarda ayniqsa yuqumli kasalliklar (brusellyoz, toksoplazmoz, zaxm, gripp, so'zak va boshqalar) homilaning chala yoki o'lik tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkinligi aniqlangan. Avvalgi homiladorlik yoki tug'ish vaqtida qilingan operatsiyalar ham navbatdagi tug'ishda turli patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin.

Oilaviy kasalliklar (homilador oilasidagi yoki uning erida bo'lgan kasalliklar – sil, zaxm, ruhiy xastaliklar va boshqalar) hamda alkogolizm, giyohvandlik, kashandalik homilaning chala, o'lik yoki nuqsonli tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz funksiyasini ham aniqlash muhim ahamiyatga ega. Hayzni necha yoshdan ko'ra boshlagan, dastlab normal kela boshlaganmi yoki to'xtab - to'xtab kelganmi, keyin necha yoshda kela boshlaganligini bilish kerak. Agar qiz hayzni kech ko'rgan va u anchagacha normal holatda kechmagan bo'lsa, bu uning o'z vaqtida balog'atga yetmaganidan dalolat beradi.

Hayz siklining o'zgarishi ham homiladorlik va tug'ish jarayonining kechishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Hayzning oy sari takrorlanishi (21-28-30 kun) qanday, hayz ko'rganda og'riq bo'lish-bo'lmasligini ham so'rash kerak. Ma'lumki, jinsiy a'zolar kasalliklarida yoki ichki sekretsiya bezlari faoliyati buzilishi natijasida hayz juda kech (17-18 yoshdan), odatda O'zbekistonda yashaydigan qizlarda esa 14-15 yoshdan boshlanadi.

Ichki sekretiya bezlari faoliyati buzilganda tug'ish og'irlashadi, tug'ish davrida birlamchi va ikkilamchi sustliklar paydo bo'ladi. Chilla davrida bachadon yaxshi qisqarmaydi, qon ketadi. Turmushga chiqqandan so'ng uzoq vaqt davomida bo'yida bo'lmaslik jinsiy a'zolarning to'la yetilmaganligidan dalolat berishi mumkin. Bu ayolning bo'yida bo'lganda ham turli qiyinchiliklar vujudga kelishi mumkin.

Jinsiy hayot boshlangandan, tuqqandan va abortdan keyin hayz ko'rishning o'zgarigan-o'zgarmaganligini aniqlamoq kerak, hayz funksiyasining bu davrlarda o'zgarishi ichki jinsiy a'zolarda yallig'lanish jarayoni borligini ko'rsatishi mumkin.

Ayol bilan suhbatlashganda homilaning nechanchi ekanligini, oldingi homiladorliklar va tug'ish qanday o'tganligi, ilgari homiladorlikdagi gipertenziv holatlar, ichki a'zolar (buyrak, jigar, yurak qon-tomir tizimlari) kasalliklarini va ilgari tug'ishlarda yuz bergan boshqa kasalliklarni yoki o'zgarishlarni aniqlash kerak. Tug'ruqdagi patologik holatlar (vaqtidan oldin suv ketishi, tug'ruq dardlari sustligi, homilaning noto'g'ri yotishi, chanoqning tor bo'lishi), qisqich solish yoki kesarcha kesish usuli bilan homilani tug'dirish zaruriyati borligini ko'rsatadi. Homilaning muddatidan ilgari tug'ilishi va bola tushishi kabi hollar bu ayolda biror kasallik (bachadon shilliq qavatining yallig'langanligi, bachadon shishi va boshqalar), turli yuqumli kasalliklar borligidan yoki infantilizmdan darak beradi.

Shuni unutmaslik kerakki, o'z-o'zidan bola tushishi yoki sun'iy yo'l bilan qilingan abort jinsiy a'zolarda yallig'lanish jarayonini paydo qilishi oqibatida homiladorlik va tug'ish vaqtida turli patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin.

Avvalgi homiladorlik va tug'ish yaxshi o'tgan bo'lsa, bu ayolning sog'lom ekanligini ko'rsatadi va navbatdagi homiladorlikning muvaffaqiyatli o'tishini oldindan bilishga imkon beradi. Aksincha, ilgari tug'ruqda qilingan operatsiya, tug'ilgan bolaning tezda o'lganligi yoki o'lik tug'ilganligi bu homiladorlikda ham qo'shimcha kasallik va og'ir holatlar ro'y berishi mumkinligini va homiladorni alohida ahamiyat bilan kuzatib borish lozimligini ko'rsatadi.

Homiladorlik va tug'ish vaqtidagi kasalliklar yoki qo'shimcha patologik holatlar avvalgi tug'ishdan keyin, chilla davrida ro'y bergan kasalliklar natijasida bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra avvalgi homiladorlikda chilla davrida ayol kasallik bilan og'rikanmi -yo'qmi, buni bilish zarur.

Homilador ayoldan erining sog'lig'i haqida so'raladi, chunki uning ilgari va hozir sil, so'zak va boshqa kasalliklar bilan og'rikan bo'lishi homilador ayol va homila sog'ligiga xavf soladi.

Anamnezda homilador ayol yashaydigan uy va ishxonaning sanitariya - gigiyena sharoitlari, uning ovqati, qancha uxlashi va dam olishi batafsil aniqlanadi. Homilador ayolning turmush va mehnat sharoitining homila rivojida, tug'ilishida va chilla davrining kechishida ahamiyati katta bo'ladi.

Anamnez sinchiklab yig'iladi va olingan ma'lumotlar homiladorlik varaqasiga to'liq yozib qo'yiladi.

8.2. OB'YEKTIV TEKSHIRISH

Homilador ayolni ob'yektiv tekshirganda uning tana tuzilishiga ahamiyat berish zarur. Dastlab ayolning bo'yi o'lchanadi, agar bo'yi 145 sm dan past bo'lsa, unda chanoq tor bo'lishi va tug'ish jarayonida og'ir holatlar ro'y berishi mumkin.

Ayolning skelet suyaklaridagi nuqsonlarga: oyog'ining qiyshiq yoki bittasining kaltaligi, orqa umurtqaning qiyshiqligi, shakli, ko'krak qafasining ichiga botgani, dumg'azaning Mixaels rombi shaklidagi nuqsonlariga ahamiyat berish lozim. Shunda homiladorlik va tug'ishning qanday kechishi to'g'risida fikr yuritish mumkin.

Dumg'aza rombini aniqlash uchun homilador ayolni tik turg'azib, chanoqning orqa yuzasi ko'zdan kechiriladi. Agar romb to'rtburchak shaklida bo'lsa, bu nuqsonsiz (mukammal) chanoq hisoblanadi.

Ayolning tana yuzasi (terisi) tozami, toshmalar yo'qmi, yuzida, yuqori labi ostida, sut bezi so'rg'ichi atrofida, qorin devorining oq chizig'i sohasida qoramtir dog'lar bor-yo'qligini tekshirish kerak. Sut bezlarining to'lishgan-to'lishmagani ham ko'riladi. Bu belgilar homiladorlikka xos va ayolning bo'yida bo'lganiga taxmin qilsa bo'ladi.

Homilador ayollar ichki a'zolarini tekshirish usuli hamma yerda bir xil qabul qilingan. Bunda harorat o'lchanadi, tomir urishi sanaladi, qon bosimi aniqlanadi, teri va ko'z oqi va ko'rinadigan shilliq qavatlari (lab, og'iz, til) ko'zdan kechiriladi va hokazo.

Homiladorlik davrida organizmda jiddiy o'zgarishlar ro'y berishini nazarda tutib, ichki a'zolari tekshirish juda ham zarurdir. Bu o'zgarishlar yurak, buyrak, o'pka va boshqa a'zolar kasalliklariga yomon ta'sir qilishi mumkin. Homilador ayoldagi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash kerak, shunda ayolning homilador bo'lish-bo'lmasligi va homilador bo'lsa, uni davom ettirish mumkin yoki mumkin emasligi aniqlanadi. Ayniqsa, homiladorlikning ikkinchi yarmida qon va siydikni, qon bosimini muntazam ravishda tekshirish, tana vaznini o'lchab turish zarur.

Qorinni ko'zdan kechirganda u tik turgan oval shaklda bo'lsa, homilaning to'g'ri yotganini, ko'ndalang yoki qiyshiq tursa, homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganini, yumaloq shar shaklida bo'lsa, egizak bola yoki qog'onoq suvi ko'pligini, qorin osilgan yoki turtib chiqqan (o'tkir uchli) bo'lsa, chanoqning torligini ko'rsatadi.

Agar yuzda va oyoqlarda shish bo'lsa, buning sababini aniqlash zarur. Bu holat homiladorlik gipertenziv holatlarida, yurak va buyrak kasalliklarida kuzatiladi. Agar teri va ko'rinadigan shilliq qavatlar rangsiz bo'lsa, qamqonlikdan, lab va tirnoq ko'kargan bo'lsa, kislorod yetishmasligidan (yurak kasalligidan) darak beradi. Bundan tashqari, sut bezlarining yaxshi

rivojlanmaganligi, jinsiy a'zolar sohasida, qo'ltiq ostida tuklarning kam bo'lishi ichki jinsiy a'zolarining yaxshi rivojlanmaganligini bildiradi.

Qorinni paypaslab ko'rish tashqi tekshirishning asosiy usulidir. Buning uchun oldin akusher qo'lini tozalab yuvib, bir oz isitadi, ayol tizza bo'g'imini bukkan holda chalqancha yotadi. Ko'rishdan oldin qovuq bo'shatiladi. Paypaslab ko'rishdan oldin suyak do'mboqlari boylamlari topiladi. Bular paypaslab ko'rishda mo'ljal bo'ladi.

Qorinni paypaslab ko'rganda bachadon tubi aniqlanadi, homilaning bachadonda yotish holatida uning kichik chanoqqa yaqin turgan qismi (boshi, dumbasi yoki ko'ndalang yotishi), uning mayda qismlari aniqlanadi. Ultratovush yordamida homila va yo'ldoshning yotishi aniqroq bilinadi.

8.3. QIN ORQALI TEKSHIRISH

Odatda homilador bachadoni tubi 3- oy oxirida qov suyagi ustidan ko'tarilib turadi, ammo tashqi paypaslab ko'rish bilan ba'zan buni aniqlash qiyin bo'ladi. Shunga ko'ra homilaning bor-yo'qligini va uning muddatini aniqlash uchun ko'pincha qin orqali tekshirib ko'riladi.

Buning uchun tekshirishdan oldin qovuq bo'shatiladi.

Tekshirishda yaxshisi ayolni chalqancha yotqizib, tizza bo'g'imlarini bukib, oyoqlari orasi ochiladi.

Tekshirishdan oldin shifokor qo'lini tozalab yuvib, steril rezina qo'lqop kiyadi. Tekshirishda jinsiy a'zolarining tashqi yuzasini, chotni, to'g'ri ichak teshigi atrofini ko'zdan kechirib, biror patologik o'zgarish bor-yo'qligi aniqlanadi. Keyin ginekologik ko'zgular yordamida bachadon bo'ynini ko'zdan kechiradi (8.1.-rasm). So'ngra chap qo'lning ikki barmog'i (bosh va ko'rsatkich barmoqlar) bilan kichik jinsiy lablarni ochib, qinga kirish oldi qizargan-qizarmaganligi, ko'kargan-ko'karmaganligi, siydik chiqarish teshigi qanday ahvolda exanligi, qin dahlizi oldidagi katta-kichik bezlarda yallig'lanish bor-yo'qligi aniqlanadi.



8.1.rasm- Ginekologik ko'zgular yordamida bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish



8.2.-Ayollar ichki jinsiy a'zolarini qin va qorin devori orqali ikki qo'llab tekshirish

So'ngra o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmog'i qinga asta-sekin kirgiziladi. Bunda katta barmoq bilan jimjiloq esa kaft tomonga bukilgan holda chetga taqalib turadi. Qinga kiritilgan barmoqlar bilan qinning uzunligi va kengligi, qin devorlarining holati (shishganligi, qat-qatlari, g'adir-budurligi, kengayish xususiyati), chanoq osti muskullarining qanday holatda ekanligi, bachadon bo'ynining qin qismi va qin gumbazlari, bachadon bo'yni tashqi bo'g'izining shakli (dumaloq, yoriqqa o'xshash ochiq yoki berkligi va boshqalar) aniqlangach, ikkala qo'l bilan tekshirishga kirishiladi (8.2.-rasm).

Ikkala qo'l bilan homilador ayolni tekshirish (bimanual tekshirish)ning o'ziga xos xususiyati bo'lib, bunda bachadonning katta-kichikligi, shakli, qo'zg'aluvchanligi, qattiq-yumshoqligi, turish holati, og'riqli yoki og'riqsiz ekanligini, homiladorlik belgilarini, bachadon ortiqlarining qanday holatda ekanligi va chanoqning ichki yuzasi tekshirilib, uning ichki o'lchovlari aniqlanadi.

Buning uchun o'ng qo'l barmoqlari qinning oldingi gumbaziga yuborilgan holda, chap qo'l barmoqlari bilan qorin devorining qov suyagi ustidan bachadon tanasi tekshiruvchining ikkala qo'li orasida bo'lguncha, asta-sekin bosiladi. Agar bachadon orqaga egilgan bo'lsa, uni bunday tekshirish bilan topa olmaslik ham mumkin. Bunday hollarda qin ichidagi o'ng qo'l barmoqlari orqa gumbaziga o'tkaziladi va tekshirish yuqoridagicha takrorlanadi.

Bachadon tanasi aniqlangach, uning katta-kichikligi, harakatchanligi, og'riq bor-yo'qligi va shakli aniqlanadi. Bachadonni paypaslab tekshirib bo'lgach, qin gumbazlari sinchiklab ko'riladi. Bundan tashqari, chanoq devorini tekshirib, o'siqlar bor-yo'qligi, chanoq shakli va dumg'aza suyagining chanoq ichiga qaragan dumg'aza burni do'ngi barmoq bilan tekshiriladi, unga barmoq yetmasa, demak, chanoq tor emas, agar yetsa, u o'lchanadi.

Chanoqning ichki yuzalarini tekshirib bo'lgach, qinga kiritilgan o'rta barmoq uchini dumg'aza suyagining turtib chiqqan joyiga (promontorium) qo'yiladi, tashqaridagi chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan simfizning pastki cheti belgilangan holda o'ng qo'l barmoqlari qindan chiqariladi. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmoq uchi bilan belgilangan oraliq tazomerda o'lchanadi. Bu oraliq diagonal konjugata (conjugata diagonalis) deb atalib, normal chanoqda buning uzunligi 13 sm va undan yuqori bo'lishi mumkin. Shundan 2 sm chegirib tashlansa, chin konjugataning o'lchovi aniqlanadi.

8.4. HOMILADORLIKNING DASTLABKI DAVRINI ANIQLASH

Homiladorlik boshlanishida uning belgilari juda aniq bo'lmaydi. Bunda homiladorlik faqat taxminiy belgilarga ko'ra aniqlanadi.

Homiladorlikning taxminiy belgilariga ayoldagi subyektiv holat va obyektiv tekshirish natijasida uning organizmida aniqlangan o'zgarishlar kiradi. Homiladorlarning subyektiv holatiga:

1) boshqorong'i bo'lib ishtahasi o'zgaradi, nordon va achchiq ovqatlar yegisi keladi, ba'zan bo'r iste'mol qiladi, ho'l tuproq va boshqalar hidini yoqtiradi;

2)jahldor bo'lib kayfiyati tez-tez o'zgarib turadi, uyquchan bo'lib qolishi mumkin;

3)hidni sezish qobiliyati birmuncha o'zgaradi (papiros, atir, yog' hidi va boshqa hidlardan ko'ngli ayniydi);

4) terisida bir qator o'zgarishlar ro'y beradi: sut bezi tugmachasi atrofida, yuzida, qorin devorining oq chizig'ida qoramtir dog'lar paydo bo'ladi.

5) sut bezida og'iz suti (boshlang'ich sut) paydo bo'lib, ko'kraklari kattalashadi. Agar sut bezining uchi siqilsa, og'iz suti chiqadi

Shuni aytib o'tish kerakki, ilgari tuqqan ba'zi ayollar ko'kragida sut saqlanishi mumkin.

Homiladorlikning taxminiy begilari. Bu xildagi belgilarga jinsiy a'zolarda, sut bezida, hayz ko'rishda bo'ladigan o'zgarishlar kiradi. Bu belgilarning hammasi obyektiv belgilar hisoblanadi.

Homiladorlik hayz ko'rishning to'xtashi bilan belgilanadi. Ma'lumki, sog'lom ayollarda hayz davri o'zgarmaydi. Faqat homiladorlar hayz ko'rmaydilar, ba'zi bola emizadigan ayollar hayz ko'rmasliklari mumkin.

Hayz davrining buzilishi umumiy kasalliklarda ham uchrab turadi. Xususan diabet, sil, surunkali zaharlanish (kimyoviy moddalar va boshqalardan), og'ir ruhiy iztirob yoki to'satdan boshga tushgan musibat natijasida ham hayz to'xtashi yoki uning davri huzilishi kuzatiladi.

Hayz ko'rishning to'xtashi homiladorlikning taxminiy belgilaridan biri bo'lishiga qaramay, turli akusherlik tekshirishlari o'tkazish lozim bo'ladi.

Qinning kirish qismi va qin shilliq qavatining bo'rtib ko'karishi ham homiladorlikning taxminiy belgisidir. Odatda homiladorlikning 5-6-haftasidan boshlab bachadon kattalashadi, shakli va qattiq-yumshoqligi o'zgaradi.

Sut bezlari o'zgarib kattalashadi va qattiqlashadi, yuqorida aytganimizdek, sut bezlari tugmachasi atrofini siqqanda og'iz suti chiqadi.

Homiladorlikning taxminiy belgilari obyektiv belgilar hisoblanadi, qinni va qin kirish qismini steril ginekologik ko'zgular yordamda ko'riladi. Ginekologik ko'zgular yordamida qinning shilliq qavati, bachadon bo'ynining ranggi, qinda yallig'lanish jarayoni bor-yo'qligi aniqlanadi. Bunday tekshirishlar uchun 2 tavaqali qoshiqsimon ko'zgulardan foydalaniladi.

Ikki tavaqali ginekologik ko'zgu ishlatilganda u qin orqasidagi chuqurchalarga yetguncha qin ichiga yuboriladi, so'ngra bachadon bo'ynini ko'rish uchun ko'zgu tavaqalari ochiladi, qin devorlarini esa ko'zguni qindan chiqarib olish paytida ko'riladi.

Bachadon bo'yni va qin devori qoshiqsimon ko'zgularda yaxshi ko'rinadi. Buning uchun ko'zgu qinning orqa devoriga qo'yilib, chot asta-sekin pastga tortiladi, ikkinchi ko'zguni esa qinning oldingi devoriga qo'yib, qin devori yuqoriga ko'tariladi.

Ikkala qo'l yordamida homiladorlarni tekshirishda bachadonning kattakichikligini, shaklini, qattiq-yumshoqligini, qanchalik siljuvchan, og'riqli yoki og'riqsiz exanligini, turish holatini, qin gumbazining holatini, qanchalik

siljuvchanligini aniqlashda yuqorida ko'rsatib o'tilgan tekshirish usullarining o'ziga xos ahamiyati bor.

Homiladorlikni ko'rsatuvchi belgilar:

1. Piskachek belgisi – homiladorlikda bachadon shaklining o'zgarishidan iborat. Aslida noksimon, bir tekis yalpoqlashgan bachadon noto'g'ri shakldagi sharga o'xshab qoladi. Bachadon devorining homila tuxumi joylashgan qismi do'ppayib chiqadi.

2. Gorvis – Gegar belgisi. Bu bachadon bo'yni bilan tanasi oralig'i, ya'ni bachadon bo'yni oldi (istmust) yumshashiga asoslangan. Ikkala qo'l ilan tekshirilganda, qinga kirgizilgan qo'l barmoqlari bilan qorin devori orqali qovuq suyagi ustidan bosayotgan tashqaridagi barmoqlar bachadon bo'yni oldi yumshagani uchun bir-biriga tegadigan darajada yaqinlashadi.

3. Snegirev belgisi – bu belgida ham har ikkala qo'l yordamida tekshiriladi. Qin orqali barmoqlar bilan tekshirish vaqtida barmoqlar ta'sirida bachadon qisqa muddatga qisqarib, qattiqlashadi. Bachadon qattiq-yumshoqligining bunday o'zgarishi uning nerv tizimining ta'sirlanishi tufayli vujudga keladi va ta'sirlanish to'xtagach, u yana yumshab qoladi.

4. Genter belgisi – bu belgida ham har ikkala qo'l yordamida tekshiriladi. Qinga kiritilgan barmoqlar yordamida bachadondagi o'zgarishlarni aniqlash bilan birga tashqi qo'l yordamida bachadon oldingi yuzasining o'rta chizig'ida taroqsimon do'mboqcha bo'ladi, bu Genter belgisi deb ataladi.

Homiladorlikni erta muddatlarida aniqlashning gormonal usuli. 1928 yilda Ashgeym – Sondeklar ayolning homilador bo'lganini aniqlashda gormonal

usulini taklif qildilar. Bu reaksiyalar ta'sirida homilador ayol siydigida gipofiz bezining oldingi bo'lagidan ajraladigan gormon aniqlanadi.

Homilador ayol organizmida gonadotrop gormon – gipofizning oldingi bo'lagidan ajralgan gormonni Ashgeym va Sondek prolan deb ataganlar. Homiladorlikda xorionik gonadotropin va

follikulin ayol siydigi bilan mo'l ajraladi. Bu gormon homiladorlikning birinchi haftasidayoq ko'paya boradi. Sondek – Ashgeym reaksiyasi oq sichqonlarda o'tkazilardi.

1947 yilda Galli – Maynini taklif qilgan usul Xarkov tibbiyot instituti akusher-ginekologik klinikasi xodimlari (Alpatov va boshqalar) tomonidan



8.3. Ultratovush vositasida tekshirish: 11 haftalik homila

qaytadan ishlangan. Bu reaksiyani erkak suv qurbaqada o'tkaziladi. Homiladorlikni aniqlashda Fridman reaksiyasi quyonlarda xuddi sichqonlardagi kabi o'tkaziladi.

Hozirgi paytda homiladorlikni aniqlashda test-qog'ozchalarini qo'llash mumkin: VV-test (Fransiya). Bu usul bilan homiladorlikda ayollar siydigida xoriogonik gonadotropin gormoni tekshiriladi. Buning uchun ayol yetalabki siydigiga test-qog'ozchasi botiriladi: agar ikkita chiziqchalar paydo bo'lsa, reaksiya natijasi ijobiy, agar chiziqcha yagona bo'lsa, salbiy hisoblanadi.

Ultratovush yordamida ham homiladorlikni aniqlash mumkin. 5-6 haftaligidayoq homilaning yurak urishini bilsa bo'ladi. Hatto 3-4 haftalik homiladorlikda homilaning tasvirini ko'rish mumkin (8.3.-rasm).

8.5. HOMILADORLIKNI KECHKI MUDDATLARDA ANIQLASH

Homiladorlikning aniq yoki shubhasiz belgilari quyidagichadir.

1. Homiladorlik taxminan 15—20 haftalik bo'lganda homilaning yurak urishi qorin devori orqali, oddiy akusherlik stetoskopi bilan aniq eshitiladi. Yurak urishini «Malish» deb ataladigan apparat yordamida ham eshita bo'ladi. Buning uchun qorin devori sathiga vazelin surtib, uning eshitadigan qismini qorin devori bo'yicha surib, homilaning yurak urayotgan sohasi topiladi, bunda apparat yordamida yurak urishi sanaladi (homila yuragi daqiqada 130—140 marta uradi).

Ona organizmidan qorin devori orqali eshitiladigan tovushlarga quyidagilar kiradi:

a) homilaning yurak urishi bilan bir vaqtda bo'ladigan qorin aortasining urishi va bachadon yon devorlaridagi katta qon tomirlarda bo'ladigan shuvillagan shovqin;

b) ichaklarning peristaltik (to'lqinsimon) harakati tufayli hosil bo'ladigan ritmsiz shovqin;

v) homilaning qo'l-oyoqlari qimirlashi natijasida hosil bo'ladigan va qiyinlik bilan eshitiladigan bo'g'iq tovush.

Homilaning yurak urishi homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab eshitila boshlanadi. Agar homilaning boshi oldinga egilgan bo'lib, uning orqasi bachadonning biror devoriga yaqin turgan bo'lsa, uning yurak urishi orqa tomondan yaxshi eshitiladi. Agar homila yuzi bilan kelib, boshi orqaga egilgan bo'lsa, uning orqasi bachadon devoridan uzoqlashadi va ko'kragi bachadon devoriga tegib turadi. Bu holda uning yurak urishi ko'krak tomonidan yaxshiroq eshitiladi. Homila boshi bilan oldin kelganda uning yurak urishi ona kindigidan pastda, chanog'i bilan kelganda ona kindigi qarshisida yoki undan yuqoriroqda, ko'ndalang kelganda ona kindigi ro'parasida, tug'ish jarayonida homilaning boshi chanoq ichiga kirganda ona qorni o'rta chizig'ida (simfiz ustida) eshitiladi.

Homilada asfiksiya (bo'g'ilib qolish) ro'y berganda uning yurak urishi asfiksiya bosqichiga qarab minutiga 100—110 marta urishi yoki tezlashib, 150 va undan ham tez ura boshlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida homilaning tirik ekanligini, normal o'sayotganligini, bachadonning o'sishini kuzatish va

ultratovush yordamida aniqlash mumkin. Odatda sog'lom onaning tomir urishi homilanikiga qaraganda bir yarim barobardan kam bo'ladi, buni homilaning yurak urishidan farq qilish uchun homilaning yurak urishi onaning bilak tomiri urishi bilan solishtiriladi.

2. Obyektiv tekshirilganda homiladorlik 20 haftalik bo'lgandan boshlab homilaning qimirlashi aniq bilinadi. Homiladorning o'zi ham homilaning qimirlaganini ancha ilgari sezishi mumkin. Lekin buni ayol ichaklar peristaltikasi bilan almashtirishi va yanglish ma'lumot berishi mumkin.

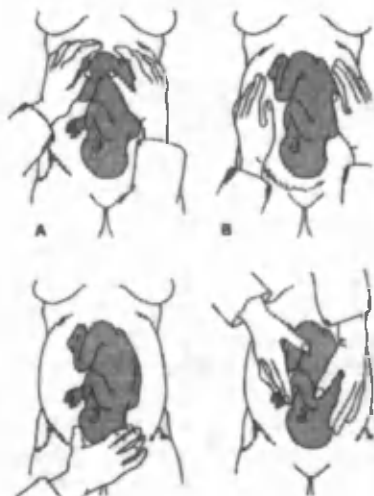
3. Ultratovush yordamida homila skeletini va yurak urishini, undagi mavjud nuqsonlarni ko'rish mumkin (8.4.-rasm).

4. Homiladorlikning beshinchi oyidan boshlab homilaning skelet suyaklarini rentgenda ko'rish mumkin. Bu usuldan hozir deyarli foydalanilmaydi.

5. Paypaslab ko'rish usulida (Leopold-Leviskiy usuli) homila holatini aniqlash mumkin. Homiladorning qornini paypaslab (ushlab) ko'rish usuli homila qismlarining katta-kichikligini, homilaning bachadonda joylashish holatini, oldin keluvchi qismining qayerda ekanligini (chanoqqa kirishdan yuqorida, chanoqqa kiraverishga suqilgan holatda yoki kichik yoki katta segment bilan turganligi) ni aniqlashdan iborat. Homilador ayolning qornini paypaslab ko'rish uchun tekis karavotga chalganchasiga, oyoqlarini tizza va yonbosh bo'g'imlaridan bukkan holda yotqiziladi, shifokor uning o'ng tomoniga o'tiradi.

Homilador ayol qornini paypaslab tekshirish vaqtida akusherlik tekshiruvini to'rtta aniqlangan usulidan foydalaniladi (8.5.-rasm).

Birinchii usul. Bachadon tubining balandligi va uning tubida homilaning qaysi qismi borligini aniqlash uchun qo'llaniladi. Buning uchun ikkala qo'lning kafti bilan barmoqlari bir-biriga qaragani holda, bachadon tubini ushlab, u yengilgina pastga bosiladi. Shunda bachadon tubining turgan balandligi va homilaning yotish holati aniq bilinadi.



8.5. -rasm Leopold-Leviskiyning paypaslash usullari. A. Bachadonni tubidagi homilaning qismlarini paypaslash B. Homilaning mayda qismlarini aniqlash. C. Homilaning oldinda keluvchi qismini paypaslash. Bunda homila hoshi harakatchan, chanoq qismi tana bilan birgalikda siljiydi. D. Homilaning hoshi chanoqning qaysi yuzasida turganligi aniqlanadi.

Homilaning o'sishi va muddati bachadon tubining qaysi balandlikda turganligiga qarab aniqlanadi. Agar bachadon tubida homilaning katta qismlari aniqlansa, bu uning to'g'ri yotganligini ko'rsatadi. Agar paypaslaganda bachadon tubida homilaning dumbasi borligi

aniqlansa, bu oldin keluvchi qism bosh ekanligini, aksincha, bachadon tubida homilaning boshi borligi aniqlansa, chanoq'i bilan oldin kelishini ko'rsatadi.

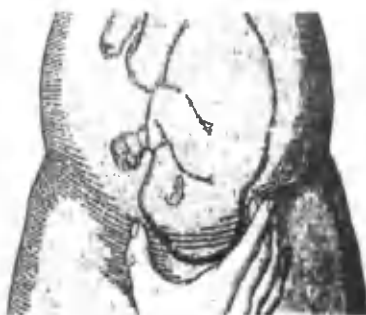
Ikkinchi usul bilan homilaning orqasi va mayda qismlarining turishiga qarab, uning qanday holatda ekanligi aniqlanadi. Buning uchun ikkala qo'l bachadan tubidan uning yoniga o'tkaziladi.

Ikkala qo'l barmoqlari galma-gal bosib ko'rish yo'li bilan bachadon paypaslanadi. O'ng qo'l bilan paypaslaganda chap qo'l qimirlamay, bachadon devorida turishi kerak. Bu usul bilan bir tomonda tekis yuza — homila orqasini, qarama-qarshi tomonida esa, uncha katta bo'lmagan va o'z turishini tez o'zgartiradigan dumboqli yuza, homilaning mayda qismlari (oyoq, qo'llari) aniqlanadi.

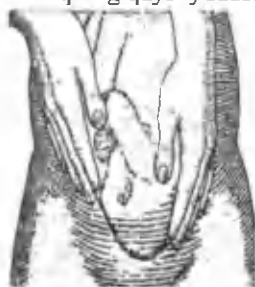
Homilaning oldinda keluvchi qismini va uning kichik chanoq bo'shlig'iga bo'lgan nisbatini aniqlashda akusherlik tekshiruvining uchinchi usuli qo'llanadi (8.6.-rasm). Buning uchun qo'lning katta barmog'i bachadon pastki segmentining bir tomonidan, qolgan 4 ta barmoq esa ikkinchi tomonida turgan holda, homilaning oldin keluvchi qismi ushlanadi, so'ngra qo'lni bir oz pastga bosib, oldinda keluvchi qismni barmoqlar bilan ushlangan holda juda ehtiyotkorlik bilan asta-sekin o'ngga va chapga qimirlatiladi. Bunda homila boshi bilan turgan bo'lsa, qattiq, dumaloq, dumba bilan turgan bo'lsa, yumshoqroq va hajmi kichikinaroq bo'lib bilinadi. Agar oldin keluvchi qism (bosh yoki dumba) harakatchan bo'lsa, bu uning chanoqning kirish qismidan yuqorida turganini, qimirlamaydigan bo'lsa, chanoqning kirish qismida suqilib turganini ko'rsatadi. Homila ko'ndalang yoki qiyshiq yotgan taqdirda oldinga keluvchi qism bo'lmaydi.

Akusherlik tekshiruvining uchinchi usulida odatda ayol og'riq sezadi, shunga ko'ra, ko'pincha bu usul o'rniga to'rtinchi usul qo'llaniladi.

To'rtinchi usul yordamida oldinda keluvchi qismning turgan joyi hamda u chanoqning qaysi yuzasida turganligi aniqlanadi (8.7.-rasm).



8.6.-rasm. Leopold-Leviskiyning 3-usuli



8.7.-rasm. Leopold-Leviskiyning 4 – usuli

Akusher homiladorning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo'li kaftini bachadon pastki qismining o'ng va chap tomoniga qo'yadi va pastga tomon asta bosadi, bunda tekshiruvchi o'z qo'lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq kirish qismiga yuboradi, shu yo'sinda paypaslash yordamida oldinda keluvchi qismni va uning turish holatini (kichik chanoqqa kirish qismining ustidaligini yoki chanoq ichiga o'tganligini) aniqlaydi. Shu usul bilan yana boshning katta-kichikligi, ensa, peshona, engakning turgan joyi va tug'ish jarayonida boshning chanoqqa tushish holatlari aniqlanadi.

Homiladorlikni aniqlashda yana quyidagi qo'shimcha usullar mavjud.

Amnioskopiya — bu usul yordamida qog'anoq suvi va suv pardasi ko'riladi. Bunda suv pardasi hali yirtilmagan bo'lishiga qaramasdan qog'anoq suvining rangi, tiniqlik darajasiga (ko'kish, sariq rangda va loyqa ekaniga) qarab homilada asfiksiya bo'lgan-bo'lmagani, homiladagi gemolitik kasalligi va boshqalar aniqlanadi.

Amnioskopiya statsionar sharoitida qo'llanadi.

Amniosentez — bu usul yordamida homilaning suv pardasi orqali undan qog'anoq suvi olinadi. Gemolitik kasallikning og'ir turlari, kelib chiqishi va hokazolar aniqlanadi.

Fonokardiografiya homila yuragi faoliyati aniqlanadi. Bu usulda homila yuragining urishi (normada ekani, tezlashgani va sekinlashgani), ritmi (normada, aritmiya), tovushi va boshqalar aniqlanadi. Bu homilada asfiksiya boshlangani va boshqa patologik holatlarga taxmin qilish va ularning oldini olishga imkon beradi.

Kardiotokograf va elektrokardiografiya — bu usullar keng qo'llaniladi, homilaning yurak faoliyati, ayniqsa undagi gipoksiyani o'z vaqtida aniqlashda ahamiyati katta. Bu usulda homila yurak urishini 14—16 haftaligidayoq bilish, shuningdek platsentaning oldinda joylashganini aniqlash mumkin.

Ultratovush yordamida homiladorlikni erta muddatida ham aniqlash mumkin bo'ladi. Bundan tashqari, homilaning so'nggi rivojlanish davrida uning bachadonda yotish holatini (boshi, tanasi, oyoq-qo'llari, ichki a'zolari), oyoq-qo'llar va boshning joylashishini va ko'krak qafasi o'lchovini aniqlash mumkin.

Homiladorlik muddatini hamda uning rivojlanishidagi nuqsonlarni (gipotrofiya, gidro- va mikrocefaliya va boshqalar) bilish mumkin. Bundan tashqari, bu usul homila yo'ldoshini, qog'anoq suvining ko'p va ozligini, ko'p homilalik, ayniqsa homiladorlikning kechishini kuzatishga imkon beradi. Ultratovush orqali tekshirish homilador uchun ham, homila uchun ham zararsizdir.

Rentgen orqali tashxis qo'yish hozirgi paytda kam qo'llanadi. Ammo bu usuldan ultratovush apparati bo'lmasa va paypaslab, qin orqali tekshirib homila holati va undagi nuqsonlarni aniqlab bo'lmagandagina foydalaniladi.

8.6. BIRINCHI VA QAYTA HOMILADORLIKNI ANIQLASH

Birinchi va qayta homiladorlik odatda anamnez yordamida aniqlanadi. Buni aniqlashdagi obyektiv belgilardan biri jinsiy a'zolardagi o'zgarishlardir.

Xususan jinsiy teshikning yirilib turishi, qizlik pardasining qoldiqlari — coruneule murtiformis so'rg'ichga o'xshab qolgan bo'ladi. Tug'magan ayollarda qizlik pardasi shakli saqlangan, ammo yirtilgan, bu coruneule hyminalis deyiladi. Tuqqan ayollarda qin keng, bachadon bo'yni silindr shaklida, uning tashqi teshigi yirik (ko'ndalangiga) bo'ladi.

Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda bachadon bo'yni to tuqqunga qadar berk bo'ladi, ammo tuqqan ayollarda tug'masdan 4- 5 hafta ilgariyoq bachadon bo'yniga bitta barmoqni kiritish mumkin.

Qorin devorini ko'zdan kechirganda ham ayolning tuqqan tug'maganligi haqida taxmin qilish mumkin. Tuqqan ayollarda qorin devori to'g'ri muskuli birmuncha ajralgan, terida eski tirtiqlar — striae gravidarum ni ko'ramiz, ular oq chiziq shaklida bo'ladi. Bu tirtiqlar oq rangda bo'lsa, bu avvalgi homiladorlikdan qolganini, pushti-qizil rangda bo'lsa, hozirgi homiladorlikniki deb xulosa chiqarish mumkin. Ammo ba'zan bu tirtiqlar homilador bo'lmagan ayollar qorin devori, sonlarining oldingi sathida uchrah turganini nazarda tutib ko'pchilik olimlar buni gormonal jarayon natijasi deb talqin qiladilar.

Birinchi homiladorlikda homila boshi tug'ishdan 4—5 hafta ilgari chanoq kirish qismida bo'ladi. Qayta tuqqanlarda esa to tug'ish jarayoni boshlanmaguncha homila boshi chanoq kirish qismidan yuqorida turadi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan asta-sekin chanoq kirish qismiga yaqinlashib, nihoyat bachadon bo'yni to'la ochilishi bilan joylashib oladi.

Sut bezlarida ham ba'zi o'zgarishlar bo'ladi. Tuqqan ayollarda sut bezlari birmuncha osilgan, so'rg'ichlari ancha yaxshi bilinadi. Tug'magan ayollarda esa sut bezlari tarang, uning so'rg'ichlari kichkina bo'ladi. Ayolning birinchi yoki qayta homiladorligini bilishning sud tibbiyotida ahamiyati katta.

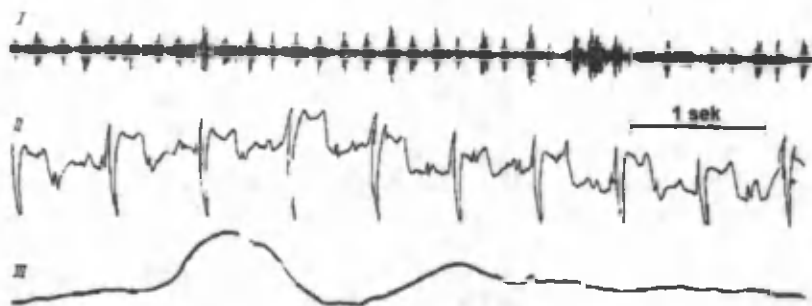
8.7. HOMILANING TIRIK YOKI O'LGANINI ANIQLASH

Dastlab homilaning qanday o'sayotgani va hayotligini bachadonning oy sari kattalashishi bilan aniqlanadi. Bachadonning o'sishi kalendar yoki akusherlik oyi bilan belgilanadi va u ma'lum hajmda bo'ladi. Agar bachadon o'smay qolsa yoki sekin o'ssa, unda homila tirik bo'lsa ham o'sishdan orqada qolayotganidan (gipotrofiya) xabar beradi. Qayta bo'yida bo'lgan ayollar homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning qimirlashini ancha ilgariroq seza boshlaydilar.

Homilaning yurak urishi oddiy akusherlik stetoskopida homiladorlikning 2- yarmida eshitilsa, fonokardiograf, kardiopograf, monitorlar yordamida ertaroq aniqlash mumkin (8.8.-rasm).

Ammo homilaning yurak urishini eshitganda, albatta, onaning tomir urishi bilan solishtirish zarur. Onada isitma, kamqonlik yoki yurak kasalliklari bo'lganda ham tomiri tez urib, unda homila yuragining zarbi bilan almashtirish mumkin. Homilaning o'lik yoki tirikligini aniqlashda shularni ham hisobga olish kerak.

Homilaning qimirlashini ona sezmay qolsa, homila o'lgan bo'ladi. Qog'a-noq suvi shimilayotganiga ko'ra bachadon kichiklasha boradi. Homiladorlar qorin pastida og'irlik sezadilar, og'izlari bemaza bo'lib, etlari uvishadi, sut bezlari



8.8.-rasm. Homilaning yurak urishi va qimirlashini obyektiv qayd qilish usullari:
I — homilaning FKGsi; II — homilaning EKGsi; III — homilaning aktogrammasi

yumshab qoladi. Homilaning tirik yoki o'lganini ultratovush usulida aniqlash mumkin. Homilaning o'lgani qanchalik erta aniqlansa, ayolga shunchalik o'z vaqtida yordam berish mumkin bo'ladi. Aks holda ayolda turli patologik holatlar yuz berishi, xususan bachadonda homila chirishi, qon ivishining susayishi, o'lgan homilani bachadondan olib tashlash jarayonida koagulopatik qon ketishi mumkin.

8.8. HOMILADORLIKNING DAVOM ETISHI, UNING MUDDATI VA TUG'ISH VAQTINI ANIQLASH

Homiladorlik, so'nggi hayznning birinchi kunidan hisoblaganda o'rta hisobda 280 kun yoki akusherlar oyi bilan 10 oy — 40 hafta davom etadi, lekin ba'zan homiladorlik 280 kundan kam yoki ortiq davom etishi mumkin. Ayollarda homiladorlik muddatini aniqlashda ko'p qiyinchiliklar uchraydi, chunki uning qachon boshlanganligini aniq bilish qiyinroq bo'ladi.

Homiladorlik muddati oxirgi hayznning birinchi kunidan to'la kun yoki to'la haftalar bilan hisoblanadi. Oxirgi hayznning birinchi kuni 0 kuni, 0-6 kunlar "nol to'la oy haftalik", 7-13 kunlar esa "birinchi to'la oy haftalik" va homiladorlikning oxirgi 40- haftasi — "39 to'la haftasi" hisoblanadi.

Akusherlik tajribasida tug'ish vaqtini aniqlash uchun Negel usulidan foydalaniladi. Buning uchun oxirgi hayznning birinchi kunidan 3 oy orqaga sanab, unga 7 kun qo'shiladi. Masalan, agar oxirgi hayznning birinchi kuni 20 avgust bo'lsa, 3 oy orqaga sanalib (20 iyul, 20 iyun, 20 may), unga 7 kun qo'shilsa, demak, tug'ruq kelgusi yilning 27 mayida bo'ladi.

Shuningdek, tug'ish vaqtini ayol homilaning birinchi marta qimirlaganini sezgan kunidan boshlab hisoblash ham mumkin. Odatda homila birinchi homiladorlikda 20 haftadan so'ng, qayta homiladorlikda 15 haftadan keyin qimirlaydi.

Homilador homilaning qimirlashini sezgan kuniga 140 kun (akusherlar oyidan 5 oy) va qayta homiladorlarda 154 kun (akusherlar oyidan 5,5 oy) qo'shiladi. Shu yo'l bilan taxminiy tug'ish vaqti aniqlanadi. Lekin tug'ish vaqtini shu yo'l bilan unchalik to'g'ri aniqlab bo'lmaydi. Chunki ayol homilaning

qachon qimirlaganini unutgan bo'lishi yoki ichaklar peristaltikasini homilaning qimirlashi deb yanglishgan bo'lishi mumkin.

Tug'ish vaqtini oxirgi hayzning birinchi kuni bo'yicha aniqlash muhimdir.

Ultratovush bilan homila yoshini aniqlash ham mumkin. Bunda homila boshining katta-kichikligi, tanasining uzunligi tashxis qo'yishda asosiy belgilardan hisoblanadi.

Homiladorlik muddatini va tug'ish vaqtini aniqlashda bachadon o'lchovi va tubining balandligini bilish katta ahamiyatga egadir (8.9.-rasm).

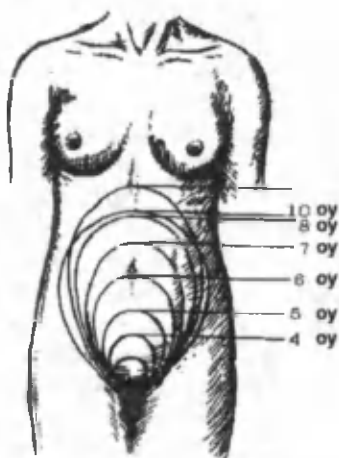
Homiladorlikning dastlabki davrlarida, hali bachadon chanoq bo'shlig'ida turganda uning katta-kichikligi qin orqali tekshirib aniqlanadi. Homiladorlikning to'rtinchi oyi oxirida bachadon tubi kindik bilan qov suyagi oralig'ida, simfizdan 4 barmoq enida yuqorida turadi. Demak, bachadonning ko'p qismi katta chanoqqa o'tgan bo'ladi. Homiladorlikning beshinchi akusherlar oyi oxirida bachadon katta odam boshidek keladi, uning tubi ikki barmoq enida kindikdan pastda turadi. Agar to'rtinchi oy oxirida qorin devorining ko'tarilganligi zo'rg'a aniqlansa, beshinchi oy oxirida ancha ko'p ko'tarilgan bo'ladi.

Homiladorlikning oltinchi akusherlik oyida bachadon tubi kindikda, yettinchi oyi oxirida esa kindikdan 3 barmoq enida yuqorida bo'ladi. Homiladorlikning sakkizinchi akusherlar oyida bachadon tubi kindik bilan xanjarsimon o'simta o'rtasida, simfizdan 30—32 sm yuqorida turadi, aylanasi 80—85 sm bo'ladi.

Homiladorlikning to'qqizinchi oyida bachadon tubi o'zining eng yuqori nuqtasiga, ya'ni xanjarsimon o'simtga taqaladi. Kindik birmuncha do'ppayib chiqadi.

Homiladorlikning o'ninchi akusherlar oyida bachadon tubi homiladorlikning sakkizinchi oy oxirida egallagan joyida, ya'ni kindik bilan xanjarsimon o'simta orasida turadi. Biroq, bachadon tubi sakkizinchi va o'ninchi oy oxirida bir xil balandlikda bo'lishiga qaramay, ular bir-biridan qorin aylanasi o'lchovi bilan farq qiladi: sakkizinchi oyda qorin aylanasi 80—85 sm bo'lsa, o'ninchi oyda 95—98 sm va undan ko'p bo'ladi. Bundan tashqari, o'ninchi oyda qorin osilgan bo'lib, homiladorning nafas olishi osonlashadi.

Birinchi marta tug'uvchilarda homiladorlikning sakkizinchi oyida homilaning boshi chanoqning kirish qismidan yuqorida va qimirlaydigan bo'lib, o'ninchi oyda chanoqning kirish qismiga suqilgan holatda, qimirlamay turadi. Qayta tug'uvchilarda esa homilaning boshi homiladorlikning oxirigacha



8.9.- rasm. Homiladorlikning turli muddatlarida bachadon tubining turish balandligi.

chanoqning kirish qismidan yuqorida va qimirlaydigan bo'ladi. Bachadon tubining balandligiga qarab homiladorlik muddatini hamma vaqt ham to'g'ri aniqlash mumkin bo'lavermaydi.

Bachadonning kattaligi faqat homiladorlik muddatigagina emas, balki qog'anoq suvining miqdoriga, homilaning katta-kichikligiga ham bog'liqdir (uning og'irligi odatda 2500 dan 5000 g gacha bo'ladi). Shuningdek, bachadonning kattaligi bachadon devorining qalinligi, homilaning miqdori, uning joylashishiga, qog'anoq oldi suvi hajmiga ham bog'liqdir. Qorin aylanasi kindik ustidan santimetr tasmachasi bilan o'lchanadi.

Homiladorlikning oxirida qorin aylanasi 96—100 sm bo'ladi, qov suyagi (simfiz) ustidan bachadon tubining balandligi ham santimetr tasmachasi bilan o'lchanadi.

Homila uzunligini o'lchash ham homilaning yoshi va homiladorlik muddatini aniqlashda qo'shimcha usul hisoblanadi. Buning uchun homiladorni chalqancha yotqizib, odatdagi chanoq o'lchagich bilan o'lchanadi (o'lchash oldidan homilador qovug'ini bo'shatadi).

Chanoq o'lchagichning bir uchi odatda homilaning chanoq qismi turadigan bachadon tubiga, ikkinchi uchi esa homila boshining pastki yuzasiga qo'yiladi (homila qismlarining joylashishi qorin devori orqali paypaslab ko'rib aniqlanadi). Bu oraliq, V. V. Sutuginning aytishicha, homila uzunligining yarmisini tashkil qiladi. Shu usulda aniqlangan homila uzunligidan 2—3 sm qorin devori qalinligiga chiqarib tashlanadi. Shu yo'l bilan homila uzunligini aniqlab, uni 5 ga taqsimlasak, bizga bachadondagi homilaning (homiladorlikning) muddati ma'lum bo'ladi. Masalan: chanoq o'lchagichning ko'rsatishicha, bachadon tubi bilan homila boshi pastki qismining oralig'i 16 sm bo'lsa, homila uzunligi 32 sm ga teng keladi. Shundan 2 sm qorin devori qalinligiga chiqarilsa, 30 sm qoladi. Bu uzunlikni 5 ga taqsimlab, homiladorlik muddati oltinchi oyining oxiri (30:5) hisoblanadi. Shunday qilib, homilaning uzunligiga qarab, uning muddati aniqlanadi.

Homiladorlik muddatiga qarab, homilaning necha oyligi va bo'yini aniqlash uchun darslikning oldingi boblarida Gaaze chizmasi keltirilgan edi.

Homila boshining ensasi bilan peshonasidagi ma'lum nuqtalar orasi uning kattaligi hisoblanadi. Bu nuqtalar oralig'i odatda homiladorlikning to'qqizinchi oyi oxirida 11 sm ga teng bo'ladi. Bu oraliqni o'lchash uchun homilador chalqancha yotqizib tekshiriladi.

Figurnov chizmasi. Homila 32 haftalik bo'lganida mavjud homiladorlik belgilariga qarab hamma homilador ayollar 3 turga bo'linadi.

Birinchi turda — uncha katta bo'lmagan (9 sm atrofida) homila boshi (kichik segmenti) chanoqning kirish qismiga zich suqilib turadi, qorin katta bo'lmaydi (aylanasi 50 sm atrofida bo'ladi), bachadon tubi simfizdan 23—25 sm yuqorida, ya'ni xanjarsimon o'simta bilan kindik oralig'ida turadi. Bachadon bo'yni kattalashgan bo'ladi.

Ikkinchi turda — homilaning boshi o'rtacha o'lchovda (10 sm atrofida) bo'lib, chanoqning kirish qismiga suqilib kirgan bo'ladi, qorin aylanasi 100 sm ga yetadi, bachadon uncha katta bo'lmaydi. Uning tubi simfizdan 28 sm yuqorida, simfiz bilan xanjarsimon o'simta orasida turadi, bachadon bo'yni birmuncha kattalashgan bo'ladi.

Uchinchi turda — homilaning boshi chanoqning kirish qismida, katta yoki o'rtacha o'lchovda (10-11 sm), qo'zg'aluvchan bo'ladi. Qorin aylanasi 95–100 sm bo'lib, bachadon tubi kindik bilan xanjarsimon o'simta oralig'idan yuqorida turadi va 30/32 sm keladi. Bachadon bo'ynining uzunligi 3 sm bo'ladi.

Figurnov homila tug'ilish yo'lida chanog'i bilan kelganda bachadon tubining birmuncha yuqorida turishini hisobga olib, ba'zi o'zgarishlar kiritishni, homila ko'ndalang kelganda esa boshi kattaligini hisobga olib Alfeld usulidan foydalanishni (homila uzunligini o'lchashni va boshqalarni) tavsiya etadi. Bundan tashqari, hozirgi paytda homila katta tug'iladigan bo'lib qoldi (akseleratsiya), shuni ham hisobga olish zarur bo'ladi. Ayollarga qulay sharoit yaratish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, oilani mustahkamlash maqsadida homiladorlarga tug'ruqdan ilgari beriladigan ta'til 112 kalendar kunga yetkazildi.

8.9. 30 HAFTALIK HOMILADORLIKNI ANIQLASH MEZONI

30 haftalik homiladorlikni aniqlash uchun anamnezda quyidagi savollar bilan ayoldan ma'lumot olinadi:

-oxirgi hayz qachon bo'lgan?

-homilador bo'lgan vaqtni ayol taxmin qila oladimi?

-birinchi marta homila qachon qimirlagan?

-akusher-ginekologga ayol birinchi marta kelganda homiladorlik necha haftalik deb belgilangan?

-oldingi ma'lumot (homiladorlik muddati qancha davom etgan, tug'ilgan homilalarning og'irligi);

Obyektiv ma'lumotlar:

-bachadon tubining qov suyagi ustidan qancha baland turganini aniqlash;

-qorin aylanasi aniqlash;

-ayolning bo'yi va vaznini o'lchash (I-jadval).

Bachadon tubining qov suyagi ustidan qancha yuqorida turganligi homiladorlik muddatini aniqlashda asosiy belgilardan biridir, bunda ayolning tana tuzilishi, bo'yi, tana og'irligi, ozg'in yoki semizligi hisobga olinadi.

Bachadon tubining balandligi ko'p ayollarda 30 haftalik homiladorlikda 29-31 sm bo'ladi. Bo'yi 160 sm bo'lgan teri osti yog' qatlami tana og'irligiga mos bo'lgan (tana og'irligi 58 kg gacha) homilador ayollarda bachadon tubi 30 haftalik homiladorlikda qov suyagidan 27-30 sm yuqorida bo'ladi. Teri osti yog' qavati ancha ko'p (semiz) homilador ayollarda bachadon tubi qov suyagidan 30-32 sm baland bo'ladi.

Ayollarda 30 haftalik homiladorlikni aniqlash

Ko'rsatkich	Bo'yi 160sm gacha			Bo'yi 165sm gacha	Bo'yi 170sm gacha	Bo'yi 170sm dan ortiq
	Vazni 55kg	Vazni 65kg	Vazni 80kg	Vazni 55kg	Vazni 75 kg	Vazni 90kg
Bachadon tubining balandligi (sm)	28	29	30	29	29	30
O'rtacha intervali	27-29	28-30	29-31	28-30	28-31	29-32
Qorin aylanasi (sm)	87	91	99	88	98	102
O'rtacha intervali	83-90	88-94	95-103	85-91	94-102	98-106

Bachadon tubi balandligini o'lchashdan oldin qovuq siydikdan bo'shatiladi, iloji bo'lsa, ichaklar ham bo'shatiladi. Qorin aylanasi kindik sohasidan o'lchanadi.

Homilaning peshona-ensa o'lchovi tazomer bilan o'lchanadi, bu 30 haftalik homiladorlikda 10-11 sm ga teng keladi.

Odatda 30 haftalik homiladorlikda homilaning oldinda keluvchi qismi chanoq kirish qismining yuqorisida bo'ladi va uni oson qo'zg'atish mumkin. Agar anamnez va obyektiv tekshirishlar yordamida zarur ma'lumotlar olishga imkon bo'lmasa, xomilaning gestasion yoshi (ona qornidagi yoshidan) foydalanish kerak.

30 haftalik homiladorlikni aniqlashda quyidagi ko'rsatkichlardan foydalanish mumkin: son va oyoq suyaklari uzunligi, homila boshining o'rtacha o'lchovi, homilaning rivojlanishdan orqada qolgan-qolmaganligini aniqlashda ayolning qorin aylanasi ham o'lchash lozim bo'ladi.

Yuqorida 30 haftalik homilaning fetometriya ko'rsatkichlari keltirilgan (2-jadval).

Ultratovush bilan tekshirishda fetometriya ko'rsatkichlari

Homiladorlik muddati	Boshning biparietal o'lchovi (sm)	Peshona-ensa o'lchovi (sm)	Boshning o'rtacha charka oralig'i-peshona-ensa o'lchovi(sm)
3 haftalik o'rtacha intervali	7,5 8,3-6,7	9,8 10,8-8,8	8,6 9,5
Homiladorlik muddati	Qorin aylanasi o'lchovi (sm)	Son suyagi uzunligi (sm)	Oyoq kattaligi (uzunligi, sm)
30haftalik o'rtacha intervali	8,0 9,1-6,8	5,6 6,3-4,7	5,6 6,4-4,8

Agar 30 haftalik homiladorlikni aniqlashda qiyinchilik paydo bo'lsa, bu 3 kishidan iborat shifokorlar hay'ati ishtirokida hal qilinadi.

8.10. HOMILADORLARNING TUG'ISHGA TAYYORLIGINI ANIQLASH

Homiladorning tug'ishga tayyorligi asosan bachadonning qisqarish xususiyati va bachadon bo'yni xususiyatlariga qarab aniqlanadi. Bachadon muskullarining qisqarish xususiyatini qo'l va maxsus apparatlar yordamida belgilash mumkin.

I. «Yetilmagan» bachadon bo'yni.

1. Bachadon bo'ynining qattiqligi yoki yumshoqligi aniqlanadi

2. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi berk yoki barmoq uchi sig'adi.

3. Bachadon bo'yni saqlangan yoki 4 sm dan ko'p qisqarmagan.

4. Bachadon bo'ynining pastki segmenti yupqalashgan, ammo yumshamagan.

5. Bachadon bo'yni qalin, devorining qalinligi 2 sm ga qadar.

6. Bachadon bo'yni chapga va orqaga qaragan.

II. Bachadon bo'yni «yetilgan»

1. Bachadon bo'yni yumshagan.

2. Bachadon bo'ynining qin qismi 2 sm va undan kam qisqargan.

3. Bachadon bo'yni kanali bir barmoq ochiq, chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

4. Qin gumbazi orqali oldinga keluvchi qismi aniq bilinadi.

5. Bachadon bo'ynining qalinligi 0,5 sm.

6. Bachadon bo'yni chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

III. Bachadon muskullarining oksitotsinga sezgirliги (Smitning oksitotsin belgisi) ni aniqlash uchun:

1. Homilador 15-20 daqiqa yotqizib qo'yiladi.

2. 500 ml 5% li glyukozağa 1 ml 5 birlikda oksitotsin qo'shiladi (bunda 0,01 birlik oksitotsinga 1 ml glyukoza hisobida).

3. Tayyorlangan eritmadan 5 ml ni bir daqiqada 1 ml dan quyiladi.

4. Bachadon qisqarishini paypaslab yoki gisterograf yordamida aniqlanadi.

5. 3 daqiqadan keyin bachadon qisqarsa, ijobiy hol hisoblanadi, oksitotsin ukol qilingandan so'ng 2 kun davomida tug'ruq boshlanadi.

6. Tug'ruq 3 kun davomida boshlanmasa, salbiy hol hisoblanadi, bunda tug'ruqni tezlatadigan boshqa usullardan foydalanish kerak bo'ladi.

Amaliy ko'nikmalar.

1. ANTENATAL ANAMNEZ YIG'ISH

Tayyorgarlik:

1. Kerakli tibbiy jihozlarni tayyorlang.

2. Bemorni ochiq chehra bilan kutib oling, o'zingizni tanishtiring va unga o'tirishni taklif qiling.

3. Bemorga nima qilmoqchi bo'lganingizni tushuntiring. Uni savol berish istagini qo'llab - quvvatlang.

4. Bemor gapini e'tibor bilan tinglang.

Anamnez yig'ish.

1. Bemor ahvolini aniqlang va kechiktirib bo'lmaydigan muammolar tug'ilsa, tezda chora ko'ring.

2. Bemordan ismini, yoshini, oldingi homiladorliklari va bolalarini, hayz sikli davomiyligi va davriyligini va qo'llagan kontrasepsiya usullarini so'rang.

3. Taxminiy tug'ruq sanasini hisoblang.

4. Bemorga quyidagi savollarni bering:

- Oldingi homiladorliklarida kelib chiqqan muammolar haqida;
- Dori preparatlarini qabul qilganligi haqida;
- Zararli odatlari haqida;
- Qoqsholga qarshi emlanganmi?
- OIV infeksiyasi bor- yo'qligini aniqlang.
- Umumiy sog'lig'ini aniqlang
- Ijtimoiy himoyalanganmi?
- Homiladorlik bilan bog'liq boshqa muammolar yoki uni bezovta qilayotgan savollar haqida.

5. Olingan ma'lumotlarni homiladorning almashinuv/antenatal varaqasiga yozing.

2.TIBBIY KO'RIK

Tayyorgarlik.

1. Bemordan siydik pufagini bo'shatishini so'rang. Zarurat tug'ilgan holda tahlilga siydik oling.

2. Bemorni umumiy ko'zdan kechiring.

3. Unga kresloga yotishga yordamlashing. Boshi va yelkalariga yostiq qo'ying.

4. Qo'llarini suv bilan sovunlab yuving va quriting.

5. Ko'rik paytida bemorga har bir harakatingizni tushuntiring.

Ko'rik.

6. Nafas olishlar soni va arterial qon bosimini o'lchang.

7. Kon'yunktivani uning oqimtirligini aniqlash uchun ko'zdan kechiring

8. Sut bezlarini ko'zdan kechiring (faqat birinchi murojaatda).

9. Qorinni ko'zdan kechiring va bachadon tubi balandligini o'lchang.

10. Homila joylashishini va oldin keluvchi qismini aniqlang (gestatsiyaning 36 haftasidan keyin).

11. Homila yurak urishini aniqlang (2, 3 trimestrda).

12. Chuqur zararsizlantirilgan qo'lqoplarni qo'llarga kiying.

13. Tashqi jinsiy a'zolari og'riqli sezgilar va shishlar bor-yo'qligiga tekshiring (faqat birinchi murojaatda yoki zarurat tug'ilganda).

14. Jinsiy yoriqni qon ketish yoki normadan o'zgargan ajralmalar bor-yo'qligiga tekshiring (faqat birinchi murojaatda yoki zarurat tug'ilganda).

15. Millatini hisobga olib qin sohasida jarohat belgilari yo'qligini tekshiring (faqat birinchi murojaatda yoki zarurat tug'ilganda).

Ko'rikdan keyin.

1. Qo'llarni qo'lqopda 0,5%li xlorli eritmaga soling:

- ularni teskarisiga ag'darib yeching

- qo'lqoplarni utilizatsiya qilganda germetik konteyner yoki plastik paketga tashlanadi

- qayta ishlatishda qo'lqoplarni 0,5%li xlorli eritma bilan 10 daqiqa davomida dezinfeksiyalang.

2. Qo'llarni yaxshilab sovunlab yuving va toza quruq sochiq bilan quriting.

3. Tibbiy ko'rik natijalarini ayol almashinuv antenatal varaqasiga yozing.

3. HOMILADORLIK MUDDATINI ANIQLASH

(Skulski formula)

Qadamlar:

1. Tekshiruv chanoq o'lchagich asbobida o'tkaziladi.

2. Homilador ayol chalqanchasiga yotadi.

3. Qovuq bo'shatiladi.

4. Qorin devori orqali homila qismlari aniqlanadi, chanoq o'lchagichni bitta tugmasini homila boshi pastki qismiga, ikkinchi tugmasini esa bachadon tubiga qo'yiladi.

5. Homila boshi pastki qismidan chanoq sohasigacha, homila uzunligining yarmini tashkil qiladi (tepa suyagidan tovongacha). Shu sababli homila boshi pastki qismidan chanog'igacha bo'lgan o'lcham 2 soniga ko'paytiriladi.

6. Olingan sondan qorin devori qalinligiga 5 sm chegirib tashlanadi.

7. Aniqlangan homila uzunligini Gaaze koeffitsiyenti 5 soniga bo'linadi va homiladorlik muddati kelib chiqadi.

4.TUG'RUQ MUDDATINI ANIQLASH

Qadamlar:

1. Hayzning oxirgi kuni bo'yicha (Negele bo'yicha): bu kundan 3 kalendar oyi chegirib tashlanib 7 kun qo'shiladi.

2. Ovulyatsiya bo'yicha: oxirgi hayzning birinchi kuniga 14 kun qo'shiladi (taxminiy ovulyatsiya va urug'lanish vaqti va unga $280+7$ kun qo'shiladi),

3. Homilaning birinchi marta qimirlashiga qarab: birinchi marta qimirlashini kuniga birinchi tug'uvchilarga 20 hafta, qayta tug'uvchilarga 22-23 hafta qo'shiladi.

4. Birinchi marta shifokorga murojaat qilgan kuniga qarab: homiladorlik erta muddatlarida bu kunga 40 haftaga yetmayotgan haftalar qo'shiladi va tug'ruq muddati aniqlanadi.

5. Obyektiv ko'ruvga asosan: ko'ruv paytida homiladorlik muddati aniqlanadi va 40 haftaga yetmayotgan haftalar qo'shilib, tug'ruq muddati aniqlanadi.

6. Obyektiv ko'ruvga asosan: chanoq o'lchagich bilan hisoblangan homila uzunligi 25 sm x 2=50 sm, qorin aylanasi 100 sm, bachadon tubi balandligi 32-33 sm xanjarsimon o'simtadan 4 barmoq kengligida pastda, bachadon qo'zg'aluvchanligi ortgan (paypaslab ko'rilganda, oksitotsinni kam dozasi yuborilganda) qindan quyuq ajralma keladi (tug'ruq muddati 40 hafta).

5. LEOPOLD – LEVITSKIY BO'YICHA TASHQI AKUSHERLIK TEKSHIRUV USULI

Qadamlar:

1. Ayol chalqanchasiga oyog'ini uzatgan holatda yotqiziladi. Shifokor ayolning o'ng tomonida turadi.

2. 1- usul: ikkala qo'lni kaft yuzalarini bachadon tubiga qo'yiladi. Bu usul yordamida bachadon tubi balandligi va homilaning qaysi qismi bachadon tubida borligi aniqlanadi.

3. 2-usul: qo'llar bachadon tubidan kindik sohasiga, bachadonning o'ng va chap tomonlariga qo'yiladi. Qo'l kafti va barmoqlari bilan bachadon yon devorlariga bosib, paypaslab homilaning orqasi va mayda qismlari qayoqqa qaragani, ya'ni homila pozitsiyasi aniqlanadi. 1-pozitsiya, ya'ni homila orqasi bachadon chap devoriga, 2 -pozitsiyada o'ng devoriga qaragan bo'ladi.

4. 3-usul: qo'lning bosh barmog'i bachadon pastki segmentining bir tomonidan, qolgan 4 ta barmoq esa ikkinchi tomonidan ushlab, homila oldinda kelgan qismi ushlanadi va sekin o'ngga va chapga qimirlatiladi. Bu usul yordamida homila qaysi qismi bilan oldinda yotganligi aniqlanadi.

5. 4-usul: tekshiruvchi ayolning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo'li kaftini bachadon pastki qismining o'ng va chap tomoniga qo'yadi va pastga tomon asta bosadi, bunda tekshiruvchi o'z qo'lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq kirish qismiga yuboradi. Bu usul yordamida homila oldinda yotgan qismining chanoq suyagiga nisbatan turishi aniqlanadi.

6. HOMILANING TAXMINIY VAZNINI ANIQLASH

Qadamlar:

1. Santimetrli tasma yordamida qorin aylanasi bilan bachadon tubi va balandligi o'lchanadi.

2. Ayol chalqanchasiga yotqiziladi, shifokor ayolni yonida yuzi bilan ayol qorniga qaragan holatda bo'ladi.

3. Santimetrli tasma bilan ayolni oldindan kindik sohasida, orqadan bel sohasining o'rtasidan aylantirib qorin aylanasi o'lchanadi. Homiladorlik oxirida bu o'lcham 100 sm ga teng.

4. Bachadon tubi balandligini o'lchash uchun tasma bir uchini qov ravog'i yuqori qirrasining o'rtasiga qo'l bilan qo'yib, bachadon tubi yuqori chegarasigacha aniqlanadi, bachadon tubi ikkinchi qo'lning kaft qirrasini bilan aniqlanadi. Homiladorlik oxirida bu o'lcham 32 sm ga teng.

5. Odatda bachadon tubi balandligiga qarab homiladorlik muddatini ham aniqlash mumkin.

Qorin aylanasi o'lchamini bachadon tubi balandligiga ko'paytirib homilaning taxminiy vaznini aniqlaymiz. Masalan : QA -100 sm, BTB – 32 sm .XTV=3200 . 100 x 32 = 3200 gr.

7. HOMILA AUSKULTATSIYASI

Qadamlar:

1. Homila auskultatsiyasi ayol qorniga stetoskop qo'yib eshitish orqali o'tkaziladi.

2. Homila ensa bilan yotganda yurak urishi kindikdan pastda, chanog'i bilan yotganda kindikdan yuqorida, ko'ndalang yotganda kindik sohasida boshiga yaqin joyda eshitiladi.

3. Homila I pozitsiyasida yurak urishi chapda, II pozitsiyasida o'ngda, kuchaniq vaqtida - qov ustida eshitiladi.

4. Auskultatsiya paytida stetoskop perpendikulyar ya'ni taxminiy homila orqasiga qaragan to'g'ri burchak bo'ylab bir uchi ayol qorniga, ikkinchi tomoni shifokor qulog'iga qo'yib eshitiladi. Eshitayotganda qo'lni stetoskop bilan ushlab turmaslik kerak, chunki bu ovoz eshitilishini qiyinlashtiradi.

5. Odatda homila yurak urishi 1 daqiqada 140 marta, ritmik aniq eshitiladi.

Masalalar:

I. Tashxis aniqlash uchun nimalar qilish kerak?

A. UZI tekshiruvi*

B. Qorin palpatsiyasi*

V. Qorin bo'shlig'i laparoskopiyasi

G. Qin tekshiruvi*

D. Ambulator kuzatuv

II. Tashxis aniqlash uchun quyidagi tekshirishlar o'tkaziladi:

A. Bachadonni UTT tekshirish

B. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish

V. Tug'ruq yo'llarini ko'zgular yordamida tekshirish*

G. Laparoskopiya

D. Laparotomiya

III. 32 yoshli homilador ayol oilaviy poliklinikaga murojat qilib, so'nggi 3 kun ichida 1,5 kg ozganligidan shikoyat qildi. Shu bilan birga nafas olish yengillaganligini qayd qilib o'tdi. Ichki a'zolar tomonidan patologik o'zgarishlar topilmadi, arterial qon bosimi 120 – 80 mm sim.ust ga teng. Qornini ko'zdan kechirilganda kindikning bo'rtib turishi kuzatildi. Qorin aylanasi 98 sm, bachadon tubining balandligi 32 sm ga teng. Homilaning uzunligi 27,5 sm , boshning ensa-peshona o'lchami 12 sm.

Tashqi akusherlik tekshirishda : bachadon tubining balandligi kindik bilan xanjarsimon o'siq orasida, bachadonning chap tarafida homilaning qattiq, silliq va keng qismi, o'ng tarafida – vaziyatini o'zgartirib turadigan mayda bo'rtmachalar paypaslanadi.Oldinda yotgan qismi katta, qattiq , konturlari yaxshi aniqlanadi,

u chanoqning kirish tekisligiga suqilib turibdi. Homilaning yurak urishi aniq, ritmik, minutiga 136 ta, kindikdan pastda va chap tomonda eshitiladi.

1. Homiladorlik muddati.

2. Homiladorlik muddatini aniqlash uchun qanday qo'shimcha usullar qo'llaniladi?

3. Homilaning vaziyati va pozitsiyasi, oldinda yotgan qismi.

IV. 23 yoshli birinchi marta homilador bo'lgan ayol oilaviy poliklinikaga murojaat qildi. So'nggi hayz vaqti va homilaning birinchi marta qimirlagan vaqtini bilmaydi. Tashqi akusherlik tekshirishda bachadon tubi kindikdan 3-4 barmoq eni yuqorida, bachadon tubida yirik sharsimon, qattiq qismi o'ng tarafda – silliq, keng qismi, chap tarafda vaziyatini tez- tez o'zgartirib turuvchi mayda qismlar paypaslanadi. Oldinda yotgan qismi yirik hajmli, yumshoq qo'l ostida liqillamaydi. Homilaning yurak urishi kindikdan yuqorida va o'ngda, aniq, ritmik, daqiqasiga 136 marta eshitiladi.

1. Bachadon tubining yuqorigi nuqtasi bo'yicha homiladorlik muddatini ayting.

2. Homilaning vaziyati, turi, oldinda yotgan qismi.

3. Homilaning yurak urishini aniq eshitiladigan joyi uning holatiga mos keladimi?

4. Aniq tashxis qo'yish uchun yana qanday asosiy va qo'shimcha usullar qo'llash mumkin?

V. 35 yoshli birinchi marta homilador bo'lgan ayol oilaviy poliklinikaga kelib, hayz ko'rmayotganligi, ko'ngli aynib, ertalablari qusishi va sho'r narsalarni ko'ngli tusashiga shikoyat qildi. Qin orqali tekshirishda shunday ma'lumotlar olindi: ko'zgu bilan ko'rganda – tashqi jinsiy a'zolar to'g'ri rivojlangan, qin va bachadon bo'ynining shilliq qavati bo'zargan – sal ko'kimtir ikki qo'llab tekshirganda:

a) bachadon giperantefleksiyada, g'oz tuxumiday kattalashgan, muloyim, bachadon ortiqlari paypaslanmaydi. Bachadon zichlashib qisqaradi, chap burchagi do'ppayib chiqqan.

b) bachadon bo'yni harakatchan;

v) o'ta muloyim, tashqi va ichki qo'llar go'yo shu sohada bir-biri bilan uchrashadi.

1. Tashxis.

2. Homiladorlikning gumonli va ehtimolga yaqin belgilari bormi?

3. Homilador tug'ruq xavfi bo'yicha qaysi dispanser guruhiga kiradi?

4. Homiladorlikni nazorat qilish rejasini tuzing.

VI. 26 yoshli takror homilador bo'lgan ayol oilaviy poliklinikaga murojaat qildi. So'nggi hayz vaqti va homilaning birinchi marta qimirlagan vaqtini bilmaydi. Arterial qon bosimi 120 – 80 mm sim. ust ga teng. Shishlar aniqlanmaydi. Ichki a'zolar tomonidan patologik o'zgarishlar topilmadi. Tashqi

akusherlik tekshirishda bachadon tubi xanjarsimon o'siq sathida, chap tarafda homilaning silliq va keng qismi, o'ng tarafda mayda burmalar aniqlanadi. Chanoq ustida aniq konturli liqillaydigan yirik, sharsimon qism paypaslanadi. Homilaning yurak urishi kindikdan chapda va pastda, aniq, daqiqasida 136 marta eshitaladi. Bachadon tubining yuqorigi nuqtasi 32 sm, qorin aylanasi 92 sm. Homilaning uzunligi chanoq o'lchagich bilan 22,5 sm, boshning peshona-ensa o'lchami 11 sm.

1. Bachadon tubining balandligi bo'yicha homilaning muddatini aniqlang.
2. Homiladorlik muddatini aniqlang.

VII. 20 yoshli birinchi marta homilador bo'lgan ayol, so'nggi marta 10-mayda hayz ko'rgan, homilaning birinchi marta qimirlashini 2 oktabrda sezdi. 5 iyulda, birinchi marta ayollar konsultatsiyasiga murojaat qilganida 7 haftalik homiladorlik aniqlandi.

1. Hayz ko'rishi bo'yicha tug'ruq vaqtini ayting.
2. Homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti bo'yicha tug'ruq vaqtini ayting.
3. Ayollar konsultatsiyasiga birinchi marta kelish vaqti bo'yicha tug'ruq vaqtini ayting.
4. O'rta hisob bilan tug'ruq vaqti.

VIII. 35 yoshdagi ayol, 32 haftalik homiladorlik bilan shifokor ko'rigiga keldi. Tashqi akusherlik ko'ruvida quyidagilar aniqlandi: bachadon tubida homila yumshoq hajmli qismi aniqlanadi, chapda – keng bir xil maydoncha, o'ngda – homila mayda qismlari aniqlanadi. Bachadon pastki segmentida – homilaning dumaloq qismi, qattiq, kichik chanoq kirish qismi ustida harakatchan. Homila yurak urishi qaysi tarafda eshitaladi?

O'rgatuvchi testlar:

1. Homiladorlikka diagnostik tashxis uchun qanday 4 ta tekshirish usullari o'tkazilgan?

Umumiy qabul qilingan klinik usullar (so'roqlash, anamnez, ko'ruv)

Maxsus akusherlik va ginekologik usullari

Laborator-asbob usullari

UTT (ultratovush tekshirishlar)

2. Maxsus akusherlik-ginekologik tekshirishlarning 5 ta usulini ayting:

Chanoqni o'lchash

Ko'zgular yordamida tekshirish

Qin orqali tekshirish

Homilani palpatsiyalash

Homila yurak faoliyatini tekshirish va homila o'lchamlarini aniqlash

3. Tashqi tekshirishning qanday 2 ta ko'rsatkichi chanoqning shakli va o'lchamlari haqida fikr yuritishga yordam beradi?

Mixaelis rombi

Solov'yev indeksi

4. Homiladorlik tashxisida aniqlanadigan belgilarning 3 guruhini ayting:

Shubhali-subyektiv belgilar

Ehtomolli-ona tomonidan obyektiv belgilar

Ishonchli-homila tomonidan obyektiv belgilar

5. Bimanul tekshirish orqali homiladorlikning qanday 4 erta gumonli belgilari aniqlanadi?

Piskachek belgisi

Snegiryev belgisi

Gorvis-Gegar belgisi

Genter belgisi

6. Homiladorlikning 4ta ishonchli belgisini sanab bering:

Qo'l bilan aniqlanadigan homila harakatlari

Homila yurak urishini eshitish, KTG, EKG

UTT orqali tekshirib homilani ko'rish

Homila skeletini rentgen orqali aniqlash (rivojlanmagan, antenatal o'lgan homilada)

7. Leopold - Levitskiy uslublari bilan nima aniqlanadi?

Bachadon tubi balandligi (I usul)

Homila qismlarining bachadondagi joylashuvi (II usul)

Homila oldinda yotgan qismini aniqlash (III usul)

Homila oldinda yotgan qismini kichik chanoqning kirish tekisligiga nisbatan qanday joylashganligini aniqlash (IV usul)

8. Shifokor qanday 5ta belgiga qarab homiladorlik muddatini aniqlaydi?

Bachadon o'lchamlarining obyektiv kattalashuvi

Oxirgi hayzning birinchi kuni bo'yicha

Homilaning birinchi qimirlashi bo'yicha

UTT bo'yicha

Ayollar maslahatxonasiga birinchi murojaati bo'yicha

9. Qanday 4ta belgiga qarab tug'ruqning taxminiy muddati aniqlanadi?

Oxirgi hayz bo'yicha

Ovulyatsiya kuni bo'yicha

Homilaning birinchi qimirlagan kuni bo'yicha

Ayollar maslahatxonasida berilgan tug'ruqdan oldingi ta'til bo'yicha

10. Homilaning bachadon ichida nobud bo'lishining 4ta majburiy belgisini ko'rsating:

Homila yurak urishining yo'qolishi

Homilador bachadonining o'sishdan to'xtashi yoki uning kichiklashuvi

Homila qimirlashining yo'qolishi

EKG da yurak komplekslari (tishlari) ning yo'qligi

11. Qanday 3ta belgi va matematik amal yordamida homilaning taxminiy vazni aniqlanadi?

Bachadon tubi balandligi (sm) - BTB

Qorin aylanasi (sm) - KA

Ko'paytirish (BTBxKA, gramm)

12. "Homilaning bachadonda joylashuvi" tushunchasiga qanday 5ta belgi xos?

Homila mayda qismlarining tanasiga nisbatan joylashuvi

Homilaning holati

Homila pozitsiyasi

Homila ko'rinishi

Homila qismining oldinda yotishi

13. Homila boshining kichik chanoq tekisligiga nisbatan holati qanday 2 usul yordamida aniqlanadi?

3- tashqi akusherlik usullari

4- tashqi akusherlik usullari (Leopold- Levitskiy usullari)

IX BOB

HOMILLADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Maqsad. Homilador ayollarni olib borishni bilish.

Reja.

1. Homiladorlik gigiyenasi.

2. Homiladorning ovqati.

3. Homilador ayollar uchun hadantarbiya mashg'ulotlari.

9.1. HOMILADORLIK GIGIYENASI

Homiladorlik normal davom etsa, uni ayollar osonlik bilan o'tkazadilar, o'zlarini doimo sog'lom, tetik va baquvvat sezadilar, mehnat qobiliyatlarini yo'qotmaydilar.

Homilador ayol harakat qilib turishi kerak, agar u doim yotsa yoki o'tirsa, unda moddalar almashinuvi izdan chiqib, turli patologik holatlar vujudga kelishi (semirib ketish) mumkin. Ammo homilador ayolning zo'riqib harakat qilishi, ayniqsa og'ir yuk ko'tarishi, kimyoviy moddalar bilan ishlashiga ruxsat etilmaydi.

Ayol juda charchashi, otda yurishi, velosiped haydashi, sakrash va yugurish kabi sport mashg'ulotlari bilan shug'ullanishi mumkin emas.

Homiladorlik fiziologik holat hisoblansa ham, lekin homila o'sib kattalashgan sari uning ona organizmiga nisbatan talabi ortaveradi. Agar homilador ayol sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmasa, undagi normal holat tezda patologik holatga o'tib ketishi mumkin.

Homilador ayol sog'lom bo'lishi uchun yashaydigan xonasini doimo toza tutishi va vaqti-vaqti bilan shamollatib turishi kerak. Toza havo qon aylanishini va nafas olishni yaxshilaydi.

Homilador ayol papiros, nos chekmasligi, spirtli ichimliklar ichmasligi kerak, chunki ulardagi zararli moddalar, xususan nikotin, alkogol homilador organizmiga ham, homila organizmiga ham zararli ta'sir ko'rsatadi. Qishda

homilador yashaydigan xona harorati 20—22°C bo'lishi lozim, agar bundan yuqori bo'lsa, homiladorning nafas olishi qiyinlashadi, u bo'shashib, terlaydi. Bu holat ayol sog'lig'iga yomon ta'sir qiladi. Homilador ayol yotadigan xona yorug' va toza bo'lishi, har kuni shamollatib turilishi kerak.

Homilador ayol kun davomida (kunduz kuni) yoki ishdan keyin bir soat yotib dam olishi lozim. Bir kecha-kunduzda u 8 soat uxlashi, kechqurun uxlashga soat 10—11 da yotishi kerak.

Homiladorlik davrida sport musobaqalarida mutlaqo qatnashmaslik, ammo badantarbiya mashg'ulotlarining tavsiya etilgan turini homiladorlikning oxiriga qadar davom ettirish zarur. Bunday mashg'ulotlar uning qorin devorini va tana muskullarini mustahkamlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Mashg'ulotlar bir kunda 14—20 daqiqa davom etib, har galgi mashg'ulot ikki-uch daqiqadan oshmasligi lozim. Mashg'ulotlarni homilador avval ayollar maslahatxonasida, so'ngra mashg'ulot usullarini o'rganib bo'lgandan keyin uyida davom ettirishi kerak.

Maxsus badantarbiya mashg'ulotlaridan keyin dushda cho'milish yoki tanani belgacha uy haroratidagi suv bilan yuvish, so'ngra yaxshilab artinib, 5—10 daqiqa havo vannasi qabul qilish kerak.

Vannada cho'milib turish mumkin, lekin suvi iliq bo'lishi, harorati 30—35° dan oshmasligi kerak, unda 12—15 daqiqa yotish kifoya qiladi. Ammo homiladorlikning oxirgi oylarida ayol dushda yoki kursiga o'tirgan holda yuvinishi kerak, vanna olish mumkin emas.

Ma'lumki, qayta tuqqanlarda turg'uqning oxirgi oyida bachadon bo'yni bir barmoq ochiq bo'ladi. Shunga ko'ra infeksiyaning bachadonga kirishi osonlashadi. Homiladorlikda qinni chayish zararlidir.

Homiladorlar uchun quyosh nuri, ayniqsa ultrabinafsha nurlar foydali. Bu nur ayol organizmida D vitamini hosil bo'lishi jarayonini oshiradi. Lekin quyosh nuridan me'yorida foydalanish kerak.

Homilador ayol tug'ishdan 5—6 hafta ilgari, agar zarur sharoitlar bo'lsa, Ladanni har kuni 3 daqiqa davomida kvarts lampasi bilan nurlatishi (100—85 sm uzoqda turgan holda), agar sharoit bo'lmasa, 10—15 daqiqa quyosh vannasi qabul qilishi lozim. Siynaband sut bezini siqmasligi, faqat ko'tarib turishi, loyiq qilib tixilgan bo'lishi kerak. Homila tug'ilishiga 5—6 hafta qolganda homiladorga sut bezlarini silash usullarini o'rgatish kerak. Buning uchun S. P. Vinogradov usulidan foydalaniladi. Avvalo homilador ayol qo'lini yuvib, quritadi va kiyimini belgacha yechadi.

Butun kafti bilan (kaftlarni sut beziga tekkitib) 2—3 daqiqa davomida sekin va yengil silaydi. Bunda sut bezining yuqori qismini to'sh suyagi o'trasidan o'mrov suyagi tomon silaydi, pastki qismini esa qo'litiq tomonga silaydi.

Sut bezining uchiga (so'rg'ichga) tegmagan holda bir qo'l bilan ko'krakni bir necha marta gir aylantirib silanadi, shu yo'sinda ikkala ko'krakni bir vaqtda silash mumkin. Sut bezini o'ng qo'li bilan pastdan, chap qo'li bilan yuqoridan ushlagan holda bir oz yuqoriga ko'tarib, asosiga tomon siqib boriladi. Bu mashg'ulot bir kunda 2—3 marta qaytariladi. Sut bezining uchiga (so'rg'ichga)

har kuni 70% li spirt aralashtirilgan glitserin eritmasi surtish ham uni yorilishdan saqlaydi. Sut bezlarini doim uy haroratidagi suv bilan yuvib, toza sochiqda artib turish juda foydalidir.

Agar sut bezlarining uchi ichga tortilgan yoki yassi bo'lsa, toza qo'l bilan ushlab tortiladi (3—5 daqiqadan bir kunda bir necha marta takrorlanadi). Sut bezlarining uchi shundan keyin ham normal holatga kelmasa, bola maxsus sutso'rg'ich orqali emiziladi.

Homilador ayolning kiyimi kattalashayotgan qorinni siqmaydigan bo'lishi shart. Belga belbog' boylash maslahat berilmaydi.

Homilador ayol maxsus bandaj kiyishi lozim. Bu bandajni yotgan holda kiyiladi. Agar bandaj bo'lmasa, uni ayol o'zi tikib olsa ham bo'ladi.

Homilador ayol ko'ylagi ko'krakburma bo'lishi yoki yubkasi yelkadan osib qo'yiladigan va siynabandga birlashtirilgan bo'lishi, oyoq kiyimi esa past poshnali bo'lishi kerak, chunki tana vazni ortgan sari baland poshnali oyoq kiyimda muvozanatni saqlash qiyinlashadi.

Odatda homilador oyoqlaridagi vena qon tomirlaridan qon oqishi birmuncha sustlashadi. Demak, oyoqni siqib turuvchi aylana rezina ishlatilgan taqdirda shu tomirlardan qon oqishi yana ham sustlashadi, natijada vena qon tomirlari kengayib qolishi ham mumkin. Binobarin, paypoq rezinkasini bandajga taqish kerak. Agar homiladorning oyog'idagi vena qon tomirlari kengaygan bo'lsa, uning bir joyda uzoq vaqtgacha tikka turib qolishi, oyoqni uzoq, osiltirib o'tirish yaramaydi. Shuning uchun homiladorning ko'proq yurishi foydalidir.

Homiladorlikning so'nggi va dastlabki 2 oyida jinsiy aloqada bo'lish mumkin emas, chunki dastlabki 2 oyda jinsiy aloqa vaqtida chanoq a'zolariga qon to'lishi natijasida homila tushishi, so'nggi 2 oyda esa bachadon ichiga infeksiya kirishi va qog'anoq yorilib ketishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolari qaynatilgan iliq suv bilan har kuni 2 mahal yuvish kerak, buning uchun avvalo qo'llarni tozalab yuvish zarur.

Homilador ayol yuqumli kasalliklar bilan og'rikan kishilarga yaqinlashmasligi kerak.

Homiladorlik davomida ayolni turli vahimalar, xafagarchiliklardan saqlash kerak. Buning uchun uni homiladorlik vaqtida bo'ladigan fiziologik o'zgarishlar bilan barvaqt tanishtirish va homiladorlikning oxirgi 2 oyida psixoprofilaktik (ruhiy buzilishning oldini olish) usullar bilan oldindan tug'ruqqa tayyorlash lozim. Shunda tug'ruq birmuncha og'riqsiz o'tadi, ikkinchidan bo'lmag'ur o'rinsiz vahimalarga o'rin qolmaydi.

Agar ayol avvalgi homilalarni muddatiga yetkazmay chala tuqqan bo'lsa, keyingi homiladorlikning dastlabki 3 oyi davomida og'ir ish va zo'riqib harakat qilmasligi kerak.

Ba'zi ayollar homila ancha katta bo'lib qolganda, uni oxirgi muddatiga yetkazmay tug'adilar. Bunga turli kasalliklar (zaxm, so'zak, bezgak, brusellyoz, bachadonning o'ziga xos kasalliklari, gormonal jarayonning buzilishi va boshqalar) sabab bo'ladi. Bunday hollarda homilani saqlab qolish uchun mavjud kasalliklarga davo qilish bilan birga, homiladorni og'ir jismoniy mehnatdan,

ba'zan esa umuman ishdan vaqtincha ozod qilish lozim. Agar ayol emizikli vaqtida yana bo'yida bo'lib qolsa, bolani darhol ko'krakdan ajratish zarur. Aks holda ona sutining xususiyati o'zgargan bo'lib, bolaga zarar qiladi.

Yuqorida aytib o'tilgan hamma gigiyenik choralarni ayollarga to'g'ri tushuntirish va ularni tug'ishga tayyorlash ishini shahar poliklinikalari va qishloq shifokorlik punktlarida shifokorlar va doya-akusherlar olib borishlari kerak.

Bundan tashqari, agar homilador ayolda biror kasallik bo'lsa, uni kunduzgi statsionarda davolash ham maqsadga muvofiqdir. Kunduzgi statsionar ayollarga ancha qulaylik keltiradi. Aniqsa, bizning mamlakatimizda ko'p bolali onalar, bolalarini uyda qoldirib kasalxonaga borib yotib qola olmaydilar.

9.2. HOMILADORNING OVQATI

Homilador ayolga agar ko'ngli tusasa, nordon narsalar iste'mol qilishga ruxsat etiladi. U har kuni ovqatdan oldin bir osh qoshiqdan 2% li NSI eritmasi yoki askorbinat kislota ichsa, me'da suyuqligi yaxshi ajraladi. Odatda homilador uchun 3200 kaloriya kerak bo'ladi.

Homiladorlikning birinchi yarmida u bir litrdan sut ichib turishi, ikkinchi yarmida osh tuzi iste'molini chegaralash (3 grammdan oshirmaslik), suv esa bir litrdan oshmasligi kerak (suyuq ovqat tarkibidagi suv ham shu jumladandir).

Homiladorga marinadlar, konservalar, tuzlangan baliqlar, spirtli ichimliklar iste'mol qilish man etiladi.

Ba'zi homilador ayollar boshqorong'ilik davrida ertalab qayt qiladilar. Bunday hollarda ular ovqatni o'rinda yotgan joylarida iste'mol qilishlari kerak. Agar homiladorning jig'ildoni qaynasa, unga ichimlik soda, kuydirilgan magnezniya berish mumkin. Qizil sabzi ham jig'ildon qaynashini bosadi.

Homiladorlar go'shtli va yog'li ovqatlarni kamroq, sutli va servitamin sabzavotlarni ko'proq tanovul qilishlari kerak (go'shtni qaynatib pishirilganini ma'lum miqdorda iste'mol qilish mumkin).

Homiladorning ovqati vitaminlarga, temir va osh tuzlariga boy va sifatli bo'lishi kerak. Chunki homilaning o'sishi uchun vitaminlar, ayniqsa A, B, C, D, E vitaminlari juda kerak bo'ladi. Agar homilador organizmida B vitamin yetishmasa, bola chala (vaqtidan ilgari) tug'ilishi mumkin. Bundan tashqari, bunday ayol tez charchaydi, salga bo'shshadi. Bunday vaqtlarda homilador bir sutkada 10-20 mg V vitaminini iste'mol qilishi zarur.

B1 va B2 vitaminining yetishmasligi natijasida homilador ayolda polinevrit va homiladorlikning birinchi yarmida toksikozlar ro'y berishi mumkin. B1 vitamin xamirturushda, nonda, jigar, buyrak, loviyada ko'p bo'ladi B2 vitaminini- o'sish vitaminlaridan hisoblanib, uning organizmda yetishmasligi ko'z, teri, shilliq parda kasalliklarini, bo'yni o'smay qolishi kabi hollarni vujudga keltiradi. Bu vitamin tuxumda, sut mahsulotlarida, jigar, buyrak va xamirturushda ko'p bo'ladi. Organizmga bir kecha-kunduzda 2 mg B 2 vitaminini kerak bo'ladi.

A vitamini ham o'sish vitamini hisoblanadi. Bu vitamin yetishmasa, organizmning o'sishi sekinlashib, ayol shabko'r bo'lib qoladi va ko'z muguz pardasiga putur yetadi, u quriy boshlaydi.

A vitamini hayvon jigarida, buyragida, sutda, tuxumda, sariyog'da, baliq moyida, sabzida, o'simliklarning ko'k barglarida bo'ladi. Sabzi tarkibidagi karotin organizmida A vitaminiga aylanadi. A vitaminini haddori shaklida (bir kunda 2—3 dona) yoki suyuq holda (bir kunda 1—2 tomchidan 2 marta) iste'mol qilish mumkin.

C vitamini (askorbin kislota) homilador ayol organizmida etishmasa, homila tushishi, ayolda singa kasalligi nishonalari paydo bo'lishi, milklar yumshab, tishlar qimirlab qolishi mumkin. Bir kecha-kunduzda organizm 50—100 mg C vitamini talab qiladi. Bu vitamin yong'oqda, limonda, apelsinda, karamda, turli ko'katlarda (ko'k beda, shivit, ismaloq, ko'k piyoz kabilarda) ko'p uchraydi. Shuning uchun homiladorlar bu noz-ne'matlardan ko'proq iste'mol qilishlari kerak. Homiladorlarga kuz va bahor oylarida vitamin C yoki askorbinat kislota (as. ascorbinici 0,2, sacch albi 0,3) aralashmasini bir poroshokdan har kuni 3 mahal ichish buyuriladi.

D vitamini raxit kasalligiga qarshi vitamin, u ayol organizmida kalsiy va fosfor almashinuvini idora qiladi va homilada raxit kasalligiga yo'l qo'ymaydi. Bu vitamin asosan baliq jigari, baliq moyi va sariyog'da ko'p bo'ladi.

E vitamini homilaning normal taraqqiy qilib, saqlanishini, yetilib tug'ilishini va normal o'sishini ta'minlaydi. Bu vitamin ayniqsa ismaloq, paxta moyi, boshqoqli o'simliklar donida (bug'doy va jigarda), bug'doy murtagi moyida, tuxum va jigarda ko'p bo'ladi. Bu vitamindan befarzandlikda va homilaning chala tug'ilishining oldini olish uchun ham foydalaniladi.

PP vitamini (nikotin kislota) moddalar almashinuvi jarayonida ishtirok etadi. Organizmida bu vitamin yetishmaganda pellagra kasalligi vujudga kelib, markaziy va periferik nerv sistemasi, shilliq qavat va terining zararlanishi, ichak funksiyasining buzilishi kabi holatlar ro'y beradi. RR vitaminidan organizmga bir kecha-kunduzda 15 mg zarur, bu vitamin xamirturush, go'sht, jigar, bug'doy donida bo'ladi.

Ayol organizmi va o'sayotgan homila uchun vitaminlardan tashqari, kalsiy tuzi ham kerak bo'ladi. Kalsiy tuzi yetishmasa, homila suyaklarida bir qancha o'zgarishlar paydo bo'ladi. Tishlar yemirilib, chiriydi va chirigan tishlarga kirib qolgan ovqat moddalari buzilib infeksiya manbai bo'ladi. Shuning uchun homiladorning tishlarini tekshirib, chirigan tishlarini davolash va unga kalsiy tuzining (SaSI) 10% li eritmasidan bir osh qoshiqdan kuniga 3 mahal ichishni tayinlash kerak.

Homilador bir kunda 4 mahal ovqatlanishi zarur. Bunda umumiy ovqat miqdorining 25—30% i ertalabki nonushtada, 10—15% i kunduzgi nonushtada, 40—50% i tushki ovqatda, 15—20% i kechki ovqatda iste'mol qilinadi.

Homiladorlarga turli dorilarni o'rinsiz buyurish yaramaydi, chunki ba'zi dorilar yo'ldosh orqali homilaga o'tadi.

Homiladorga mineral suv, limonad, choy, qahva, sut, qatiq, yaxna suv (qaynatib sovutilgan suv) kabi suyuqliklarni ma'lum miqdorda berish kerak.

Homiladorlikda ba'zan qabziyat ro'y beradi. Bunday hollarda ularga ho'l meva, sabzavot, qatiq, qora non iste'mol qilish hamda kuniga 2 mahal (kechqurun yotish oldidan va ertalab nonushtadan oldin) yarim stakan borjomi ichish tavsiya etiladi. Agar huqna qilishga zaruriyat tug'ilsa, bu faqat shifokorning ruxsati bilan qilinadn. Surgi dori berish mutlaqo man etiladi.

Homiladorning bir kecha-kunduzda ichgan suvi bilan shu vaqt davomida ajratgan siydik miqdorini hisoblab borish kerak.

Ko'pchilik ayollar ishlaydigan muassasa oshxonalarida yuqorida aytib o'tilgan ovqatlarni tayyorlashga ko'maklashishda ayollar maslahatxonasi shifokori yoki akusherning o'rni kattadir.

9.3. HOMILADORLAR UCHUN BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Homiladorlar badantarbiya mashg'ulotlarini ayollar maslahatxonasida shifokor rahbarligida o'rganadilar va uni uyda takrorlaydilar. Badantarbiya mashg'ulotlarida qatnashish uchun maslahatxonaga borish imkoniyati bo'lmagan homiladorlar ba'zi mashg'ulotlarni uyda o'zlari mustaqil bajarishlari mumkin.

Badantarbiya mashg'ulotlari homiladorlikning muddatiga qarab turlicha: 16 haftalik, 16 — 24 haftalik, 24 — 32 haftalik, 32 — 36 haftalik homiladorlikda alohida bo'ladi.

Mashg'ulotlarni belgilashda ma'lum muskul guruhlari harakatlenganda boshqa guruh muskullarining dam olishi nazarda tutilishi kerak. Mashg'ulotni boshlashdan oldin xona shamollatiladi, havo issiq bo'lsa, daricha yoki deraza ochib qo'yiladi. Mashg'ulot tamom bo'lgach, badanni avval issiq suvga, so'ngra iliq suvga ho'llangan sochiq bilan artiladi.

Ertalabki mashg'ulotdan 20 — 30 daqiqa oldin bir piyola choy bilan sariyog' surtilgan bir burda nonni yeb olish maslahat beriladi.

A. V. Bartels va N. I. Granat qayta ishlab chiqqan va tavsiya etgan badantarbiya mashg'ulotlari quyidagilardan iborat:

16 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Tik turgan holda, qo'lni yuqoriga ko'tarib, keyin oldinga, undan yonga, orqaga yuboriladi, tanani bir oz buxib, nafas olinadi. So'ngra yana dastlabki holatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

Ikkinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida ochib, to'g'ri qo'yiladi: a) qo'l yuqoriga ko'tariladi (nafas olinadi);

b) yarim o'tirgan holda qo'llarni pastga va birmuncha yonga ochiladi (nafas chiqariladi);

v) to'g'ri turib nafas olinadi;

g) asl holatga qaytiladi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida ochib, to'g'ri turgan holda, qo'llarni ensaga tekkitib, oldinga egiladi, qo'lni oldinga uzatib, so'ngra pastga tushiriladi. Belni bukkani holda yelkani bo'shashtirib nafas chiqariladi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlar yelka kengligida ochiladi. Tana va boshni o'ngga aylantirib, bir tekisda nafas olinadi. Qo'llarni yonga qilgan holda chapga aylantiriladi. Bu mashg'ulot 3—4 marta takrorlanadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda bir tekis nafas olib, qo'l orqaga uzatiladi, so'ngra yelka balandligida oldinga ko'tariladi, asli holatga qaytiladi.

Oltinchi mashq. Tirsakka tiralgan holda qorinda yotiladi. Tananing yuqori qismini qo'l kaftlariga tiragan holda yuqoriga ko'tarib nafas olinadi, asli holatga qaytib, nafas chiqariladi.

Yettinchi mashq. Qo'llarni yonga qo'ygan holda bir tekisda nafas olib chalqancha yotiladi. Oyoqlarni to'g'ri uzatib, tizzani bukmagan holda o'ng va chap oyoq galma-gal ko'tariladi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotib, qo'llar orqaga tiraladi. Oyoqlarni tizza bo'g'imidan bukiq, tizza ichkariga va tashqariga (har ikki oyoq galma-gal) aylantiriladi.

To'qqizinchi mashq. Qo'l va tana muskullarini bo'shashtirgan holda o'rtacha tezlikda 30—40 sekund yuriladi.

16-24 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Qo'llarni belga qo'yib, tirsaklar orqaga yuboriladi. Ko'krakni oldinga chiqarib, nafas olinadi.

Ikkinchi mashq. Bir qo'lni belga qo'yib, ikkinchi qo'l bilan karavotni ushlab, oyoqni avval to'g'ri, so'ngra tizza bo'g'imidan bukkani holda oldinga va orqaga ko'tariladi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'l va yelkani bo'shashtirgan holda pastga osiltirib, nafas chiqariladi, so'ngra asliga qaytib, nafas olinadi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlar bir tekisda yelka kengligida turadi. Nafasni tekis olib, bosh-tanani oldin o'ngga, so'ngra chapga aylantiriladi. Bunda qo'llar bo'shashtirgan holda birmuncha yonda turadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda qo'llarni yonga ochib, avval orqaga, so'ngra yelka balandligida oldinga va yonga ko'tariladi.

Oltinchi mashq. Qo'llarni ikki yonga qo'yib, chalqancha yotiladi, chanoqni ko'tarib, orqa teshik ichga tortiladi.

Yettinchi mashq. Qo'lni ikki yonga qo'yib, oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotiladi, so'ngra qo'lga tiralib turib o'tiriladi, yana asli yotish holatiga qaytiladi. Bu mashg'ulot 3—4 marta takrorlanadi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda, qo'llarni orqaga tiralib, o'ng oyoq bukiladi, shu holda tizzalarni galma-gal tashqariga va ichkariga uzoqlashtirib - yaqinlashtiriladi.

To'qqizinchi mashq. Tana va qo'l muskullarini bo'shashtirgan holda chuqur nafas olib va chiqarib, 30-40 sekund yuriladi.

24—32 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Qo'llarni belga qo'ygan holda tirsaklar orqaga yuboriladi va boshni ko'tarib, nafas olinadi. Asli holatga qaytib, nafas chiqariladi.

Ikkinchi mashq. Tik turgan holda qo'llarni belga qo'yib, bitta oyoqni oldinga va yonga cho'ziladi, so'ngra bir oyoqni tizzadan bukib ikkinchi oyoqning uchi bilan turiladi. Bu mashg'ulot har ikkala oyoqda takrorlanadi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'llarni belga tirab oldinga egiladi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, tana va yelka muskullarini bo'shashtirib, ikkala oyoq tomonga galma-gal egiladi.

Beshinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'llar tirsak bo'g'imidan bukiladi va tana o'ngga va chapga aylantiriladi, har aylanganda qo'llar yonga ochiladi.

Oltinchi mashq. Qo'llar yonda turgan, oyoqlar tizza bo'g'imidan bukilgan holda yotib, chanoq qismi ko'tariladi va orqa teshik ichga tortiladi. So'ngra pastga tushirib, chot muskullari bo'shashtiriladi.

Ettinchi mashq. Qo'llarni yonga qo'yib, chalqancha yotgan holda tizzadan bukib, yuqoriga ko'tariladi, bu holat ikkala oyoqda bajariladi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda yotib qo'llarni orqaga yuborib tiraladi, oyoqlarni tizza bo'g'imidan bukib, tizzalar bir-biridan uzoqlashtiriladi va yana yaqinlashtiriladi.

32—36 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Tik turib, qo'l kaftlari tashqariga yonga ochiladi. So'ngra avvalgi holatga qaytariladi.

Ikkinchi mashq. Qo'llarni belga qo'yib, oyoqlar oldinga va yonga uzatiladi, bir oyoqni tizza bo'g'imidan bukib, ikkinchi oyoq uchida turiladi. Bu harakat bir necha marta takrorlanadi.

Uchinchi mashq. Kaftlarni yuqoriga qilib, qo'llarni yonga ochib, chalqancha yotiladi, so'ngra yonga aylanib, bir qo'lning kaftini ikkinchi qo'l kaftiga tekkiziladi, bu mashg'ulot ikkala tomonda takrorlanadi.

To'rtinchi mashq. Tizza bo'g'imlari bukilgan holda qo'llarni yonga qo'yib chalqancha yotiladi-da, tananing chanoq qismini ko'tarib, orqa chiqaruv teshigi ichga tortiladi, so'ngra uni joyiga qaytarib, chot muskullari bo'shashtiriladi.

Beshinchi mashq. Qo'llarni yonga qilgan holda chalqancha yotib, oyoqlarni tizza bo'g'imidan bir oz bukib, yuqoriga ko'tariladi.

Oltinchi mashq. Qo'llarni yonga qo'ygan holda chalqancha yotib, oyoqlar tizzadan bukiladi va ular qoringa yaqinlashtiriladi. Qo'l bilan tizzalarni ushlab, ularni bir necha marta bir-biridan uzoqlashtiriladi va yaqinlashtiriladi.

Yettinchi mashq. Tana va qo'l muskullari bo'shashtiriladi va chuqur nafas olib chiqargan holda, 30—40 sekund davomida sekin yuriladi.

X BOB

TUG'RUQ JARAYONI FIZIOLOGIYASI

Maqsad.

Talabalarga tug'ruq tushunchasining tahlili, tug'ruqning boshqarilishi, tug'ruq davrlari, tug'ruqning klinik kechishi va uni olib borish to'g'risida tushuncha berish.

Reja.

1. Tug'ruq tushunchasining tahlili.
2. Tug'ruqning boshqarilishi.
3. Tug'ruq davrlari
4. Tug'ruqning klinik kechishi
5. Tug'ruqni olib borish.

10.1 TUG'RUQ BOSHLANISHINING ASOSIY SABABLARI

Tug'ruqning boshlanish sabablarini tushuntiradigan nazariyalar Gippokrat davridan boshlangan. Homiladorlik normal kechganda homila rivojlanishi to'xtagandan keyin bachadon muskullari ritmik ravishda qisqara boshlaydi, bu tug'ruq dardining boshlanishidir. Tug'ruqning fiziologik xususiyati shuki, homilaning rivojlanish davri tamom bo'lishi bilan homila jinsiy yo'llar orqali tug'iladi. Ba'zi patologik holatlarda homila rivoji oxiriga yetmasdan chala, vaqtidan ilgari tug'iladi. Ba'zi hollarda homila jinsiy a'zo orqali tug'ila olmaydi (bunga homilaning ko'ndalang kelishi, chanoqning tor bo'lishi va boshqa patologik holatlar sabab bo'ladi). Natijada homila operatsiya qilib tug'diriladi (kesarcha kesish, qisqich qo'yish, homilani maydalab olish va boshqalar).

Ayollar bachadoni hayz boshlanishi bilan u to'xtaguncha (menopauza) vaqti-vaqti bilan qisqarib turadi. Lekin bu qisqarish unchalik kuchli bo'lmaydi. Bachadon qisqarishi homiladorlikning turli muddatlarida turlicha: kuchli yoki kuchsiz bo'ladi. Chunki u neyrogumoral apparatning boshqarishiga bog'liq bo'lib, homiladorlikning normal kechishini ta'minlashga qaratilgan bo'ladi.

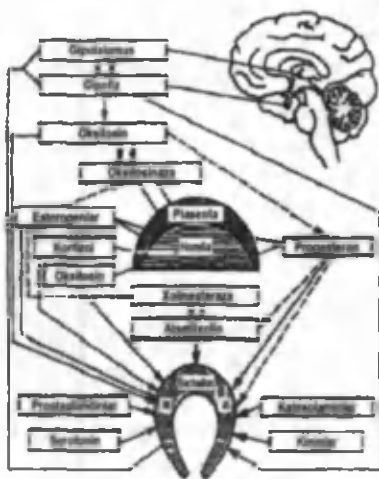
Tug'ruq jarayoni bachadonning ma'lum ritmda qisqarishidan boshlanadi. Bachadon muskullarining qisqarishi har 8—15 daqiqada takrorlanib, 25—35 sekund davom etadi, to'lg'oq oralig'idagi muddat asta-sekin kamayib boradi, har 4-5 daqiqada qaytarilib, 45—50 sekund davom etadi. Bundan tashqari, qisqarish kuchi ham osha boradi, buni maxsus apparatlar yordamida oson aniqlash mumkin.

Bachadonning asab tizimida simpatik va parasimpatik bo'limlar, somatik (sezuvchi) nervlar bo'ladi. Bu bachadonning biologik xususiyatidir. Bachadondagi nervlar markaziy asab tizimi impulslari ta'sirida homiladorlikning normal rivojini ta'minlaydi. Somatik nervlarning ahamiyati unchalik katta emas, orqa umurtqa miya falajida refleks yo'li kesilgan bo'lishiga qaramay, ayol homilador bo'lishi, u normal kechishi, tug'ruq og'riqsiz o'tishi kuzatilgan (10.1.-rasm).

Ayollarda jinsiy a'zolar funksiyasida spetsifik estrogen va progesteron gormonlarining o'rni katta. Tuxumdondagi follikuldan estrogen, sariq tanadan esa progesteron gormoni ajraladi. Homiladorlikda bu gormonlarni yo'ldosh to'qimalari ajratadi. Hozircha xorion hujayralarining qaysi biri bu gormonlarni ajratishi aniq emas. Homiladorlikning oxirida estrogen, progesteron gormonlar bachadonda bir qator fiziologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bu o'zgarishlar bachadonning tug'ish jarayonida normal qisqarishiga yordam beradi. Tug'ish jarayonida bachadon muskullari va homilador organizmidagi o'zgarishlarda muhim bo'lgan omillar hali to'la o'rganilgan emas. Ammo ayrim omillar bu masalani hal qilishda ma'lum vazifani o'tashi shubhasizdir.

Ko'pchilik mualliflarning fikricha, bachadon muskullarining qisqarish xususiyati bachadondagi moddalar almashinuvi bilan chambarchas bog'liqdir. N. S. Baksheyev laboratoriyasida olib borilgan ishlar shuni ko'rsatadiki, bachadondagi biokimiyoviy jarayonlar ayol organizmining funksional holatiga bog'liqdir.

Bachadon muskul to'qimasining moddalar almashinuvidagi asosiy ko'rsatkichlari fosforlanish jarayoniga bog'liq. Bu jarayon bachadon muskullarida energiyaga boy (mikroenergetik fosforlar), muskullarning fermentli oqsili va qisqaruvchi fraksiyalar hamda ularning qisqarishi uchun ahamiyatli elektrolitlar to'planishiga imkon beradi. Elektrolitlardan Ca^{++} zarurdir. Homilador bo'lmagan ayolning bachadon muskullarida moddalar almashinuvi sust bo'lib, energetik moddalar kam bo'ladi. N. S. Baksheyevning ko'rsatishicha, homilador bo'lmagan ayol bachadonining muskul to'qimasida glikogen o'rta hisobda 50-60 mg %, adenozintrifosfat kislota (ATF) 14,5 mg%, fosfokreatin 1,4 ml % ni tashkil qiladi. Bachadon muskullaridagi umumiy oqsilning yarmisi uncha faol bo'lmagan qo'shimcha to'qima proteinidan iborat. Bunda oqsillarning bachadon qisqarishini (kontraktil) ta'minlovchi guruhi (aktomiozin) oqsil substraktining 3-4% ini tashkil qiladi. Buning konsentratsiyasi miometriyning funksional holatini belgilaydi. Fermentli oqsillar umumiy oqsilning 25% ini tashkil qiladi, bu bachadon muskullari metabolizmi darajasini ko'rsatadi. Homiladorlikda oksidlanish jarayonining faolligi oshadi, deyarli kam energiya beradigan anaerob glikoliz kamayadi.



10.1.-rasm. Dardni hoshqarish sxemasi. To'g'ri chiziq — aktivatsiya (stimulyatsiya), punktirli chiziq — bosilish: α — α -adrenoreseptorlar; β — β -adrenoreseptorlar; μ — μ -xolinoreseptorlar.

Bachadonda oksiddanish jarayoni homila o'sgan sari oshib, tug'ish vaqtida 4 barobar ko'payadi. Agar homiladorlik muddati ortishi bilan glikoliz jarayoni dinamikada kam o'zgarsa, bu anaerob glikoliz tomoniga o'zgaradi. Tug'ruqda aerob glikoliz energiyaniig ko'proq vujudga kelishiga sharoit yaratadi. Bu energiya bachadon qisqarishini ta'minlaydi.

Homiladorlikning oxirida bachadon muskullarida glikogen miqdori homiladorlikdan oldingi miqdoridan 12 barobar ortiq bo'ladi. Fosforlanishni ta'minlovchi birikmalardan biri fosforkirotin 2,5 barobar oshadi. Tug'ish jarayoni yaqinlashganda bachadon muskullarining sut kislotasi yarmiga kamayadi, anaerob glikoliz faolligi kamayib oksidlanish jarayoni oshadi. Homiladorlik oxirida bachadon muskullarida umumiy oqsil 40% ga ortadi.

Jinsiy gormonlarning bachadonni tug'ishga tayyorlanishda va tug'ish jarayonining boshlanishida ahamiyati kattadir. Homiladorlik boshlanishi bilan ayol organizmida jinsiy gormonlar, asosan estrogen gormonlar ortib boradi. Bu gormonlar homilaning normal rivojlanishini, bachadonda va umumiy organizmdagi o'zgarishlarning normal kechishini ta'minlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida progesteronning ahamiyati katta, keyinroq esa estrogenlar orta boradi. Bu gormonlar bachadonning o'sishi uchun ahamiyatli bo'lib, aktomiozin sintezi, glikogen va fosfor birikmalari hamda oqsil fermentli fraksiyasining oshishiga imkon beradi.

10.2.HOMILADORLARNING TUG'ISHGA TAYYORLIGINI ANIQLASH

Homiladorning tug'ishga tayyorligi asosan bachadonning qisqarish xususiyati va bachadon bo'yni xususiyatlariga qarab aniqlanadi. Bachadon muskullarining qisqarish xususiyatini qo'l va maxsus apparatlar yordamida aniqlash mumkin.

I. «Yetilmagan» bachadon bo'yni.

7. Bachadon bo'ynining qattiqligi yoki yumshoqligi aniqlanadi

8. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi berk yoki barmoq uchi sig'adi.

9. Bachadon bo'yni saqlangan yoki 4 sm dan ko'p qisqarmagan.

10. Bachadon bo'ynining pastki segmenti yupqalashgan, ammo yumshamagan.

11. Bachadon bo'yni qalin, devorining qalinligi 2 sm gacha.

12. Bachadon bo'yni chapga va orqaga qaragan.

II. Bachadon bo'yni «yetilgan»

7. Bachadon bo'yni yumshagan.

8. Bachadon bo'ynining qin qismi 2 sm va undan kam qisqargan.

9. Bachadon bo'yni kanali bir barmoq ochiq chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

10. Qin gumbazi orqali oldinga keluvchi qismi aniq bilinadi.

11. Bachadon bo'ynining qalinligi 0,5 sm.

12. Bachadon bo'yni chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

III. Bachadon muskullarining oksitotsinga sezgirliigi (Smitning oksitotsin belgisi) ni aniqlash uchun:

7. Homilador 15-20 daqiqa yotqizib qo'yiladi.

8. 500 ml 5% li glyukozaga 1 ml 5 birlikda oksitotsin qo'shiladi (0,01 birlik oksitotsinga 1 ml glyukoza hisobida).

9. Tayyorlangan eritmadan 5 ml ni 1 daqiqada 1ml dan quyiladi.

10. Bachadon qisqarishini paypaslab yoki gisterograf yordamida aniqlanadi.

11. 3 daqiqadan keyin bachadon qisqarsa, ijobiy hol hisoblanadi, oksitotsin ukol qilingandan so'ng 2 kun davomida tug'ruq boshlanadi.

12. Tug'ruq 3 kun davomida boshlanmasa salbiy hol hisoblanadi, bunda tug'ruqni tezlatadigan boshqa usullardan foydalanish kerak bo'ladi.

10.3. TUG'RUQ. TUG'RUQ DAVRLARI

Bachadonda oksidlanish jarayoni homila o'sgan sari oshib, tug'ish vaqtida 4 barobar ko'payadi. Agar homiladorlik muddati ortishi bilan glikoliz jarayon dinamikada kam o'zgarsa, bu anaerob glikoliz tomoniga o'zgaradi. Tug'ruqda aerob glikoliz energiyaning ko'proq vujudga kelishiga sharoit yaratadi. Bu energiya bachadon qisqarishini ta'minlaydi.

Homiladorlikning oxirida bachadon muskullarida glikogen miqdori homiladorlikdan oldingi miqdoridan 12 barobar ortiq bo'ladi. Fosforlanishni ta'minlovchi birikmalardan biri fosfokarotin 27g barobar oshadi. Tug'ish jarayoni yaqinlashganda bachadon muskullarining sut kislotasi yarmiga kamayadi, anaerob glikoliz faolligi kamayib oksidlanish jarayoni oshadi. Homiladorlik oxirida bachadon muskullarida umumiy oqsil 40% ga ortadi.

Jinsiy gormonlarning bachadonning tug'ishga tayyorlanishida va tug'ish jarayonining boshlanishida katta ahamiyati bor. Homiladorlik boshlanishi bilan ayol organizmida jinsiy gormonlar, asosan estrogen gormonlar ortib boradi. Bu gormonlar homilaning normal rivojlanishini, bachadonda va umumiy organizmdagi o'zgarishlarning normal kechishini ta'minlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida progesteronning ahamiyati katta, keyinroq esa estrogenlar orta boradi. Bu gormonlar bachadanning o'sishi uchun ahamiyatli bo'lib, aktomiozin sintezi, glikogen va fosfor birikmalari hamda oqsil fermentli fraksiyasining oshishiga imkon beradi.

Hayvonlarda qilingan tajribalarning ko'rsatishicha, asablar tizimisi bachadon muskullari qisqarmaydi. Tug'ishdan bir oz oldin asab tizimi orqaga taraqqiy qilib, ayolda ortiqcha og'riq bo'tmaydi. Bunga sabab asab tolalari tizimi kamayganida organik impulslar ham kamayadi. Bu bachadonning fiziologik holati, uning tug'ish jarayoniga tayyorligi ko'rsatkichidir.

Estrogenlar ATF faolligini oshiradi, ular bachadon mushaklarining qisqarishiga spetsifik ta'sir qiluvchi oksitotsinni parchalovchi oksitotsinaza ta'sirini susaytiradi. Bachadon asab va muskul apparatining oksitotsinga sezgirligini oshiradi, natijada bu a'zoning qisqarishini birdaniga oshirib yuboradi.

Progesteron esa bachadon asab-muskul apparatining qo'zg'alishini susaytiradi, oksitotsinga nisbatan sezgirligini kamaytiradi. Progesteron ayniqsa homiladorlikning birinchi, ikkinchi uch oyligida bachadon muskullari birdaniga qisqarishini to'xtatadi. Uchinchi uch oylikda esa uning bachadon muskullariga ta'siri birmuncha kamayadi. Tug'ruq yaqinlashgan sari bachadon mushaklari estrogenga sezgir bo'lib qoladi.

Homiladorlikning uchinchi oyida hamda o'tib ketgan (41-42 haftalik) homiladorlikda tug'ruq dardini sinestrol yoki estradiol bilan qo'zg'atish mumkin. Bachadon muskul hujayralari estrogen gormoni ta'sirida qisqarishga tayyorlanadi. Uning asab tizimining qo'zg'alish mediatorlari — asetilxolin va serotoninga nisbatan sezgirliги oshadi. Homiladorlik oxirida serotonin tobora ko'p yig'ilib boradi.

Serotonin kalsiyning hujayralarga o'tishiga, kalsiy bilan ATF ning qisqartiruvchi oqsil moddasiga ta'sir etishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi.

Kalsiy asab impulslarini markaziy asab tizimiga o'tkazadi. Estrogenlar va serotonin bu jarayonlarda sinergistlar hisoblanadi. Kalsiy va magniy ATF li aktomiozinga va suvda eriydigan ATF mitoxondriyga aktivator sifatida ta'sir qiladi.

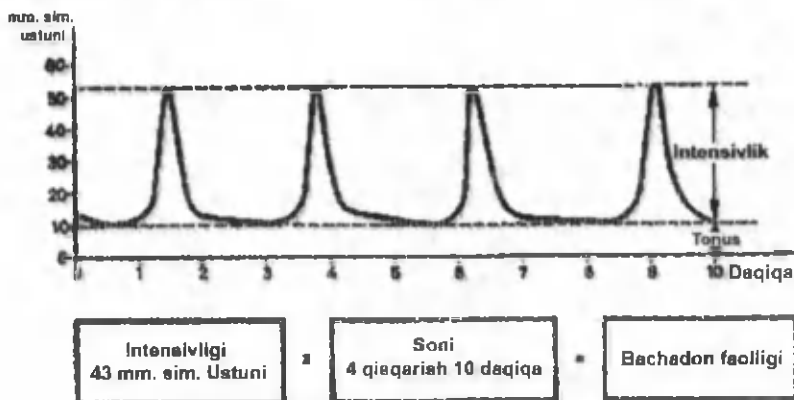
Kalsiy ionlari serotonin bilan birga hujayralar membranasining bir qator elektrolitlarini o'tkazish xususiyatini oshiradi, natijada qisqarish mexanizmining bir qismi bo'lib qoladi.

Elektrolitlar gumoral omillar - asetilxolin, oksitotsin va gistaminlarning silliq muskulga ta'siri uchun zarur. Hujayralardagi elektrobiologik tekshirishlar natijasida birmuncha yangi omillar topildi, ular asosida bachadon muskul to'qimasining birdaniga qo'zg'alishida jinsiy gormonlarning vazifasiga doir nazariyalar ishlab chiqildi. Hujayralar membranasiga natriyga nisbatan kaliy oson o'tadi, natijada natriy ionlari ko'pincha membrana sathida qoladi. Homiladorlikda qisqarmayotgan muskul hujayralarda kaliy bilan natriy nisbati 2:9 ga tengligi aniqlangan. Kaliy bilan natriyning bunday muvozanati muskul hujayralarining qisqarishini qo'zg'atishga qodir emas. Buning uchun hujayralar oralig'idagi kaliy kamayishi kerak. Hujayralar membranasidagi bu elektrik potentsiallarning har xil bo'lishi membranalar potentsiali deb ataladi.

Muskul hujayralarining qisqarishga tayyorligi tinchlik potentsialining kamayishi (hujayralarda potentsial deyarli kamayadi) bilan bog'liqdir. Bunda hujayra membranalariga natriy ionining o'tishi ortadi (500 marta) va kamrog'i esa hujayralardan chiqadi, buning natijasida vujudga kelgan elektrik oqim ATF energiyasini bo'shatib muskul tolalari bo'yicha tarqaladi, aktimiozinning ko'p qismi qisqarishga sarflanadi, bir qismi esa membrana hujayralari zaryadlarining tiklanishiga ketadi. Membranalar potentsiali muskullar bo'shashuvi bilan tiklanadi.

Har tomonlama tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, bachadon muskullarining qisqarishida estrogen va progesteronlarning roli katta. Xususan bachadonning yo'ldoshga yopishgan devori boshqa qismlariga nisbatan ancha yuqori membrana

potensialiga ega. So'nggi tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, agar homiladorlikda progesterondan ukol qilinsa, bachadonning yo'ldosh yopishmagan sathida ham xuddi yopishgan joyidagi kabi membrana potentsiali oshadi. Estrogen gormonlari ta'sirida muskul hujayralari birdaniga qisqaradi va farmakologik sezgirliigi oshadi. Muskul hujayralarida elektr zaryadlarning ayrim tartibda tarqalishi natijasida «qo'zg'alish» to'liqini bachadon muskullarining hammasiga tez tarqaladi (10.2.-rasm).



10.2.-rasm. Bachadon qisqarish belgilari.

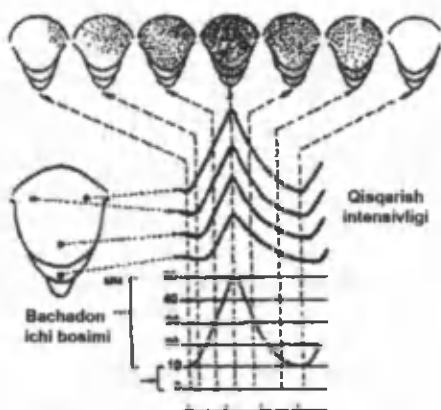
Elektrofiziologik tekshirishlardan aniqlanishicha, bachadon muskullarining normada qo'zg'alishi bachadon tubi yoki uning burchaklaridan, xususan o'ng burchagidan boshlanib, tezda uning hamma qismiga tarqaladi. Bachadon qo'zg'alishi boshlanadigan joyi «qisqarish ritmini boshqaruvchi» deb ataladi (10.3.-rasm).

Ba'zi mualliflar qo'z-g'alish bachadonning pastki segmentidan boshlanib, yuqori-ga tarqaladi, degan nazariyani oldinga suradilar. Ammo qo'zg'alish bacha-donning bir necha qismlaridan boshlansa, patologik holat hisob-lanadi, bu bachadon muskullarining no-to'g'ri qisqarishiga olib keladi. Bunda bachadon segment-segment bo'lib qisqaradi, tug'ish jarayoni og'irlashadi. Homiladorlik boshlanishi bilan, ayniqsa uning oxirgi haftasida markaziy asab tizimi (miya po'stlog'i, bosh miya) ning funksional jihatdan qayta qurilishi ro'y beradi, bachadon muskullarida esa bioenergetik jarayonni oshiruvchi moddalar yig'iladi.

Tug'ruq kechishi 3 jarayonga bog'liq: 1-tug'ruq yo'llari; 2-tug'ruq haydovchi kuchlar; 3- homila va uning yo'ldoshi.

Tug'ruq yo'li chanoq suyagi va yumshoq tug'ish yo'llaridan iborat bo'ladi. Ma'lumki, kichik chanoq suyagi bo'shlig'ining har bir qismi o'zining shakli va o'lchovlari bilan bir-biridan farq qiladi. Kichik chanoq kirish qismi oval shaklda bo'lib, ko'ndalang o'lchovli diametri bilan boshqa o'lchovlardan farq qiladi. Kichik chanoq bo'shlig'i deyarli dumaloq shaklda bo'lib, u keng va tor bo'limdan iborat.

Kichik chanoqning chiqish qismi muskul va fassiyadai shakllangan diafragma bilan berk, pastga emas, oldinga ochilgan bo'ladi. Homiladorlik oxirida dumg'aza va dum bo'g'imining qo'zg'aluvchanligi oshadi. Homila boshi chanoq tubiga tushib tug'ilishi jarayonida dum suyagi bukilishi natijasida chanoq chiqish qismining o'lchoviga 1,5-2sm qo'shiladi. Kichik chanoq yo'li to chanoq chiqish suyagining orqaga bukilganiga ko'ra qiyshiq, ya'ni go'yo tizza bo'g'imining bukilgan holatiga o'xshaydi Chanoqning o'qi pastki qismida to'mtoq burchak hosil qiladi, oldinga aylanib, aylanma ilmoq (baliq tutadigan qarmoq) shaklida bo'ladi.



10.3.-rasm. Uchlik gradiyenti (sxemasi).

Kichik chanoq bo'shlig'i frontal ko'rinishda voronka shaklida bo'ladi. Tug'ish jarayonida chanoq og'ish burchagining ham ahamiyati katta. Chanoq suyaklarini birlashtiradigan bo'g'imlar homiladorlikda va tug'ish jarayonida qo'zg'aluvchan bo'lib qoladi. Bunga sabab bo'g'imdagi tog'aylar shishib, yumshaydi. Chanoq bo'g'imlarini, xususan qovuq va dumg'aza yonbosh suyaklari bo'g'imlarining bunday qo'zg'aluvchanligi tug'ish jarayonida amaliy ahamiyatga ega bo'lib, homilaning oldinga keluvchi qismining chanoq kanali bo'ylab surilishiga va tug'ruqning qulay o'tishiga imkon beradi.

Tug'ruq yo'llarining holati. Yuqorida ko'rsatib o'tganimizdek, bachadon uch bo'lim: yuqori eng katta qismi — bachadon tanasi; o'rtadagi uncha katta bo'lmagan qism — bo'yin oldi qismi yoki istmus, bachadonning quyi qismi — bachadon bo'ynidan iborat. Bachadon bo'ynida bo'yin kanali joylashgan. Pastdan bo'yinning bir qismi qinga kirib turadi va qinga birikadi. Homiladorlikning birinchi oylarida homila tuxumi faqat bachadon tanasiga joylashgan bo'ladi. Uchinchi oyida tez o'sayotgan homila tuxumi bachadon tanasiga sig'may qoladi, asta-sekin uning bo'yin oldi qismini ham egallay boshlaydi, natijada bu qism kengayib, pastki segment nomini oladi.

Bachadoning bo'yin oldi qismi bachadon tanasining anatomik va funksional tuzilishiga o'xshab ketadi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan bachadonning pastki qismi kengayib, yupqalasha boradi va qorin devori pardasining bachadon tanasiga qattiq yopishib o'tgan joyigacha yetadi. Shu sohada bachadon bo'yin kanalining ichki teshigi joylashgan. Bu kontraksion (retraksion) halqa deb yuritiladi, u bachadonning funksional faol qismi bilan passiv qismi oralig'iga joylashgan.

Bu aylanma kamarga o'xshash halqa bo'lib, bachadon tanasi muskullari kabi faol qisqarmaydi. Tug'ish oldidan va tug'ishning birinchi davrida pastki

segment 6-7 sm bo'ladi, homila o'rnining uchdan bir qismini tashkil qiladi. Tug'ish jarayonida pastki segment tirishib qolishi (spazmi), kengayishi yoki haddan tashqari kengayib ketishi mumkin. Agar ko'p kengayib ketsa, bachadon yirtilish xavfi tug'iladi.

Pastki segmentdagi muskullar tolasi deyarli ko'ndalang joylashgan. Shunga ko'ra avvallari ham, hozir ham operatsiyada bachadonning pastki segmentini ko'ndalang kirqish afzal deyiladi. Bunda muskul tolalari kam zararlanadi va operatsiya jarohatining bitishi oson bo'ladi.

Bachadon bo'yni tug'ruq jarayoniga ancha ilgari tayyorlana boshlaydi, bunda qon tomirlar ko'payib, kovak shaklini oladi. U homilaning chiqish yo'lini vaqtincha bekilib turadi, uning kanali shilliqli tiqin bilan berk bo'ladi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan shilliqli tiqin (kresteller tiqini) tushib ketadi, bachadon bo'yni ochila boshlaydi (ochilish mexanizmini yuqorida aytib o'tgan edik). Nihoyat to'la ochilib (10-12 sm) pastki segment tarkibiga kiradi va umumiy tug'ruq yo'liga qo'shiladi.

Ba'zi hollarda bachadon bo'yni to'la ochilishiga qaramay, u yirtilishi mumkin, odatda yonidan ozgina yirtiladi. Shunga ko'ra, tuqqan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi uzunchoq teshikka o'xshaydi. Qin tug'ish jarayonida so'nggi imkoniyatga qadar kengayadi.

Chanoq tubidagi muskullar tug'ruqqacha cherepisaga o'xshab yotadi, ya'ni chetlari bilan bir-birini yopib turadi. Tug'ish jarayonida bir tekis bo'lib qoladi. Chanoq tubining 3 qavat muskullari kengayib, uzunchoq naychani, qin va tashqi jinsiy a'zolar ham kengayib cho'zilib, qo'shimcha tug'ish yo'lini tashkil qiladi. Tashqi jinsiy teshik kengayadi va ba'zan yirtilishi ham mumkin.

Ba'zi mualliflarning fikricha, bachadon qisqaruvchi a'zo bo'lib, ba'zan bo'yida bo'lgan davrda ham bir oz qisqarib tursa-da, homiladorlikka putur yetmaydi. To'lg'oq vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan bachadon tanasi muskullarining beixtiyor qisqarishidir. To'lg'oqda tug'ruq yo'lining ham devorlari qisqaradi.

Kuchaniq bachadon muskullari va qorin devori muskullarining qisqarishi bilan o'tadi. Qorin devorida ko'ndalang muskullar borligiga ko'ra, kuchaniq qisman ayolning xohishiga itoat etgan holda keladi. Shunga ko'ra, ayol qattiqroq yoki sekinroq kuchanishi mumkin. Kuchaniq tug'ruqning 2- va 3-davrlarida kuzatiladi.

Ya. F. Verbov, E. Bumm va boshqalarning fikriga ko'ra, tug'ish dardi peristaltik xususiyatda bo'lib, tug'ruq yo'lining chiqish tomoniga yo'naladi. Bachadonda bu peristaltik qisqarish juda tez, butun bachadon bo'ylab tarqaladi. Tug'ruqning 1-davri tugashida bachadon xanjarsimon o'siqdan 3-4 barmoq enida pastda bo'ladi. Bachadon bo'ynining ochilish jarayonida bachadon kichiklasha boradi, ammo eniga va orqa-oldinga kengayadi. Bu holat ko'ndalang joylashgan bachadon muskullarining faoliyatiga bog'liq, bu tug'ishning birinchi davrida ro'y beradi.

Tug'ruq birinchi davrining oxirida bachadon muskullari qisqarishi, tananing, xususan qorin devorining ko'ndalang muskullari qisqara boshlashi

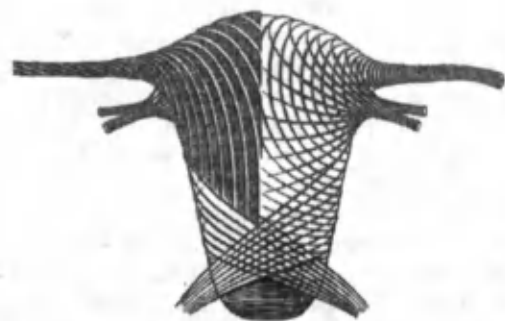
natijasida dard ancha sezilarli bo'ladi. Keyinroq bachadon shakli o'zgaradi, uzunlashib, torayadi, tubi ancha ko'tariladi.

Ikkinchi davrning boshlanishida bachadon tubi xanjarsimon o'siqdan bir barmoq pastda turadi. Homila boshi chanoq tubiga tushganda bachadon tubi pastga tusha boshlaydi, eni kamayadi (20-18 sm), bachadonning aylanma muskullari ham qisqara boradi. Tug'ruqning birinchi davrida bachadonning ko'ndalang muskullari qisqarganda uning dumaloq boylami va chanoq pardasi tayanch vazifasini o'taydi.

To'lg'oqda qorin devori ishtirok etmaydi. Tug'ruqning ikkinchi davrida bachadon oldinga bir oz egiladi, qorin devori pardasini cho'zadi, natijada qorin devori muskullari qisqara boshlaydi va bachadonni bosadi. Uning bukilgan holatini tekislab, bachadon tubi bilan qorin devoriga va yuqorida yotgan a'zolarga tiralib, homilani pastga sura boshlaydi. Bachadonning ko'ndalang muskullari bilan qiyshiq muskullarining galma-gal qisqarishini Ya.F. Verbov «bachadonning peristaltik harakati qonuni», deb tushuntiradi. Bu nazariya tug'ruq jarayoni kechishini ta'minlamaydi, chunki bachadon muskullarining galma-gal qisqarishi, Verbov aytishicha, tug'ish davrlariga bog'liq. Tug'ishning hamma davrida ham ko'ndalang va qiyshiq muskullar tartib bo'yicha qisqaradi. Ammo bunda ko'ndalang muskullarning o'rni katta.

N.S. Baksheyevning ko'rsatishicha, har ikkala muskul birgalikda qisqarib, homilaning tug'ruq yo'lida surilishiga imkon beradi. Bachadon muskullarida tug'ishda 2 xil jarayon mavjud: birinchi qisqarish (kontraksiya) va bachadon muskul tolalarining bir-biriga nisbatan boshqacha joylashishi (retraksiya). Bu xildagi muskullarning fiziologik holati bachadon tubining qalinlashishiga va asta-sekin tubida pastroqdagi bachadon bo'yni tomondagi qismlarning yupqalasha borishiga sabab bo'ladi (distraksiya) (10.4.-rasm).

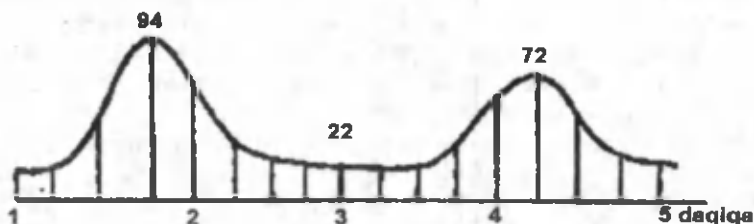
Bachadon bo'yni bachadon muskullarining ritmik qisqarishida qatnashadimi? Yo'q, qatnash-maydi. Bo'yin muskullari tug'ruqda o'zining berkitish xusu-siyatini yo'qotadi, ular bachadon tanasi muskullari qisqarishi bilan cho'zila boradi. Klinik kuzatishlar natijasida bachadon bo'yni muskullari tug'ruqda ritmik ravishda qisqarmay, faqat yo'lni bekutuvchi vazifasini o'ynab,



cho'zilishi, kengayishi
aniqlangan. Bachadon
muskullarining qisqarish
darajasi ularning qanchalik
taranglashganiga bog'liq.
Bachadon muskullari
tinchlikda ham ma'lum
darajada taranglashib
turadi. Tug'ruqda muskullar
taranglashishida bachadonning
qisqarish kuchi ma'lum
nisbatda bo'lishi kerak. Agar
muskullar juda kuchli yoki

10.4.-rasm. Bachadon mushaklarining joylashishi

juda sust taranglashsa, ularning qisqarish amplitudasi maksimal holatda bo'la olmaydi. Taranglanish holati bachadon muskullarining dinamik holati bo'lib, tug'ruq davrlariga qarab turlicha bo'ladi. Agar taranglashish o'rtacha bo'lsa, unda muskullar kuchli qisqaradi. Hozirgi kunda tug'ruqxonalarda murakkab elektron apparatlar yordamida bachadon muskullari turli qismlaridagi qisqarish xususiyati aniqlanadi (10.5.-rasm). Odatda shifokorlar qorin devoriga qo'lni qo'yib sekundomer yordamida bachadonning taranglashganiga qarab uning qisqarish xususiyatini aniqlaydilar.



10.5.-rasm. Normal dardning tonogrammasi.

10.4. TUG'RUQNING KLINIK KECHISHI

Tug'ruq fiziologik jarayon bo'lishiga qaramay uni statsionar sharoitida shifokor va akusher ishtirokida olib borish kerak. Chunki tug'ruqning ayrim davrlarida homilada yoki ayolda biror patologik holat vujudga kelishi mumkin.

Odatda tug'ruq jarayoni birdaniga boshlanadi. Agar ayol sezgir bo'lsa, o'zi ham buni aniqlashi mumkin. Ba'zi ayollar tug'ruqdan bir hafta ilgari bachadon qisqarishini sezadilar. Ammo bu tug'ruqning «xabar beruvchi» belgilari bo'lishi mumkin, xolos. Bu holat barcha ayollarda bo'lavermaydi. Bachadon bunday qisqarganda uning bo'shlig'idagi bosim oshmaydi, homila pufagi taranglashmaydi va bachadon bo'ynining ochilishiga ta'sir ko'rsatmaydi (10.6.-rasm).

Tug'ruq dardi odatda, qorin pastida va bel sohasida tutib-tutib turuvchi og'riq bilan hoshlanadi, bu asta-sekin zo'rayadi, ancha tezlashib, uzoqroq davom eta boradi. Ko'p ayollar tug'ishdan bir oz oldinroq homila harakati sustlashgani va jinsiy a'zodan seroz shilliqli suyuqlik ajralayotganidan shikoyat qiladilar (bu bachadon bo'ynidagi shilliqli Kristeller tiqinidir). Ba'zi ayollar qov va to'g'ri ichakda bosim sezadilar, tez-tez siygilari qistaydi. Ayolning ruhiyati o'zgarib, jahldor, salga ta'sirlanadigan bo'lib qoladi yoki, aksincha, uyqu bosib, bo'shashadi. Qayd qilib o'tilgan hodisalarning birortasi ham dard boshlandi, deyishga asos bo'lolmaydi. Faqat dardning har 15-20 daqiqada tutib, 20-25-30-40 sekund yoki undan uzoqroq davom etishi tug'ruqning boshlanishidan dalolat beradi. To'lg'oq boshlangan ayol qornining tashqi ko'rinishini kuzatgan shifokor tug'ruq dardi boshlanganini aniqlashi mumkin. To'lg'oqda bachadon birmuncha yuqoriga ko'tarilib, uning shakli aniq ko'rinadi, qo'l kaftini qorin devoriga qo'yib, bachadonning taranglashgani va bo'shashganidan dardning takrorlanishini aniqlash mumkin.

Tug'ruq diagnostikasi va belgilari

• Ayolda tug'ruq jarayoni boshlanganligini taxmin qiling va kuting.
- 22 haftadan keyin qorinda joyini o'zgartirib turadigan og'riq paydo bo'lishi.

- Qindan shilimshiq va qon aralash ajrilmalar kelishi va og'riq bo'lishi.

- Qindan suvli ajrilmalar yoki kutilmagan holda qog'anoq suvi ketib qolishi.

• Tug'ruqning boshlanganligi belgilari:

- Bachadon bo'ynini shaklining o'zgarishi— kaltalashishi va yupqalashishi (tekislanishi).

- Bachadon bo'ynining ochilishi — bachadon kanali diametrining kengayishi santimetrlarda o'lchanadi (10.7-rasm).



10.7.-rasm. Bachadon bo'yni shaklini o'zgarishi va ochilishi

A. Bachadon bo'yni shakli saqlangan. Servikal kanal uzunligi 4 sm;

B. Bachadon bo'yni qisman tekislangan. Servikal kanal uzunligi 2 sm;

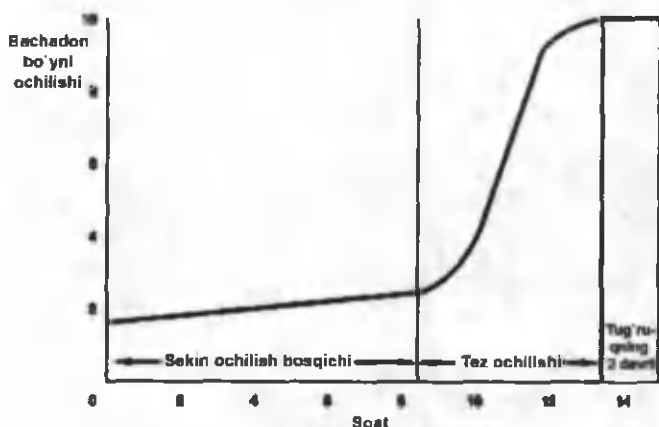
C. Bachadon bo'yni oxirigacha ochilgan

Tug'ruq davrlari va fazalarining diagnostikasi jadval (10.1.) va rasmda (10.8.) ko'rsatilgan.

10.1. —jadval

Tug'ruq davrlari va fazalari

Simptomlari va belgilari	Davr	Faza
Bo'yni ochilmagan	Yolg'on tug'ruq	Tug'ruq faoliyatining yo'qligi
Bo'yni 4 smdan kam ochilgan	Birinci	Latent
Bo'yni 1 soatda 1-2 sm ga ochilgan Bo'yni 4- 9 sm gacha ochilgan	Birinci	Faol
Bo'ynining oxirigacha ochilishi (10sm)	Ikkinchi	
Homila boshining tusha boshlashi	Ikkinchi	



10.8.-rasm. Birinchi tug'uvchi ayollarda bachadon bo'yni ochilish chizmasi.

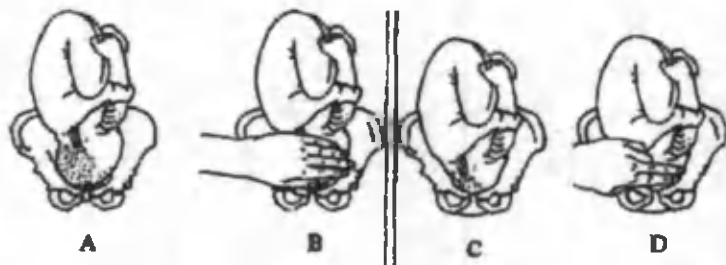
Homila boshining tushishi.

Qorinning palpatsiyasi (10.9.-rasm).

• Qorinni palpatsiya qilgan holda barmoqlar soni bilan o'lchab, homila boshining simfizdan qanchalik yuqori turganligini aniqlash mumkin.

- Agar bosh simfizdan butunlay tepada tursa, 5 ta barmoq bilan palpatsiya qilinadi (5/5)

- Agar bosh simfizdan pastda joylashsa, 0 ta barmoqlar bilan palpatsiya qilinadi (0/5).



10.9.-rasm. Bolaning boshi tushayotganda qorinni palpatsiya qilish: A-bosh simfizdan 5/5 tepada, qo'zg'aluvchan; V - bosh 5 ta harmoqchalik paypaslanyapti; S- bosh 2/5 vaziyatda qov qirg'og'idan tepada; D -boshning bir qismi simfizdan yuqorida turibdi.

Qin orqali tekshirish.

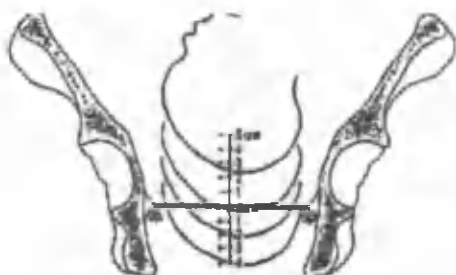
• Zarurat bo'lganda, homilaning tushishini baholash uchun homila oldinda keluvchi qismining chanoq quymich o'siqlariga nisbatan joylashishini aniqlash uchun qin orqali tekshiriladi (10.10.-rasm).

* vaziyat quymich o'siqlari sathiga to'g'ri keladi.

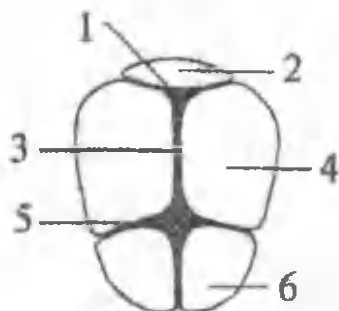
Homilaning joylashishi va oldinda keluvchi qismi.

Oldinda keluvchi qismini aniqlash.

Eng ko'p uchraydigan oldinda keluvchi qismi bu boshning ensa qismidir (10.11.-rasm). Agar tepasi old qismi bo'lib kelmasa, unda bu holat homila oldinda keluvchi qismining noto'g'ri joylashganligini bildiradi. Agar bosh tepasi oldinda kelsa, bosh chanog'idagi mo'ljallardan homila boshining vaziyati (pozitsiya va turini) ayolning chanoq suyagiga nisbatan joylashishini aniqlashda foydalanish mumkin.



10.10.-rasm. Homilaning boshi tushishini bimanual ko'rikda baholash,



10.11.-rasm. Homila bosh suyagidagi mo'ljallar

1 – Kichik liqildoq

2 – Ensa suyagi.

3 – Sagital chok.

4 – Tepa qism suyagi.

5 – Katta liqildoq.

6 – Peshona suyagi.

Homila boshining holatini aniqlash.

Homila boshi normada chanoq bo'shlig'iga ensaning oldinda yotib ko'ndalang turda keladi, bunda ensa chanoqqa ko'ndalang joylashadi (10.12.-rasm).



10.12.-rasm. Ensaning oldinda kelishining ko'ndalang turi.

• Homila boshi chanoq bo'shlig'ida tushishi davomida aylanib, ensasi ona chanog'i-ning old tomoniga qaragan bo'ladi (ensa bilan oldinda kelishning old turi (10.13.-rasm).



10.13.-rasm. Liqildoq va choklarga qarab ensa bilan kelish holatini qin orqali aniqlash. 1- chap oldingi holati; 2 - o'ng oldingi holati; 3- chap orqa holati; 4- o'ng orqa holati; 5- chap ko'ndalang holati; 6 - o'ng ko'ndalang holati.

Agar ensasi bilan orqaga burilsa (ensa bilan kelishning orqa turi) bo'ladi.

- «yaxshi bukilgan bosh» normal oldinda kelishning qo'shimcha ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi, bunda qinda boshning ensa qismi tepa qismidan pastda joylashadi (10.14.-rasm).

Tug'ruqning jadalligini baholash.

Tug'ruq tashxisi qo'yil-gandan keyin uning rivojlanishi quyidagilar bilan baholanadi:

latent faza davomida bo'yinning tekislanishi va ochilishidagi o'zgarishlar belgi-lanadi; faol fazada bola boshining tushishi va bo'yinning ochilish darajasi o'lchanadi.



10.14.-rasm. «Yaxshi bukilgan bosh»

• tug'ruqning 2 - davri davomida bola boshining tushishi baholanadi;

Faqat faol fazada kelgan ayollarga tug'ruqning rivojlanishini partogrammada ko'rsatish lozim. Partogrammaning namunasi 3 -rasmda ko'rsatilgan. Agar partogrammagiz bo'lmasa, bo'yin ochilishining oddiy grafisini chizing. Bu vertikal va gorizontall chiziqda belgilanadi.

Qin orqali tekshirish.

Tug'ruqning 1-davrida va qog'anoq suvlari yoritigandan so'ng har 4 soatda 1 marta qinni tekshirish mumkin. Partogramмага kerakli narsalarni belgilab oling.

• Har bir qin orqali tekshiruvga quyidagilarni belgilang:

0 amniotik suyuqlikning rangi,

° bachadon bo'ynining ochilish darajasi,

0 bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham bo'ladi).

• Agar birinchi ko'rikda bachadon bo'yni ochilmagan bo'lsa, tug'ruq tashxisini qo'yish imkoni yo'q.

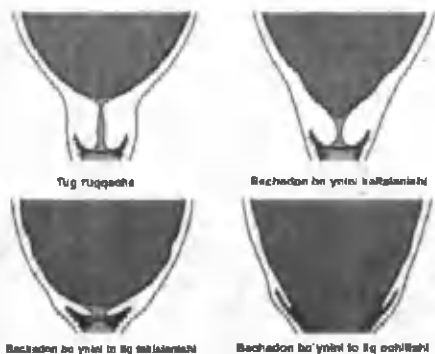
° Agar dard bo'lsa, 4 soatdan keying qaytadan ayolni bachadon bo'ynidagi o'zgarishni ko'rish uchun qinni tekshirib ko'ring. Agar bu bosqichda bo'yinning tekislanishi va ochilishi bo'lsa, bu tug'ruq davri boshlanganligini, agar bo'lmasa yolg'on dard deb baholanadi.

• Tug'ruqning 2 -davrida har soatda qinni tekshiring.

Tug'ruq jarayoni asosan 3 davrdan iborat: 1-bachadon bo'ynining ochilish davri; 2-homilaning haydalish davri; 3-yo'ldosh davri;

Tug'ruqning birinchi davri.

Bu jarayon birinchi va qayta tug'uvchilarda turlicha bo'ladi (10.15.-rasm). Tug'ruq boshlanishida bachadon bo'yni juda yumshab, holatini o'zgartiradi. Odatda bachadon bo'yni tashqi teshigi hali tug'ruqqa tayyor bo'lmasa, u qinning orqa gumbaziga qaragan bo'ladi, tug'ish jarayoniga tayyorlanish jarayonida u asta-sekin chanoq o'qiga to'g'ri kelib qoladi. Shu belgilarga asoslangan holda biz bachadonni tug'ruqqa tayyor deb fikr yuritamiz.



10.15.-rasm. Birinchi tug'uvchi ayollarda bachadon bo'yni tekislanishi va ochilishi.

Ko'p va qayta tuqqan ayollarning bachadon bo'yni kanaliga bitta barmoqni osongina kiritisa bo'ladi, ammo ichki teshigi berk bo'ladi. Bachadon bo'yni muskullari o'zining berkitib turish faoliyatini yo'qotganiga ko'ra u oson ochilishi mumkin.

Bachadon bo'yni asta-sekin ochilib, oldinda yotgan qismi pastga suriladi. Natijada u katalashib, nihoyat butunlay o'z shaklini yo'qotadi. Bu bachadon bo'ynining tekislanish jarayoni deb ataladi. Bachadon bo'yni tekislangandan keyin uning tashqi teshigiga odatda 1—1,5 barmoqni kiritish mumkin. Bo'yni chetlari yupqalashib, cho'ziluvchan bo'lib qoladi. Birinchi tug'uvchilarda bachadon bo'ynining ochilishi bo'yni kanalining ichki teshigidan boshlanadi. Qayta tug'uvchilarda bachadon bo'ynining har ikkala teshigi bir paytda ochiladi, ochilish davrida u katalasha boradi (10.16.- rasm, A, B).

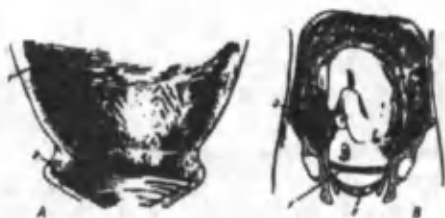


10.16. — rasm. A-qayta tug'ayotgan ayolda bachadon bo'ynining ochilish davri.

1 - bachadon bo'ynining ichki bo'g'zi; 2 - bachadon bo'ynining tashqi bo'g'zi; bachadon bo'g'zi bir barmoq enida ochilgan. B- qayta tug'ayotgan ayolda bachadon bo'ynining yuqori yarmi tekislangan ayni paytda tashqi teshigi (bo'g'zi) ochila boradi. 1 - ichki teshigi (bo'g'zi); 2 - tashqi teshigi (bo'g'zi). Ichki va tashqi bo'g'izlar baravariga ochiladi.

Ochilgan bachadon bo'yni orqali qog'anoq aniqlanadi, u dard tutganda taranglashadi. Bachadon bo'ynining ochilish darajasi santimetr bilan o'lchab, belgilanadi. Agar bachadon bo'yni 10 sm bo'lsa, bu uning to'la ochilganidan dalolat beradi (10.17.- rasm, A, B).

Bachadon bo'yni ochila boshlashi bilan qog'anoq oson aniqlanadi. Har bir to'lg'oqda bachadon ichidagi bosim osha boradi, shunga ko'ra homila pufagi ham shu bachadon bo'shlig'i shaklini oladi. Homila tuxumining o'z shaklini bunday o'zgartirishiga qog'anoq suvi sabab bo'ladi. Dard tutganda bachadon ichidagi bosim oshadi va qog'anoq bachadonning ichki bo'yin qismiga suriladi. Odatda shu pastki qismda homilaning biror yirikroq qismi joylashgan bo'ladi. Har dard tutishida homiladorlikning so'nggi muddatlarida kengaya boshlagan bachadonning pastki qismi yanada kengayadi. Bachadon ichidagi bosim oshgan sari qog'anoq suvi bachadon bo'ynining ichki teshigiga yo'naladi. Qog'anoq bo'yin kanaliga suqila boradi. Bachadon ichidagi bosim osha borgan sari bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi ham voronkaga o'xshab, asta-sekin kengayadi. Bachadon ichida bosim bo'lgani tufayli qog'onoq shu voronkaga o'xshab kengaygan qismga suqiladi va bachadon bo'yni kanali devori ichiga joylashgan nerv tolalarini ta'sirlab, to'lg'oqning yanada zo'rayishiga sabab bo'ladi.



10.17. — rasm. A — qayta tug'ayotgan ayolda bachadon bo'yni tekislangan, tashqi teshigi to'la ochiq. Bachadon bo'yni kanalining lablari halqa ko'rinishida. B — bachadon bo'yni to'la ochiq, homila boshi kichik chanoq kirish qismida. 1 — taqalish kamari; 2 - oldingi qog'onoq suvi; 3 - orqa qog'anoq suvi.



10.18. — rasm Tug'rukning birinchi davrida bachadon ichidagi bosim ta'siri.

To'lg'oq kuchaya borishi natijasida taranglashgan homila pufagi borgan sari bachadon bo'yni kanaliga suqilib kiradi va uning ochilishini tezlatadi.(10.18.- rasm).

To'lg'oq zo'rayishi bilan qog'anoq bachadon bo'yni kanaliga suqila boradi, uning ketidan homila boshi borgan sari pastga surilib, ma'lum vaqtga yetganda u bachadon bo'yni va chanoqning kirish qismiga shunday suqilib qoladiki, navbatdagi to'lg'oq tutishda homilaning orqasidagi suv oldindagi suvga ortiqcha aralasha olmaydi. Bunda homila boshini chanoqning kirish qismiga va bachadon bo'yniga hamma tomondan tegib turgan joyida taqalish kamari hosil bo'ladi. Shu kamar tufayli qog'anoq suvi ikkiga- oldingi va

orqadagi suvga ajraladi. Homilaning oldinda keluvchi qismidan oldinda bo'lgan suvni - qog'anoq suvining oldingi qismi deyiladi, homilaning oldinda keluvchi qismidan yuqoriga joylashgan suvni esa orqa suvi deyiladi. Agar homilaning oldinda keluvchi qismi chanoqdan yuqori turgan bo'lsa, bunday hollarda homila oldi suvi yuqorida aytilgan ikki qismga bo'linmaydi. Shunga ko'ra qog'anoq yorilganda oldingi va orqa suv butunlay ketib qolishi mumkin. Ba'zan dard boshlanmasdan turib, homila pufagi yorilishi mumkin, bunga qog'anoq suvining vaqtidan ilgari ketishi deyiladi.

Ayrim vaqtlarda homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilmay turib yorilishi mumkin, bunga qog'anoq suvining oldin ketishi deyiladi. Ko'pincha homila pufagi bachadon bo'yni 4-5 barmoq kengligida ochilgandan keyin yoriladi. Ba'zan homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyin ham yorilmasligi mumkin, bunga homila pufagining kechikib yorilishi deyiladi. Bu hol homila pufagining qalinligini ko'rsatadi. Agar homila pufagi o'z vaqtida yorilmasa, homilada asfiksiya (bo'g'ilib qolish) ro'y berishi mumkin. Shuning uchun pufakning yorilishini kutib o'tirmay, agar bachadon bo'yni to'la ochilgan bo'lsa, qog'onoq pardasini qo'l yoki asbob yordamida yorib yuborish lozim.

Birinchi va qayta tug'uvchi ayollarning bachadon bo'yni turlicha ochiladi. Shunga ko'ra ularning tug'ishi ham turlicha davom etadi. Birinchi marta tug'uvchilarda avvalo bachadon bo'ynining ichki teshigi, so'ngra kanalning hammasi va nihoyat tashqi teshigi ochiladi, deb aytib o'tgan edik. Ichki teshik bilan bo'yin kanali ochilishi natijasida bachadon bo'yni borgan sari kaltalashadi. Bachadon bo'yni qisqarishi natijasida uning qinga kirib turuvchi qismi asta-sekin kichrayib yo'qoladi, bu holat bachadon bo'ynining tekislanishi deb ataladi. Barmoq yordamida qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni o'rnida qo'lga ba'zan yupqa aylanma plastinka ilinadi. Takror tug'uvchi ayollarning bachadon bo'yni boshqacha bo'ladi va boshqacha ochiladi. Bachadon bo'ynining ichki teshigi, bo'yin kanali va tashqi teshigi bir vaqtda ochiladi, deb aytib o'tgan edik. Bunda bachadon bo'yni bir vaqtning o'zida kaltalashadi va tekislanadi. Takror tug'uvchilarda bachadon bo'yni birinchi tug'uvchilarga qaraganda tezroq ochiladi. Tug'ruqning birinchi davri birinchi tug'uvchilarda 12-16 soat, qayta tug'uvchilarda esa 6-9 soat davom etadi.

10.4.1. HOMILA BOSHNING ORQA KO'RINISHDA ENSA QISMI BILAN KELISHI

Tug'ishning birinchi davridagi homila boshining bukilib kelishi obkash qonuni bo'yicha belgilanadi. Bachadon tubi muskullari qisqarishi natijasida vujudga kelgan bosim homila orqa umurtqasi bo'ylab borib, boshini kichik chanoq tomon yo'naltiradi. Orqa umurtqa boshning o'rtasiga joylashmaganligiga ko'ra obkashning bandleri har xil uzunlikda bo'ladi. Obkash yelkasining qisqa tomoni ensa, uzun tomoni peshona-yuz qismi bo'lib qoladi. Bachadon muskullari qisqarib, orqa umurtqani bosganda obkashning uzun yelkasi yuqoriga ko'tariladi, homila boshi bukiladi, qisqa yelkasi pastga tortgani uchun boshning ensa qismi pastga tushadi (10.19.-rasm).

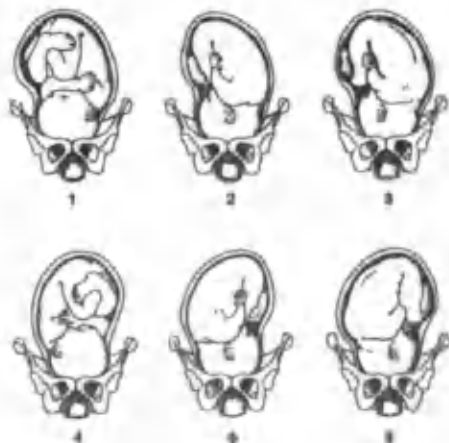
Homila boshi egilishining sabablarini ba'zi mualliflar boshqacha tushuntiradilar: homila boshining bukilishi natijasida bosh dumaloq bo'lib, chanoq ichiniig dumaloq shakliga moslashib qoladi. Boshning bukilishi oval (ellipssimon) shakldan dumaloq shaklga o'tishiga imkon beradi. Homila boshining o'lchovlari qanchalik katta, chanoq o'lchovlari qanchalik kichik bo'lsa, homila boshi shunchalik ko'proq bukiladi (masalan, hamma o'lchovlari baravar tor bo'lgan chanoqda).



10.19.-rasm. Homila oldin keluvchi qismining joylashishini baholash

Tug'ishning ikkinchi davri mexanizmi homila boshining kichik chanoq ichida aylanishini ifodalashda juda ahamiyatlidir. Bu nazariyalardan eng oddiysi «moslashish» nazariyasidir. Homila boshi kichik chanoq ichida chanoq o'lchovlariga muvofiq ravishda aynan moslashadi (chanoqqa kirish qismi ko'ndalang, ichida — qiyshiq, chiqishida to'g'ri o'lchovga moslashadi). Homila kattaroq qismining tug'ilishi qiyinroq bo'ladi. Bu qism homila boshidir, u tug'ish yo'lidan ma'lum omillar vositasida suriladi, bu holat tug'ish biomexanizmi deb yuritiladi (10.20.-rasm).

Agar homiladorlik normal kechayotgan, homila yaxshi rivojlanayotgan bo'lsa, tug'ish oldidan qo'l, oyoqlar ham normal joylashadi. Homila vertikal holatda, boshi bilan chanoqqa kirish sohasida ensa sohalari bilan yotadi (10.21.-rasm).



10.20.-rasm. Ensa bilan kelish holati turlari: 1- chap orqa holati; 2- chap ko'ndalang holati; 3- chap oldingi holati; 4- o'ng orqa holati; 5- o'ng ko'ndalang holati; 6- o'ng oldingi holati.

Birinci marta homilador bo'lgan ayollarda homilaning boshi tug'ishdan 2-3 hafta oldin chanoq kirish qismida suqilgan bo'ladi. Ilgari tuqqan ayollarda esa homila boshi faqat tug'ish jarayonida (tug'ishning birinchi davrida) kichik chanoq kirish qismiga suqila boshlaydi. Shuni aytib o'tish kerakki, homila boshi chanoqqa kirish qismida qayta tug'uvchilarda birinchi marta tug'ayotgan ayollarga nisbatan oldinga kamroq egiladi.

Har ikkala hollarda ham homila boshining oval shakli kichik chanoq kirish qismining shakliga moslashgan bo'ladi. Kichik

chanoqqa kirish sathi o'lchovlari: to'g'ri o'lchov-11 sm, katta o'lchov -12 sm, ko'ndalang o'lchov - 13 sm bo'ladi. Shunga ko'ra, homila boshi ensasi bilan kelganda uning o'q-yoysimon choki kichik chanoq kirish qismida ko'ndalang, ko'pincha uning qiyshiq o'lchoviga joylashgan bo'ladi. Ko'pincha homila boshi kichik chanoq kirish qismida dastlab bukilmaydi, o'q-yoysimon chok bir o'rinda promontorium bilan simfiz oralig'ida chanoq o'qiga moslashgan bo'ladi. Homila boshi tug'ruq yo'llari bo'yicha surila borar ekan, tug'ish mexanizmi 4 momentga bo'linadi.



10.21.-rasm. a - bachadon qisqarishi natijasida homila holatining o'zgarishi; b - tug'ruq yo'li shaklining o'zgarishi.

Birinchi moment. Homila boshi o'zining ko'ndalang o'qida aylanadi, bunda umurtqaning bo'yin qismi yelkalari bir xil uzunlikda bo'lmagan obkash kabi yechiladi va homila boshi engagiga, ko'krak qafasiga yaqinlashadi, natijada boshning kichik liqidog'i pastga — chanoq o'qi yo'nalishiga joylashadi. Shunga ko'ra, bunga «yo'naltiruvchi nuqta» deb nom berilgan. Homila boshining bukilib joylashishi uning tug'ish yo'lidan oson o'tishiga imkoniyat tug'diradi (10.22.-rasm, a, b).



10.22.-rasm. Tug'ish mexanizmining birinchi momenti: a — boshning bukilishi; b - chanoqning chiqish teshigi tomonidan ko'rinishi: o'q-yoysimon chok chanoqning ko'ndalang o'lchovida.

circumferentio subocephito—bregmatica (aylanasi 32 sm) bilan kichik chanoq kirish qismiga joylashadi.

Ikkinchi moment. Homila boshi kichik chanoq ichida aylanadi (rotatio capitis interna). Bunda homila boshi chanoq ichiga tushishi bilan birga o'zining tik o'qi atrofida aylanadi. Bunda homila boshi o'q-yoysimon ko'ndalang o'lchovda bo'lsa, endi chanoq ichining qiyshiq o'lchovida bo'lib qoladi, agar chanoq kirish qismida qiyshiq o'lchovda bo'lsa, chanoq ichida qiyshiq o'lchovdan to'g'ri o'lchovga yaqinlasha boradi, nihoyat chanoq tubida uning chiqish qismining to'g'ri o'lchoviga to'g'ri keladi. Bunda o'q-yoysimon chok birinchi

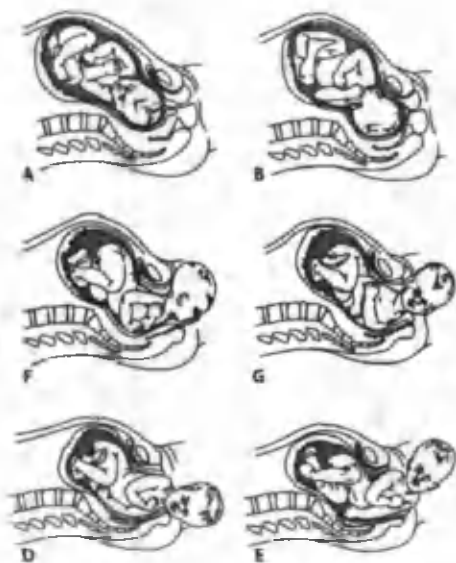
Homila boshi normal holda o'zining eng kichkina o'lchovi bilan chanoqning katta o'lchoviga joylashadi. Darhaqiqat, boshning to'g'ri o'lchovi circumferentio fronto occipitalis o'rniga (buning aylanasi 34 sm) homila boshi bukilib, kelganiga ko'ra kichik qiyshiq o'lchovi

holatda soat miliga qarshi, ikkinchi holatda esa soat mili tomon aylanadi. Homila boshi chanoq tagiga tushganda uning kichik liqildoq'i oldinda, qov suyagi ostida joylashgan, katta liqildoq esa orqada, dumg'aza chuqurchasiga qaragan bo'ladi. Birinchi holat oldingi ko'rinishda homila boshining o'q-yoysimon choki chanoq ichida o'ng qiyshiq o'lchovda bo'ladi, ikkinchi holatda oldingi ko'rinishda chap o'ng qiyshiq o'lchovda bo'ladi.

Birinchi holat orqa ko'rinishda bo'lsa, homila boshining o'q-yoysimon choki chanoqning chap qiyshiq o'lchovida bo'lib, ko'p holatlarda undan ko'ndalang o'lchovga, keyin o'ng qiyshiq o'lchovga o'tadi. Ikkinchi holat orqa ko'rinishda bo'lsa, homila boshining aylanishi buning teskarisi bo'ladi, ya'ni o'ng qiyshiqdan ko'ndalang o'lchovga va keyin chap qiyshiq o'lchovga o'tadi. Homila boshining chanoq ichida aylanishi, arap homila oldingi ko'rinishda bo'lsa, 45°ga aylanadi, orqa ko'rinishda bo'lsa 135° ga aylanadi (10.23.-rasm).

Uchinchi moment. Homila boshining chanoq ichida aylanishi tugagach, kuchli bukilgan boshning o'q-yoysimon choki chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida ensa qismi bilan qov suyagi tomonga aylanadi. Homila boshining qov suyagi ostidan birinchi ko'rinishiga tug'ruq yo'lining oldingi devori qov suyagi orqa devori (dumg'aza suyagi)ga nisbatan kataligi sabab bo'ladi (oldingi devori 4 sm, orqa devori 14 sm). Boshning ensa qismi tug'ilgandan keyin uning ensa chuqurchasi qov suyagiga taqaladi (taqalish nuqtasi) va keyin homila boshi ochiladi. Taqalish nuqtasi aylanish nuqtasi — gipomoxlion -hypomochlion yoki taqalish nuqtasi- punctum fixum deb yuritiladi.

Homila boshi qin bo'ylab surilib, chanoq chiqish qismida ancha ochiladi, ochilish darajasi 120—130° bo'ladi, chot ostidan homilaning peshonasi, yuzi va engak qismi tug'iladi. Homila boshining bunday ochilishida vulvar halqa taranglashib kengayadi, chot ustidagi katta liqildoq ko'rinadi, nihoyat boshi tug'iladi (10.24.-rasm).



10.23.-rasm. Ensa bilan kelish oldingi ko'rinishida tug'ruq kechishi: A. Boshning suqilishi va egilishi. B. Boshning ichki aylanishi. F. Boshning yozilishi. G. Boshning tashqi aylanishi. D. Oldingi yelkaning tug'ilishi. E. Orqa yelkaning tug'ilishi.

To'rtinchi moment. Homila boshi tashqarida, yelkalari ichkarida aylanadi. Homila boshining tashqarida aylanishi yelka qismnning ichkarida aylanishiga bog'liqdir.



10.24.-rasm. *Tug'ish mexanizmining uchinchi momenti: homila boshining ko'rina boshlashi. Homila boshi chanoq tubida turadi. O'q-yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchovida. a - homila boshining yozila boshlashi: b - homila boshi yozilgan.*

Homila boshi tug'ruq yo'li bo'yicha surilganda yelka qismi chanoq kirish qismida ko'ndalang o'lchovda, chanoq ichida esa qiyshiq o'lchovda turadi (birinchi holatda chap qiyshiq o'lchovga, ikkinchi holatda o'ng qiyshiq o'lchovga to'g'ri keladi). Chanoq tubida homila elkasi ichkarida aylanib, chiqish qismining to'g'ri o'lchovida bo'ladi. Oldingi yelka qov osti sohasida, orqadagi yelka dum suyagi sohasida bo'ladi. Yelkaning aylanishi boshning tashqarida aylanishiga imkon beradi. Homila boshining o'q-yoysimon choki chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida turganda yelkaning ko'ndalang o'lchovi chanoqning to'g'ri o'lchovida aylanish jarayonida homila boshi tashqarida aylanganda yuzi bilan o'z holatining qarama-qarshi tomoniga aylanadi (birinchi holatda homila boshi onaning o'ng soni tomonga, ikkinchi holatda chap soni tomonga aylanadi) (10.25., 10.26 - rasmlar).

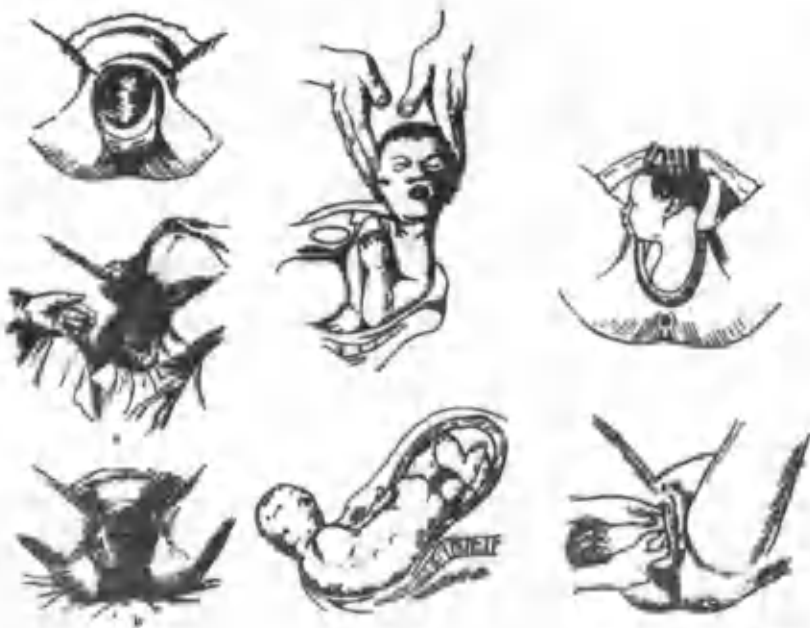
Homila oldingi yelkasining $\frac{2}{3}$ qismi tug'ilib, qov tagiga taqalgandan keyin orqadagi yelka chot tagidan tug'iladi. Nihoyat, homilaning tanasi tug'iladi, Homila tanasning tug'ilishi deyarli oson bo'ladi. Tug'ish davrining har biri turli muddatda davom etadi. Normal sharoitda birinchi moment qisqaroq bo'ladi (homila boshi eng qisqa vaqtda egiladi). Ikkinchi moment uzoqroq davom etadi.

Homila boshining chanoq kirish qismiga suqilib kirish darajasi tashqi va qin orqali tekshirish bilan aniqlanadi. Bunda homila boshining kichik chanoq kirish qismida qancha qismi pastda ekani chanoq ichiga suqilgani darajasiga qarab bilinadi. Agap homila boshi chanoq kirish qismidan yuqorida tursa, bunda homila boshi hali- joylashmaganidan darak beradi. Bunda bosh bilan qov suyagining ko'ndalang shoxi orasiga har ikkala qo'l barmoqlarini osongina kiritish mumkin. Homila boshini tashqaridagi qo'l barmoqlari yordamida oson qimirlatish mumkin. Agar homila boshi kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirgan bo'lsa, uni paypaslab ko'rganda qimirlatib bo'lmaydi.

Homila boshi segmenti nima? Homila boshi ovoid shakldadir. Agar boshni eng katta diametri bo'yicha taxminiy kesilsa, bunda ovoidning o'rta sathi eng katta bo'ladi. Eng katta sath boshning o'rta sathidir (10.27.-rasm).

Homila boshining o'rta sathi, uning aylanasi shartli ravishda katta segment deb yuritiladn. Katta segmentdan yuqorida va pastda bo'lgan yuza kichkina segment deb ataladi.

Homila boshi yozilib kelishining turli shakllarida uning katta segmenti turlicha holatda bo'ladi. Homila boshining qaysi qismi kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirib joylashishiga qarab uning tug'ruq kanali bo'yicha surilayotgani aniqlanadi. Buning uchun qorin devori orqali, kerak bo'lganda qin orqali tekshiriladi. Qin orqali tekshirilganda homila boshining pastda turgan qismini quymich suyaklar o'simtasiga nisbatan munosabati aniqlanadi (kichik chanoqning tor qismi). Homila boshining kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirish bosqichlari quyidagicha bo'ladi: homila boshining pastki yuzasini qinga suqilgan barmoqlar bilan paypaslab ko'rish mumkin. Agar barmoq uchlari bilan homila boshini yuqoriga itarsak, u oson ko'tariladi. Tashqaridan qaraganda homila boshining' bukilib, ochilib kelganida ham tekshiruvchi kaft yuzasi bilan uning bachadon ichiga suqilib turganini, bukilib kelganda ensa sohasi chanoqning nomsiz chizig'idan (lin. innominata) 2,5—3,5 barmoq, yuz tomonidan esa 4—5 barmoq chanoqqa kirish qismidan yuqori turganini aniqlaydi.



10.25.- rasm. Homila boshining tug'ilishi.
a - tug'ilgan homila boshi; yuzi bilan
orqaga aylangan; b - homila boshi
yuz qismi bilan ayolning son tomoniga
aylangan.

10.26.- rasm. Tug'ish mexanizmining
to'rtinchi momenti

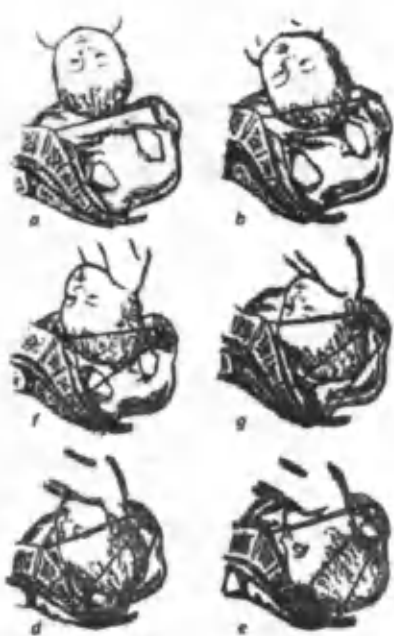
Qin orqali tekshirilganda chanoq suyagining chanoq ichiga qaragan do'ngiga (promontorium) barmoqlarning buxilgan holatda yaqinlashishi mumkin bo'ladi, bunga boshning oldinga keluvchi qismi quymich do'mbog'idan 1-2 barmoq yuqorida bo'lib, qinga kiritilgan barmoqlar orqali uni qiyinchilik bilan yuqoriga itarish mumkin bo'ladi.

Tashqaridan tekshirilganda ikkala kaft yuzasini boshga taqab ushlaganda bir-birlari bilan uchrashadi. Go'yo katta chanoq tashqarisida o'zining proeksiyalari bilan o'tkir burchak hosil qiladi. Ensa suyagi qisman (1-2 barmoq), yuz qismi 2,5—3,5 barmoq chanoqqa kirish qismidan yuqori turadi. Qin orqali tekshirilganda dumg'aza chuqurchasining yuqori qismida homila boshi joylashgani bilinadi. Boshning pastki yuzasi quymich yuqorisidan 1—1,5 barmoq pastda bo'ladi. Homila boshining chanoqqa kirish qismiga va bachadon bo'yniga hamina tomondan tegib turgan joyida taqalish kamari hosil bo'ladi. Bu kamar qov suyagining yuqori yarmida va birinchi dumg'aza suyagi oralig'ida vujudga keladi. Tashqaridan tekshirilganda boshning ensa qismi aniqlanmaydi, yuz qismi 1—2 barmoq yuqorida ko'riladi.

Homila boshi kichik chanoq ichida qin orqali tekshirilganda uning ko'p qismi dumg'aza chuqurchasiga joylashgan bo'ladi. Boshning pastki qismi dumg'azaning dum suyagi bilan qo'shilgan yerida yoki undan birmuncha pastda, uning taqalish kamari chanoq ichining tor qismida bo'ladi.

Tashqaridan boshni paypaslab bo'lmaydi, dumg'aza chuqurchasi bosh bilan egallangan. Bosh pastki qismining taqalish yuzasi dumg'aza suyagining pastki va qov suyagi bo'g'imining pastki qismi sohasida bo'ladi.

Yuqorida aytib o'tilgan tekshirish usul-lari tashqi va qin orqali tekshirish natijasida olingan ma'lumotlar 80-85% hollarda ijobiy bo'lsada, homila boshining turish va kichik chanoq kirish qismiga joylashish xillari



10.27.-rasm. Homila boshining kichik chanoq sathiga munosahati.

A - homila boshi kichik chanoq kirish qismida; b — homila boshi o'zining kichik segmenti bilan kichik chanoq kirish qismida; f—homila boshi o'zining katta segmenti bilan kichik chanoq kirish qismida; g — homila boshi kichik chanoqning keng qismida; d — homila boshi kichik chanoqning tor qismida; e— homila boshi kichik chanoqning chiqish sathida.

turlicha bo'lganiga ko'ra, bundan tashqari, homila boshi shaklining o'zgarishi (konfiguratsiya) olingan ma'lumotlarning xato bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Ammo shifokorning mahorati ham bunda katta o'rin tutadi. Umuman qin orqali tekshirilganda aniqroq ma'lumot olinadi.

Tug'ayotgan ayolni kuzatishda homilaning yurak urishini (vaqt-vaqti) bilan tekshirib turish kerak. Agar homilaning oldinda keluvchi qismi boshi bo'lsa, unda uning yurak urishini kindikdan pastda, boshga yaqinroq joyda orqasidan yaxshi eshitiladi. Bunda homilaning yotish vaziyatiga qarab, agar chap tomondan eshitilsa, birinchi, o'ng tomondan eshitilsa ikkinchi vaziyat deyiladi. Homilaning yurak urishini eshitganda albatta uning tezlik soni, aniqligi va ritmiga ahamiyat berish kerak. Tekshiruvchi oddiy akusherlik stetoskopi bilan faqat bilinadigan o'zgarish ko'rsatkichlarini aniqlab oladi.

10.5. TUG'RUQNING BOSHQARILISHI

10.5.1. QIN ORQALI TEKSHIRISH

Tug'ruqning 1-davrida va qog'anoq suvlari yorilgandan so'ng har 4 soatda 1 marta qinni tekshirish mumkin. Partogrammaga kerakli narsalarni belgilab boring.

- Qin orqali har bir tekshiruvga quyidagilarni belgilang:
 - amniotik suyuqlikning rangi,
 - bachadon bo'yninig ochilish darajasi,
 - bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham bo'ladi)
- Agar birinchi ko'rikda bachadon bo'yni ochilmagan bo'lsa, tug'ruq tashxisini qo'yish imkoni yo'q.

° Agar dard bo'lsa, 4 soatdan keyin ayolni qaytadan bachadon bo'ynidagi o'zgarishni ko'rish uchun qinni tekshirib ko'ring. Agar bu bosqichda bo'yinning tekislanishi va ochilishi bo'lsa, bu tug'ruq davri boshlanganligini, agar bo'lmasa yolg'on dard deb baholanadi.

- Tug'ruqning 2 -davrida har soatda qinni tekshiring.

10.5.2. PARTOGRAMMADAN FOYDALANISH

BJSST tomonidan tavsiya qilingan partogramma undan foydalanish oson bo'lishi uchun soddalashtirilgan. Bunda latent faza olib tashlanib, ma'lumotlar faol fazadan bo'yinning ochilishi 4 sm ga yetganda belgilanadi. Partogramma namunasi ko'rsatilgan (10.29-rasm). Partogrammadan foydalanish uchun masshtabini butun sahifaga kattalashtirish kerakligiga e'tibor bering. Partogrammaga quyidagi ma'lumotlarni kiriting:

Homilador ayol to'g'risidagi ma'lumot: To'liq ismi, homiladorlik va tug'ruqlar soni, kasallik tarixi raqami, kasalxonaga kelib tushgan vaqti va sanasi, qog'anoq yorilgan vaqti.

A: Homilaning yurak urishi sonini har 30 daqiqada belgilab boring.

Amniotik suyuqlik: amniotik suyuqlik rangini har gal qin orqali ko'rganda belgilang:

B: Pufak butun

T: Pufak yorilgan, suyuqligi toza

M: Suyuqlikda mexoniy bor

Homila boshining konfiguratsiyasi:

1-daraja: choklari oson ajraladi;

- daraja: choklari bir - birining ustida, lekin ajratsa bo'ladi;

-daraja: choklari bir - birining ustida, ajralmaydi;

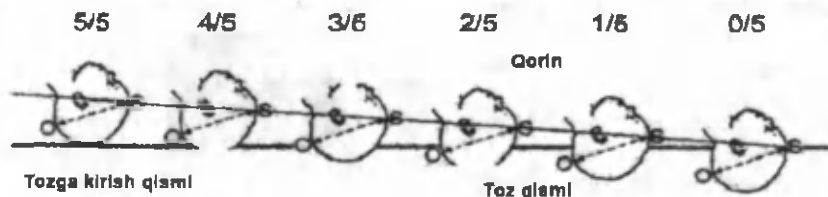
Bachadon bo'ynining ochilishi: har gal qin orqali ko'rilganda xoch(+) bilan belgilang. Partogrammada 4 sm dan boshlab belgilang.

Hushyorlik chizig'i: bu chiziq 4 - sm dagi ochilish nuqtasidan boshlanib, to'liq ochilish nuqtasigacha, har 1 soatga 1 sm dan davom etadi

Harakat chizig'i: hushyorlik chizig'iga parallel va 4 soat o'ngda.

Qorinni paypaslab homila boshning tushishini baholash (10.28.-rasm):

Simfizdan tepada palpatsiya qilinayotgan boshning qismiga tegishli; har vaginal ko'rikdan keyin O bilan belgilab chiqing. 0/5 vaziyatida bosh tepasi simfizning sathiga barobar turadi.



10.28.-rasm. Homila boshi tushishini baholash:

5/5 va 4/5 cheti chanoqqa kirish qismida,

5/5- butunlay chanoqqa kirish qismida,

4/5 tepa qismi balandda, ensa yaxshi seziladi,

3/5 tepa qismi oson palpatsiyalanadi, ensa seziladi,

2/5 tepa palpatsiyalanadi, ensa biroz seziladi,

1 /5 tepa palpatsiyalanadi, ensa esa aniqlanmaydi,

0/5 bosh palpatsiyalanmaydi.

Qog'on oq suvlari yorilganidan keyin suvning yo'qligi, amniotik suyuqlikning kamayishi oqibatidir, bu esa homilada distress holati kechayotganligini bildiradi.

Tug'ruq va tug'dirish vaqtida ayolni parvarishlash va yordam berish (10.30., 10.31.-rasmlar).

Soatlar: Faol fazadan boshlab o'tgan vaqt (kuzatilgan yoki taxmin qilinayotgan).

Vaqt: aniq vaqtni yozing

Dard: Ma'lumotlarni har 30 daqiqada belgilang, Palpatsiya qilib dardni har 10 daqiqada, va uning qanchaga cho'zilishini sekundlarda sanang.

- 20 sek.dan kam

20 sekunddan 40 sekundgacha

- 40 sekundgacha.

Oksitotsin: Oksitotsin berilganda har 30 daqiqada yuborilayotgan suyuqlikdagi oksitotsin miqdorini belgilab boring.

Dorilarni berish: har qanday qo'shimcha dorilarni yozib boring.

Puls: Har 30 daqiqada nuqta bilan belgilanadi.

Arterial qon bosimi: har 4 soatda, strelka bilan belgilang.

Tana harorati: har 2 soatda yozib boring.

Protein, atseton va siydikning miqdori: Har siydix ajratilganda yozib boring.

Tug'ruqning 1-davrining kechishi:

• Tug'ruqning I - davrining qoniqlik kechish belgilari:

- muntazam dardning tezligi, soni va davomiyligi oshib borishi;

- faol fazada bachadon bo'ynining ochilishi 1 soatga 1 sm ga to'g'ri keladi (bo'yin ochilishi hushyorlik chizig'i ustida yoki undan chaproqda);

- bachadon bo'yni homilaning oldinda keluvchi qismiga yaxshi yopishgan

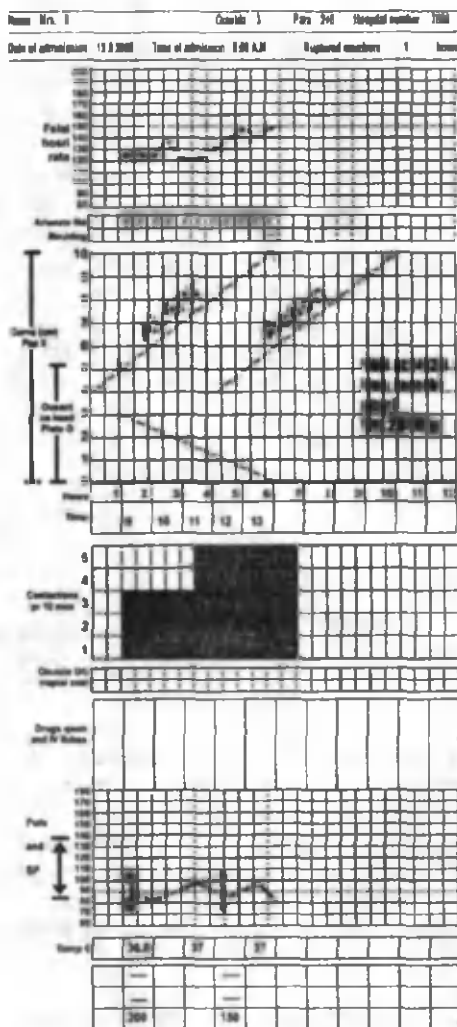
• Tug'ruqning I - davrining qoniqarsiz kechish belgilari:

- latent fazadan keyingi, nomuntazam va siyrak dard;

- faol fazada bachadon bo'ynining ochilishi 1 soatda 1 sm dan kam (bo'yni ochilishi hushyorlik chizig'idan o'ngroqda);

- bachadon bo'yni homilaning oldinda keluvchi qismiga yaxshi yopishmagan.

Tug'ruq faoliyatining qoniqarsiz rivojlanishi uzoq davom etadigan tug'ruqlarga olib keladi.



10.29.-rasm. Normal tug'ruqda partogrammani to'ldirish.

Normal tug'ruqlarda:

Ayolning ahvolini belgilab beradigan muhim parametrlarga e'tibor berish (puls, arterial qon bosimi, nafas olishi, tana harorati).

Homilaning ahvoriga baho berish:

- Har darddan keyin homilaning yurak urishini eshitish to'liq I daqiqa davomida homilaning yurak urishini sanab, faol fazada kamida har 30 daqiqada, II davrda har 5 daqiqada eshitib borish lozim, agar yurak urishining soni patologik bo'lsa (I daqiqada 100 tadan kam yoki 180 tadan ko'p bo'lsa), homilada distress rivojlanayotganiga taxmin qilish kerak.

- Agar qog'onoq suvlari yorilgan bo'lsa, ketayotgan suvning rangiga e'tibor berish kerak: quyuuq mekoniy — homilani diqqat bilan kuzatish kerakligini, zaruriyat tug'ilsa, homilada distress holatida yordam berish uchun aralashishga to'g'ri keladi.

• Ayolni tug'ruq jarayonida o'zi tanlagan kishisining ishtirox etishiga va qo'llab turish istagiga xayrixohlik bildirish lozim.

• tug'ruq vaqtida ayolning sherigi ishtiroki haqidagi istagiga xayrixohlik bildirish, sherigi ayol bilan birga bo'ladigan joyini tayyorlash kerak.

• sherigi ayolga tug'ruq jarayonida va bola tug'ilishida monand yordam berishiga (orqasini silab qo'yish, terlagan peshonasini ho'l latta bilan artish, yurganida yordam ko'rsatish) xayrixohlik bildirish lozim.

Xodimlar ayolga o'zaro yaxshi munosabatda bo'lishlari va qo'llab turishlarining ta'minlanishiga:

- barcha muolajalarni tushuntirib bering, ularga ruxsat oling va buni ayol bilan muhokama qiling; - tug'ruq jarayonida ayolning istak va xohishlariga xayrixohlik bildirishni va kayfiyatini ko'tarishga harakat qiling. - Konfidensiallikni va sirlarini oshkor qilmaslikni ta'minlang.

• Ayolni va uni o'rab turgan joyni ozoda tutishga harakat qilish:

- ayolni mustaqil o'zi tug'ruq boshidan tahorat qilishiga, vanna yoki dush qabul qilishiga xayrixohlik bildiring.

- har ko'rikdan oldin ayolning tashqi jinsiy a'zolarini yuving.

- har bir ko'rikdan oldin va keyin qo'lingizni sovunlab yuving.

- tug'ruq zalida ozodalikni ta'minlang.

- har qanday to'kilgan suyuqlikni tezda artib tashlang.

• Ayolning harakat qilishini ta'minlang:

- ayolni bemalol o'zi yurishiga xayrixohlik bildiring.

- ayolga tug'ish uchun kerakli holat tanlashiga yordam bering

• Ayolni tez-tez siyib turishiga undang.



10.30.-rasm. Tug'ruqning I davrida ayolning erkin holatlari

Eslatma: Ayolga tug'ruq davrida reja asosida hu'qna tayinlamang.

Ayolning tug'ruq vaqtida ovqat eyish va suyuqlik ichish istagini quvvatlang. Agar ayolning sezilarli darajada qorni ochgan yoki charchagan bo'lsa, bu narsalar bilan qiziqib ko'ring. Hatto tug'ruqning oxirgi bosqichlarida ham ayolga ozuqali suyuqlik berish muhimdir.

Ayolni tug'ruq jarayoni va tug'ayotgan vaqtida to'g'ri nafas olishga o'rgating. Uni har doimgidan sekinroq nafas olishiga va har nafas chiqarganda bo'shashishiga o'rgating.

Agar ayol tug'ruq davrida qo'rqayotgan, tashvishlanayotgan va og'riqni sezayotgan bo'lsa, yordam bering:

- ayolni maqtang, quvvatlang va tinchlantiring; - unga tug'ruq jarayoni haqida gapirib bering; - ayolni eshitib, uning hissiyotlariga beparvo bo'lmang. • Agar ayol og'riqdan aziyat chekayotgan bo'lsa:

- unga holatini o'zgartirishni taklif qiling,
- ayolni harakat qilishga rag'batlantiring.
- ayolning sherigiga uning orqasini silashga, qo'lini ushlashga va dard oraliq'ida vaqtida yuzdagi terni artib turishga da'vat eting,
- ayolning nafas olishning maxsus texnikasini qo'llashiga da'vat eting.
- iliq vanna yoki dush qabul qilishini tavsiya eting.

Tug'ishning ikkinchi davrida ayol chalqancha yotgancha beliga yostiqcha qo'yiladi, shunda tanasining pastki qismi ko'tarilib turadi va homilaning tug'ish kanali bo'yicha surilishi osonlashadi. Bachadon va qorin devori muskullarining qisqarishi homilaning vertikal o'qiga ta'sir etadi va homilaning surilishiga sharoit yaratadi. Bunda homilaning vertikal o'qi tug'ish kanali o'qiga moslashgan bo'ladi, bachadon muskullari ko'p kuch sarflamaydi. Agar homila o'qi bilan tug'ish kanali o'qi to'g'ri kelmasa, unda ko'p kuch sarflanadi. Bu holat homila ko'ndalang kelganda yuzaga keladi.

Tug'ish jarayonida psixoprofilaktikaning ahamiyati katta. Ma'lumki, tug'ruqdagi og'riq uning patologik kechishiga sabab bo'ladigan omillardan hisoblanadi. Agar psixoprofilaktika yordam bermasa, unda og'riqni kamaytiradigan dorilardan foydalaniladi.

Tug'ruqning ikkinchi davri bachadon bo'ynining to'la ochilishidan boshlanadi. Tug'ayotgan ayol to'g'ri ichakka bosim tushayotganini sezadi va unda kuchaniq xohishi tug'iladi. Bachadon bo'yni to'liq ochilganida va ayol tug'ruqning II - davrining haydalish fazasida unga qulay bo'lgan holatni egallashiga yordam bering va kuchanishga rag'batlantiring (10.32.-rasm).

Tug'ruqning bu davrida bachadon muskullari, qorin, tana va oyoq, qo'l muskullarining qisqarishi sababli bachadon bo'shlig'idagi bosim juda oshadi. Ayol kuchaniqni ma'lum darajagacha o'zi boshqara olishi mumkin. Shifokor bu paytda tug'ruqni to'g'ri boshqarishi kerak. Kuchaniq bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyingina boshlanishi shart, bundan oldingi kuchaniq soxta kuchaniq deb ataladi. Agar ayol bachadon bo'yni to'la ochilmasdan kuchanadigan bo'lsa, kuchini bekorga sarflaydi. Bunday paytda shifokor ayolni yonboshga yotqizib, og'riqsizlantiruvchi dorilar berishi kerak bo'ladi.



10.31-rasm. Tug'ish vaqtida ayol yotishi mumkin bo'lgan holatlar.

Tug'ruqning ikkinchi davrida shifokor ayolning umumiy ahvoli (tana haroratini, pulsi, qon bosimi)ni, kuchaniqning tezligi, kuchi, davom etishi, homila va tug'ruq yo'lining holatini kuzatib turadi. Kuchaniq har 3—5 minutda takrorlanadi va bir minutchada davom egadi. Kuchaniq bachadon qisqarishi bilan birga kelishi kerak. Kuchaniq boshlanishi bilanoq ayol tug'ruq karavotida chanoq qismi bir oz ko'tarilgan holda chalqancha yotishi kerak. Har gal kuchanganda ayol chuqur nafas olib, nafasini tutib turgan holda, boshini va tanasini yuqoriga ko'tarib, qo'llari bilan karavot yuganini tortib, oyog'i bilan tiralib kuchansa, kuchaniq kuchli bo'ladi va homila tug'ruq kanali bo'yicha surila boradi. Bu paytda bachadon ham o'z shaklini o'zgartiradi, birmuncha yapaloqlashib, uzunlashadi. Muskullar qisqarishi natijasida homila boshi chanoq tagiga tushadi, natijada to'g'ri ichakning sfinkter muskuli yozilib, asta-sekin jinsiy yoriq ochila boradi va homila boshining pastki qismi ko'rinadi. Kuchaniq to'xtagach, homila boshi ko'rinmay qoladi, to'g'ri ichak teshigi asli holiga qaytadi. Kuchaniq takrorlanganda jinsiy yoriq tobora ochilib, homila boshining segmenti borgan sari ko'proq ko'rina boradi. Homila boshi pastga tushib, katta segmentini tashqi jinsiy a'zolar o'rab olmaguncha, har kuchaniqda u yana jinsiy yoriqdan ichkariga tortiladi. Bu homila boshining tug'ila boshlashi deb ataladi. Keyingi kuchaniqlarda homila boshi jinsiy yoriqda joylashib, endi kuchaniq orasida ichkariga kirib ketmaydi. Bu holat homila boshining yorib chiqishi deb atalib, homilaning tug'ilishi bilan yakunlanadi.

Homila tug'ilish davrida uning holatidan xabardor bo'lib turish zarur. Har bir kuchaniqdan keyin homilaning yurak urishi kuzatib boriladi. Kuchaniq to'xtashi bilan homilaning yurak urishi bir oz kamayib, minutiga 132—144 martadan oshmaydi. Bu fiziologik bradikardiyaning sahabi hozirgacha aniqlanmagan. Ammo ko'p mutaxassislarning fikricha, bu holatga chanoq tagiga tushgan homila boshi vagus nervini bosishi, shuningdek yo'ldosh tomirlari va to'qimasidan ajralib chiqqan atsetilxolin va vagusga ta'sir qila-digan modda - serotoninning oshishi ham sabab bo'lishi mumkin. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribalar shuni ko'rsatadiki, serotonin oldin vagusga, keyin simpatik asab tizimiga ta'sir qiladi. Agar kuchaniq orasida homilaning yurak urishi 110 martadan kamayib ketsa, bu patologik holat sanaladi. Bu qon tomirlarni qo'zg'atuvchi markazning gipoksiya natijasida sustlashishidir. Homilaning yurak urishi buzilsa, uni tezda tug'dirish

lozim, aks holda nobud bo'lishi mumkin. Homilaning boshi yoki oldinda keluvchi qismining tug'ruq yo'lidan surilishi tashqi akusherlik tekshirish yo'li bilan aniqlanadi.

Homila boshi jinsiy yoriqdan ko'rinishi bilan akusher (shifokor) tug'ruqqa tayyorlanadi. Ayol tagiga steril taglik solinadi. Tug'ruqqa kerakli narsalar, asbob tayyorlanadi. Homila kindigini qirqish uchun qaychi, bog'lash uchun maxsus bog'lov tayyorlab qo'yiladi. Tug'ruqni boshqarishda homila boshini tug'dirish va chotni yirtilishdan saqlash juda muhimdir. Bosh tug'ilishi jarayonida tashqi jinsiy a'zo va chot juda cho'ziladi va ba'zan yirtiladi. Shunga ko'ra jinsiy yo'llarning yirtilishiga yo'l qo'ymaslik uchun homila boshini eng kichkina o'lchovi bilan, boshning yetarli darajada bukilishi va ensa qismi bilan tug'ilishiga harakat qilish kerak. Buning uchun homila boshi tug'ruq yo'lidan sekin tug'ilishini boshqarish kerak. Agar homilada asfiksiya boshlansa, tug'ruqni tezlashtirish lozim.

Ayolni tug'dirishda akusher uning o'ng yonida turib, o'ng qo'li kafti bilan taglik yordamida ochilib turgan orqa chiqaruv teshigini bekitib, chap qo'lini homila boshining ensa qismiga qo'yib, uni ehtiyotlik bilan ushlab turadi. Shunday qilib, homilaning ensa chuqurchasi qov suyagi ostiga kelib taqalgandan keyin (taqalish nuqtasi) uning yuz qismi asta-sekin chot ostidan tug'ila boshlaydi. Mana shu vaqtda chotni yirtilishdan saqlash zarur. Buning uchun o'ng qo'l yordamida cho'zilgan tashqi jinsiy a'zo va chot asta-sekin homila yuzi ustidan suriladi, nihoyat homila boshi jinsiy yoriqdan butunlay chiqib, tug'iladi. Homila boshi tug'ilishi jarayonida uning yelkasi chanoq ichida aylanadi, natijada homila boshi ensasi bilan vaziyat tomonga aylanadi (birinchi holatda chapga, ikkinchi holatda o'ngga aylanadi, bunda yelka chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida bo'lib qoladi). Yelkalarni tug'dirish uchun akusher homila boshini qo'l bilan ushlab (har ikkala quloq ustidan ushlanadi, bunda miya qon tomirini

bosmaslik zarur), uni pastga va orqaga tortadi, natijada qov suyagi ostidan oldingi yelka tug'iladi, bunda oldingi yelkaning 2/3 qismi qov suyagi ostidan tug'ilgandan keyin u qov suyagiga taqaladi, homila boshi oldinga va yuqoriga ko'tarilgach, orqa yelka chot ostidan tug'iladi (10.32.-rasm). Har ikkala yelka tug'ilib bo'lgach, yelkani qo'l bilan barmoqlarni yozib ushlab olib, chanoq yoki bo'yicha uning tanasi tug'diriladi. Bunda qolgan homila oldi suvi ham oqib tushadi.

Eslatma: Ko'p chaqaloqlar tug'ilishi bilan birinchi 30 sekundda o'zi mustaqil qichqiradi va nafas ola boshlaydi.



10.32. —rasm. Homila boshini tepaga qarab tortganda orqadagi yelkani chiqarish

- Agar bola baland ovozda yig'layotgan yoki nafas olayotgan bo'lsa, onasi bilan qoldiring (ko'krak qafasi idaqiqada 30 marta ko'tarilsa),

- Agar bola 30 sekund ichida nafas olmasa, yordamga chaqiring va qadamba - qadam bolani jonlantirishga kirishing

- Kindik tizimchasini qising va kesing.

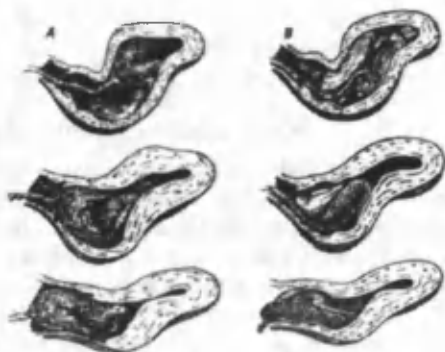
- Bolani issiqda va «teri - teriga» kontaktida ona ko'kragida ekanligiga ishonch hosil qiling. Bolani yengil va quruq matoga o'rang, choyshab yoping va boshi issiqlik yo'qotmasligi uchun o'ralganiga e'tibor bering.

- Agar ayol o'zini yomon his qilayotgan bo'lsa, assistentdan bolaga qarashini iltimos qiling.

- III - davrni faol olib borishga kirishing.

Homila tug'ilgandan so'ng yo'ldosh tushadi. Bunda bachadon muskullarining qisqarishi bir oz susayadi, keyin o'z qisqarish kuchini tiklab oladi va yana qisqara boshlaydi. Natijada yo'ldosh bachadon devori chetidan yoki o'rtasidan ajrala boshlaydi. Bu jarayonda xorion tukchalari oralig'i bo'shlig'idagi qon kela boshlaydi (10.33.-rasm).

Yo'ldosh bachadonga yopishgan sathi (ona sathi) bilan tug'iladi. Qon ketish sabablari (yo'ldoshning noto'g'ri ko'chishi, tug'ruq yo'llari jarohati va hokazolar)ni albatta aniqlash lozim bo'ladi. Agar yo'ldosh bachadon devoridan markazi bilan ajralsa, tukchalar oralig'idagi qon yo'ldoshning ona sathida va bachadon devori oralig'ida to'plana borib, tashqariga qon ketmaydi. Yo'ldosh va yo'ldosh yuzasiga yig'ilgan qon (yo'ldosh orqasiga yig'ilgan qon laxtasi) homila pardasiga o'ralgan holda homila yuzasi bilan tug'iladi. Yo'ldosh bachadonning devori chetidan ajralganini Dunkan usuli, markazi bilan ajralganini Shuls usuli deb ataladi.



10.33.- rasm. Platsentaning bachadondan ajralish turlari.

A - platsenta :bachadon devoridan markazi bilan ajralgan (Shuls usuli);

B - platsenta bachadon devoridan cheti bilan ajralgan (Dunkan usuli).

10.5.3. III DAVRNI FAOL OLIB BORISH

III davrni faol olib borish (yo'ldoshni faol ajratish) tug'ruqdan keyingi qon ketish hollarining oldini oladi. III davrni faol olib borish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

darhol oksitotsin yuborish; bachadonning kindik tizimchasini nazoratli tortish; bachadonni massaj qilish

Oksitotsin

Bola tug'ilgandan so'ng 1 daqiqa o'tgach, qorinda yana bitta homila borligini aniqlash uchun paypaslab ko'ring, agar yo'q bo'lsa, m/o 10 birlik oksitotsin yuboring.

Oksitotsindan foydalanishning afzalligi shundaki, u in'yeksiya qilingandan keyin 3 daqiqa ichida ta'sir qila boshlaydi va kamroq salbiy ta'sirlari bo'lgani uchun uni hamma ayollarga ishlatsa bo'ladi. Agar oksitotsin bo'lmasa, 0,2 mg m/o ergometrin yoki prostaglandin yuborish mumkin. Dorilarni yuborishdan oldin yana homila yo'qligiga ishonch hosil qiling.

Kindik tizimchasini nazoratli tortish.

Kindik tizimchasini yumshoq qirrali qisqich bilan oraliqqa, yaqin joyda qising, boshqa qo'lingizni ayolning qov suyagi ustidan qo'yib, bachadonning kindik tizimchasini nazoratli tortish paytida bachadonni qovdan tepada ushlagan holda, uning chiqib ketishining oldini olish maqsadida tutib turing. Bu amalingiz bachadonni ag'darilib qolishidan asraydi. Kindik tizimchasini sekin torting va bachadonning kuchli qisqarishini kutib turing (2-3 daqiqa). Bachadon qisqarib bo'ylama shaklini olsa yoki kindik tizimchasi uzaysa, juda ohistalik bilan kindik tizimchasini o'zingizga va pastga qarab torting. Kindik tizimchasidan

torta boshlaguningizgacha kuchli qon oqimi kelishini kutmang. Kindik tizimchasini tortishni bachadonni tortishiga qarama-qarshi tomonga itarish bilan davom ettiring (10.34.-rasm).

Agar kindik tizimchasi nazoratli tortish boshlangach, 30 - 40 sekund ichida yo'ldosh pastga tushmasa (ya'ni ajralish yoki ko'chish belgilari bo'lmasa), kindik tizimchasini tortishni to'xtating:

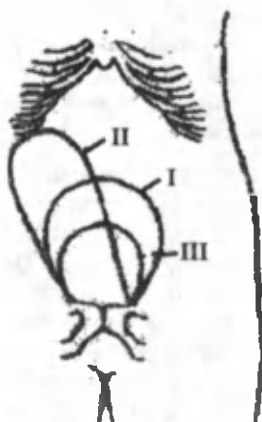
Kindik tizimchasini ehtiyotkorlik bilan tutib turib bachadonning navbatdagi yaxshi qisqarishini kuting.

Zaruriyatga qarab yumshoq qirrali qisqich bilan kindik tizimchasi uzaygan bo'lsa, oraliqqa yaqin qilib boshqatdan qo'ying.

- Bachadonning navbatdagi qisqarishida kindik tizimchasini nazoratli tortishini bachadonni tortishiga qarama-qarshi tomonga itarish bilan takrorlang.

Qog'anoq pardalar yorilishining oldini olish uchun tug'ilish paytida yo'ldoshni ikki qo'llab tugunini burang va butunlay tug'ilguncha ohista torting. Tug'ruqni yakunlash uchun yo'ldoshni sekin torting.

Agar qog'anoq pardalari yorilgan bo'lsa, qinning tepa qismi va bachadon bo'ynini steril



10.35.-rasm. Tug'rukning uchinchi davri, yo'ldosh ajralish davrida bachadon tubining shakli va holati: I - bachadonning chaqaloq tug'ilgandan keyingi holati; II - yo'ldoshning bachadon devoridan ajralgandan keyingi holati; III - yo'ldosh tug'ilib bo'lgandan keyingi holati

qo'ldoshlarda tekshiring, yumshoq qirrali qisqichlardan foydalanib qog'anoqning qolgan bo'lakchalarini olib tashlang.

Yo'ldoshning butunligini diqqat bilan tekshiring. Agar yo'ldoshning onaga qaragan yuzasining bir qismi yo'q bo'lsa yoki pardalar bilan tomir uzilganligi qayd etilsa, unda bachadon bo'shlig'ida yo'ldoshning bo'lakchalari qolib ketganiga shubha tug'iladi.

Agar bachadon ag'darilib qolsa, bachadonni to'g'rilab qo'ying.

Agar kindik tizimchasi uzilib ketsa, bachadonni qo'l bilan tekshirish kerak bo'ladi.

Bachadon massaji.

Bachadonning qisqarishi boshlanmasdan oldin, qorinning oldingi devoridan bachadonning tubini darhol massaj qiling (10.35.-rasm).

Dastlabki 2 soat ichida har 15 daqiqada bachadonni massaj qiling.

Massajni to'xtatgach, bachadon bo'shashmasligiga ishonch hosil qiling.

Yirtilishlarni baholash

• Ayolni diqqat bilan ko'rib, bachadon bo'yni va qin devorlarining butunligini tekshiring va yirtilishni yoki epiziotomiyani tiking.

Amaliy ko'nikmalar.

1. Bachadon bo'yni yetilganlik darajasini aniqlash

Vaginal tekshiruvga ko'rsatmani belgilang.

Bemorga tekshiruv zarurligini tushuntiring

Steril qo'ldoshlarni kiying.

Bemorni chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda kushetkaga yotqizing.

Vaginal tekshiruvni o'tkazing.

Bachadon bo'yni konsistensiyasini aniqlang: qattiq – 0, ichki bo'g'izgacha yumshagan – 1, yumshoq – 2 ball.

Bachadon bo'yni uzunligini aniqlang: 2 sm dan ortiq – 0, 1-2sm – 1, 1 sm dan kam – 2 ball.

Bachadon bo'yni o'tkazuvchanligini aniqlang: tashqi bo'g'iz yopiq yoki barmoq uchini o'tkazadi – 0, kanal ichki bo'g'izgacha o'tkazuvchan – 1, kanal ichki bo'g'izdan ham o'tkazuvchan – 2 ball.

Bachadon bo'ynini chanoq o'qiga nisbatan joylashishini aniqlang: orqaga og'gan – 0, oldinga og'gan – 1, o'tkazuvchan o'q bo'ylab – 2 ball.

Olingan ballarni hisoblang:

- 0-2 ball – yetilmagan,

- 3-4 ball – yetarlicha etilmagan,

- 5-8 ball – yetilgan.

Qo'ldoshlarni yeching, qo'llarni yuving, tug'ruq tarixiga yozing.

2. Partogrammani yozish

Partogramma – tug'ruq jarayoni va erta tug'ruqdan keyingi davrning sxematik yozilishi - 10 blokdan iborat. Ularda quyidagi ma'lumotlar kuzatiladi:

1 blokda – bemor familiyasi, ismi- sharifi, diagnozi, kelgan sanasi va vaqti

2 blokda - homila yurak urishi va ayol pulsi ko'rsatkichlari.

3 blokda:

1) homila pufagi holati

a) butun – I (intact)

b) yorilgan, toza suvlar – S (clear)

v) yorilgan, suvlar mekoniyli – M (micony)

g) yorilgan, suvlar qonli – B (blood)

2) Boshcha konfiguratsiyasi:

a) o'q - yoysimon chok yaxshi aniqlanadi – 0

b) o'q- yoysimon chok yomon aniqlanadi - +

v) tepa suyaklarining bir-biriga kirishi - ++

g) tepa suyaklari bir-biriga botib kirishi - +++

4 blokda – tug'ruq boshlangan vaqti, bachadon bo'yni holati, boshchaning kichik chanoq yuzalariga nisbatan joylashishi; bachadon bo'yni 3 sm ochilgan holda shartli belgini latent faza chizig'iga qo'ying, bachadon bo'yni 5 sm dan ortiq ochilganda shartli belgini aktiv faza chizig'iga qo'ying. Dinamikada belgilarni partogrammaga har xil soatlarda yozing. Agar belgilar normal chegara chizig'idan chiqsa, ko'rikni qaytadan amalga oshirish va tug'ruq jarayonini qayta baholash kerak; agar belgilar harakat chizig'iga chiqsa, davolash choralari amalga oshirish kerak.

5 blok – 10 daqiqa davomida to'lg'oqlar miqdori va intensivligi;

6 blok - yuborilgan dori preparatlari;

7 blok – ayolning ikkala qo'lidagi sistolik va diastolik AB, tana harorati va siydik tahlili ko'rsatkichlari.

8 blok – chaqaloq ahvoli, jinsi, vazni, uzunligi;

9 blok – tug'ruqni 3-davrining davomiyligi, yo'ldoshga ta'rif berish, tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirishga ko'rsatma. Agar jarrohlik amaliyoti qilingan bo'lsa, uni yozing.

10 blokda – tug'ruqdan keyingi davr kechishi va bemorning tug'ruqdan keyingi bo'limga o'tkazilishi.

3. Amniotomiya

Amniotomiya o'tkazishga ko'rsatmani aniqlang.

O'tkaziladigan muolaja to'g'risida bemorga tushuntiring.

Oraliq va qinni artib tozalang. Qinga ko'rsatkich va o'rta barmoqlaringizni kiriting va bachadon bo'yni holatini baholang.

O'qli qisqichlarning uchini qindan kirgizib qog'anoq pufagini teshing.

Barmoqlaringiz bilan qog'anoq pardani ajrating.

Homila oldi suvinining miqdori va xususiyatini baholang.

Homila yurak urishini takror eshiting.

4. Chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash

Qadamlar:

Hozirgi paytda chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash tavsiya etilgan. Baholash chaqalog tug'ilgan zahoti birinchi daqiqasida va besh daqiqadan so'ng 5 ta muhim klinik belgilar: yurak urishi, nafas olishi, reflekslar, mushaklar tonusi va teri rangiga asoslanib o'tkaziladi.

Har bir belgi 3 balli sistemada baholanadi: 0, 1, 2.

Chaqaloq ahvolini baholash olingan beshta belgi yig'indisiga qarab o'tkaziladi.

Sog'lom tug'ilgan chaqaloqlar ushbu shkala bo'yicha 10-7 ballda baholanadi.

Yengil asfiksiyada tug'ilagan chaqaloqlar 6-5 ballda baholanadi.

O'rtacha asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 4- 5 ballda baholanadi.

Og'ir asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar esa 1-3 ballda baholanadi.

Klinik o'limda tug'ilgan chaqaloqlar 0 ballda baholanadi.

5. Chaqaloqlarda kindikni kesish va birlamchi artib tozalash

Qadamlar:

Kindikni artib tozalash ikki bosqichda olib boriladi.

Birinchi bosqich: chaqaloq tug'ilgach kindik halqasidan 10-12 sm uzoqlikda kindigiga ikkita qisqich qo'yiladi va qisqichlar orasida kindik kesiladi.

Ikkinchi bosqich chaqaloqni onasidan ajratgach, qo'lni oqib turgan suvda sovunlab yuvib, antiseptik eritma bilan artiladi.

Kindik qoldig'ini 96%li spirt bilan artilib, kindik qoldig'i ko'rsatkich va katta barmoqlar orasiga olib siqilib, mahkam qilib ipak ip bilan boylanadi yoki Rogovin qisqichi qo'yiladi.

Kindik qoldig'iga uchburchakli boylam qo'yilib tugib qo'yiladi. Chaqaloqni bo'limga o'tkazishdan avval, kindik mahkam boylanganligi qayta tekshirib ko'riladi.

6. Yo'ldosh ajralganlik belgilarini aniqlash

Qadamlar:

Muolaja tug'ruq yotog'ida o'tkaziladi.

Shreder belgisi: yo'ldosh ajralgandan keyin bachadon yassilanadi, yapaloqlashadi va torayib ajralgan yo'ldosh pastki segmentga tushganiga ko'ra uning tubi ancha yuqoriga ko'tarilib qumsoat shakliga kiradi.

Alfeld belgisi: kindik tizimchasi tashqaridagi qismining 8-10 sm ga uzunlashishidir.

Kyustner – Chukalov belgisi: qo'lning kaft qirrasi bilan qov suyagi ustidan bosiladi, agar yo'ldosh ajralgan bo'lsa, kindik tashqariga, ajralmagan bo'lsa ichkariga suriladi (10.36.-rasm).

Mikulich belgisi: ajralgan yo'ldoshni qinga tushganligi sababli ayolda qo'shimcha kuchanish hissi paydo bo'ladi.



10.36.- rasm. Kyustner-Chukalov belgisi. a - platsenta bachadon devoridan ajralmagan, shunga ko'ra kindik tizimchasi qinga tortiladi; b- platsenta bachadon devoridan ajralgan, kindik tizimchasn qinga tortilmaydi

7. Yo'ldoshni tashqi ajratish usullari

Qadamlar:

Muolaja tug'ruq yotog'ida, oyoqlarni chanoq-son va tizza bo'g'imlarida yozgan holatda yotqizib o'tkaziladi.

1. Qovuq kateter yordamida bo'shatiladi.
2. Yo'ldoshni ajralganlik belgilari musbat ekanligiga ishonch hosil qilinadi.
3. Kindikdan tortib ayolga kuchanish tavsiya etiladi, samara bermasa keyingi bosqichga o'tiladi.
4. Yo'ldoshni chiqarishdan oldin bachadon o'rta holatga keltiriladi.
5. Bachadonni qisqartirish uchun u yengil tashqi uqalanadi.
6. Abuladze usuli -ikkala qo'l bilan qorin devori o'rta chizig'ida burma hosil qilinib, ayolga kuchanish tavsiya etiladi, ajralgan yo'ldosh tug'iladi.
7. Kredi-Lazarevich usuli- shifokor ayolni chap tomonidan turib oyoqlariga qarab turadi. Bachadon tubini shunaqa ushlanadiki, bunda bosh barmoq bachadon oldingi devorida, qo'l kafti tubida va to'rt barmoqlar esa bachadon orqa devoriga qo'yib ushlab, bachadonni siqib yo'ldosh chiqaziladi.

8. Yo'ldoshning butunligini aniqlash

Qadamlar:

1. Yo'ldoshning ona yuzasini tepaga qaratib idishga qo'yib, diqqat bilan ko'rib chiqiladi; dastlab yo'ldoshni, so'ngra pardalar ko'rib chiqiladi. Butun yo'ldoshda yuzasi tekis, yaltiroq, bo'lakchali.
2. «Cho'qilgan» hamda bo'lakchasi yo'q chuqurchalar topilsa, yo'ldosh qismlari qolib ketgan deb shubha qilinadi.
3. Yo'ldoshni ko'rganda uning butunligi, pardalarining yorilgan joyi aniqlanadi.
4. Qog'anoq pardalarida qon tomirlari yo'nalishi qo'shimcha bo'lak bor-yo'qligini bilish uchun ko'riladi. Agar tomirlar oxirida yo'ldosh bo'lagi bo'lmasa, u bachadonda qolib ketgan bo'ladi.
5. Qog'anoq pardalari yetishmasa, ular bachadon bo'shlig'ida qolib ketgan deb hisoblanadi.

9. Yo'qotilgan qon miqdorini aniqlash

Qadamlar:

1. Tug'ruqdan oldin ayol vazni o'lchanadi.
2. Tuqqan ayol ostiga bola tug'ilgan zahoti lotok(qayiqcha) qo'yiladi.
3. Yo'ldosh ajralib chiqqach va tug'ruq yo'llarini ko'rib bo'lgach, lotokda yig'ilgan qonni maxsus belgilangan 1-2 l hajmli idishga quyiladi.
4. Tagliklarni olib ishlatilguncha va ishlatib bo'lgandan so'ng(qonli) og'irligi o'lchanadi.
5. Ishlatib bo'lgan tagliklar vaznidan, ishlatilmaganini vazni olib tashlanib, farqi aniqlanadi. Mana shu farq yo'qotilgan qon miqdorini ko'rsatadi.
6. Maxsus belgilangan idishdagi qon miqdoriga tagliklardagi qon miqdori qo'shilib yo'qotilgan qon hajmi aniqlanadi.
7. Ayol vazniga nisbatan yo'qotilgan qon miqdorini hisoblash to'g'riroqdir, vazniga nisbatan $0,5\%$ qon yo'qotish fiziologik qon yo'qotish deyiladi. Masalan, tana vazni $70\text{ kg} \times 0,5 = 350\text{ ml}$

Masalalar:

1.24 yoshli birinchi marta tug'uvchi ayol muntazam dard tutish shikoyati bilan klinikaga qabul qilingan. Homila bo'ylama vaziyatda, boshi chanoq og'ziga kichik segmenti bilan suqilib kirgan. Qin orqali tekshirilganda: bachadon bo'yni 5 sm ga ochilgan, homila pufagi butun, homila boshi o'q-yoysimon choki bilan chanoqning kirish tekisligida ko'ndalang o'lchamida, kichik liqildoq chap va old tomonda paypaslanadi. 1. Tashxis qo'ying. 2. Tug'ruq mexanizmini aniqlang. 3. Mexanizm lahzasini ta'riflang.

2.30 yoshli takror tug'uvchi ayol klinikaga tug'ruqning ikkinchi yarmida qabul qilindi. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'q. Homila boshi chanoqning chiqish tekisligida – o'q-yoysimon chok bilan to'g'ri o'lchamda, kichik liqildoq dum'aza tomonida paypaslanadi. 1. Tashxis qo'ying. 2. Tug'ruq mexanizmini aniqlang. 3. Mexanizm lahzasini ta'riflang.

3. Birinchi tug'uvchi 23 yoshli ayol 10 soatdan buyon dard tutib, 12 soat oldin suv ketganligidan shikoyat qilgan holda tug'ruqxonaga qabul qilindi. Chanoq o'lchamlari: 26-29-30-21 sm. Har 5-6 daqiqada dard takrorlanib, u 30 sekund davom etmoqda. Bachadon tubi sathi – 35 sm, qorin aylanasi – 102 sm ga teng. Qin orqali tekshirilganda: bachadon bo'yni tekislanib, chekkalari yupqalangan va u 5 sm ga ochilgan. Homila boshi chanoq bo'shlig'ining 1/3 tekisligida, o'q-yoysimon chok bilan chap qiyshiq o'lchamda turibdi, kichik liqildoq esa chap va orqaga qaragan. 1. Tashxis qo'ying. 2. Homilaning taxminiy og'irligini aniqlang. 3. Tug'ruqni olib borish taktikasini aniqlang.

4. Tug'uvchi ayolning vazni 52 kg bo'lib, tug'ruq o'z vaqtida ketayapti. Tug'ruqning birinchi davri 16 soat, ikkinchi davri 30 daqiqa davom etgan. Homila tug'ilgandan 7 daqiqa o'tgach tug'ruq yo'llaridan qon keta boshladi, yo'qotilgan qon miqdori 150 ml ga yetdi. Tashxis qo'yib, shifokorning rejasini aniqlab bering.

5.26 yoshli birinchi marta tug'uvchi ayol 12soatdan buyon dard tutayotganligidan shikoyat qilib klinikaga qabul qilingan. Bir soatdan keyin qog'anoq suvi ketib, to'lg'oq boshlandi. Homila yuragi daqiqasiga 132 marta ritmik urayapti. To'lg'oq har 2-3 daqiqada takrorlanib, 45-50 sekund davom etayapti. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'q. Homila boshi chanoq bo'shlig'ining II tekisligida, o'q-yoysimon chok bilan chap qiyshiq o'lchamda turibdi, kichik liqildoq esa qovning o'ng tomonida paypaslanadi. 1. Tashxis qo'ying. 2. Tug'ruq davrini aniqlang. 3. Shifokor taktikasi.

6. Birinchi tug'ruq yetilgan homilaning tug'ilishi bilan tugadi. Homila og'irligi 3200 gr., bo'yi 50 sm.ga teng. Homila tug'ilishidan 20 daqiqa o'tgach, tug'ruq yo'llaridan qon keta boshladi, yo'qotilgan qon miqdori 200 ml ga yetdi. Yo'ldosh ajralganligini tasdiqlovchi belgilar paydo bo'ldi. 1. Diagnoz qo'ying. 2. Tug'ruq davrini aniqlang. 3. Shifokor taktikasi

7. 9-00da 30 yoshli ayol keldi. Homiladorligi 39 hafta. Shikoyatlari – qorni pastida va beldagi og'riqlar, muntazam, har 10-12 da 20-25 sekunddan, o'rtacha kuchda. Qog'anoq suvlari ketmagan. Ko'rikda aniqlandi – bachadon homiladorlik hisobiga kattalashgan. Qorin aylanasi 89 sm, bachadon tubi balandligi 35sm. Bachadon tubida – yumshoq homila qismi aniqlanadi, o'ngda – keng maydoncha, chapda – homila mayda qismlari, bachadon pastki segmentida – dumaloq, qattiq, chegaralari aniq homila qismi, k/chanoq kirish qismi ustida harakatchan. Homila yurak urishi aniq, ritmik. 140ta zarba, kindik pastida o'ngda aniqlanadi. Vaginal: kelganda – bachadon bo'yni ochilishi 1 sm,

13:00 - 2 sm,

17:00 - 3sm,

20:00 - 10sm.

I. Homila oldindagi qismi, pozisityasi.

II. Taxminiy homila vazni.

III. Tug'ruqning latent fazasi qancha davom etgan.

8. Homiladorda tug'ish 10 soat davom etdi. Homila atrofi suvlari chiqmadi. Qorinda kuchli og'riq paydo bo'ldi. Homilaning yurak urishi (min) 100-110 ta. Qin tekshiruvida bachadon bo'yni to'liq ochiq, homila pufagi butun, taranglashgan. Homila kichik chanoq bo'shlig'iga boshi bilan qaragan holatda. Tashxis? Muolajalar o'tkazish rejalar?

9. 1. Yo'ldosh nuqsonini bartaraf qilish uchun quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish kerak:

A. Tug'ruq yo'llarini ko'rish

B. Platsentani ko'rish

V. Pardani ko'rish

G. Diagnostik laparoskopiya

D. Qin tekshiruvi

O'rgatuvchi testlar:

1. Tug'ruq jarayoni qanday 3 davrga bo'linadi?

Bachadon bo'ynining ochilish davri.

Homilaning haydalish davri.

Yo'ldosh ajralish davri.

2. To'lg'oq dardlarini ta'riflovchi 4 ta asosiy xususiyatlarni aytib o'ting:

Davomiyligi.

Kuchi.

Soni.

Og'riqliligi.

3. Bachadon bo'ynining ochilishiga olib keluvchi 3 ta asosiy jarayonni ayting:

Kontraksiya.

Retraksiya.

Distraksiya.

4. Tug'ruq faoliyati boshlanishining 2 ta belgisini ayting.

Muntazam bo'lgan dardlar.

Bachadon bo'yni ochilishining dinamikasi.

5. Oldingi ensa ko'rinishidagi tug'ruq biomexanizmining lahzalarini ko'rsating.

Birinchi lahza – boshning bukilishi.

Ikkinchi lahza – boshning ichki burilishi.

Uchinchi lahza – boshning yozilishi.

To'rtinchi lahza – tananing ichki va boshning tashqi burilishi.

6. Oldingi ensa ko'rinishidagi tug'ruq biomexanizmiga nimalar xos?

O'tkazuvchi nuqta – kichik liqildoq .

Bola boshi kichik chanoqqa o'q- yoysimon chok bilan bukilgan holda ko'ndalang o'lchamda kiradi.

Bosh kichik qiyshiq o'lcham bilan tug'iladi – 9,5.

Yorib chiquvchi aylana 32 sm ga teng.

7. Bachadon devoridan yo'ldoshning Shuls usuli bo'yicha ajralishida quyidagilar aniqlanadi.

Retroplatsentar gematoma hosil bo'ladi.

Yo'ldosh ajralayotganda tashqi qon ketish bo'lmaydi.

Yo'ldosh homila sathi bilan tug'iladi.

Qon yo'qotish odatda kam miqdorda.

Bachadon devoridan yo'ldoshning ajralishi markazdan sodir bo'ladi.

8. Ko'chgan yo'ldoshni Krede – Lazarevich usuli bo'yicha ajratish texnikasi Qovuqni bo'shatish.

Bachadonni o'rta holatga keltirish.

Bachadon qisqarishini chaqirish uchun qo'l bilan yengilgina (massaj qilish) uqalash.

Ayolni chap tomonida turib bachadonni shunday ushlash kerakki, bunda katta barmoq bachadonning oldingi devorida, bachadon tubi kaftga tegib turishi, 4 barmoq esa bachadonning orqa devoriga tegib turishi kerak.

Bachadondan yo'ldoshni siqib chiqariladi.

9. Birinchi tug'ayotgan ayolda fiziologik tug'ruq davrlarining vaqti va ularning umumiy davomiyligi.

Birinchi davr : 10 – 11 soat.

Ikkinchi davr : 1 soatdan 2 soatgacha.

Uchinchi davr : 5 daqiqadan 30 daqiqagacha.

Umumiy davomiyligi – 12 – 16 soat.

10. Qayta tug'ayotgan ayollarda fiziologik tug'ruq davrlarining vaqti va ularning umumiy davomiyligi.

Birinchi davr – 7 – 9 soat.

Ikkinchi davr 10 daqiqadan 1 soatgacha.

Uchinchi davr – 5 daqiqadan 30 daqiqagacha.

Umumiy davomiyligi – 8 – 11 soat.

11. Tug'ruqning birinchi davrida qanday 3 ta faza farqlanadi?

Latent – tug'ruq faoliyati boshlanishidan bachadon bo'g'zining 3 – 4 sm ochilishigacha bo'lgan vaqt.

Faol faza – bachadon bo'g'zining tezlik bilan 4 sm dan 8 sm gacha ochilishi bilan xarakterlanadi.

Sekinlashish fazasi – bachadon bo'g'zining 8 sm ga ochilishidan boshlab boshning siljishi boshlanishigacha.

12. Homila boshining kichik chanoq tekisliklariga nisbatan munosabatini aniqlashning 3 usulini ayting:

Leopold – Levitskiy bo'yicha tashqi akusherlik tekshiruvining 3 – usuli.

Leopold – Levitskiy bo'yicha tashqi akusherlik tekshiruvining 4 – usuli.

Qin orqali tekshirish.

13. Tug'ruqdagi fiziologik qon yo'qotish qanday bo'ladi?

250 – 500 ml.

Tana vaznining 0,5% gacha qon yo'qotish.

14. Tug'ruqni I davrida e'tibor qaratish lozim bo'lgan 2 ta qo'shni a'zolari ko'rsating va nima uchun?

Qovuq.

Ichaklar.

Tug'ruqning 2 -davrida bu a'zolar homila boshining o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

15. Tug'ruqning II davrida qo'llaniladigan akusherlik usulining 5 lahzasini ayting?

Homila boshining vaqtidan oldin yozilishiga to'sqinlik qilish.

Jinsiy yoriqdan homila boshini avaylab chiqazish.

Boshning tepa dumboqlari chiqayotganda oraliq taranglashishini kamaytirish.

Kuchaniqni boshqarish.

Yelkalarining chiqarilishi va tanasining tug'ilishi.

16. Tug'ruqning II davrida shifokor qanday 5 ta asosiy parametrlarga ahamiyat berishi lozim va nima uchun?

Ayolning umumiy ahvoli.

Tug'ruq faoliyatining xarakteri.

Homilaning yurak urishi.

Homila oldin kelgan qismining siljishi.

Jinsiy yo'llardan kelayotgan ajralmalar.

17. Qanday 2 usul bilan yo'ldosh bachadon devoridan ko'chadi?

Shuls-markazdan.

Duncan-chetidan.

18. Qanday 5 ta belgi yo'ldoshning ko'chganligidan dalolat beradi?

Shreder belgisi.

Alfeld belgisi.

Chukalov-Kyustner belgisi.

Kleyn belgisi.

Mikulich belgisi.

19. Yo'ldoshni qanday 3 xil usul bilan tug'dirib olish mumkin?

Abuladze usuli

Krede-Lazarevich usuli

Yo'ldoshni qo'l bilan ajratib chiqazish

20. Tug'ruqning I davrida shifokor qanday asosiy 3 holatga ahamiyat berishi lozim?

Ayolning umumiy ahvoli.

Bachadon bo'ynining ochilish dinamikasi.

Homilaning yurak urishi.

21. Tug'uvchi ayol umumiy holatini baholashda e'tiborni qaratish zarur bo'lgan 6 ta asosiy ko'rsatkichlarni ayting?

Puls.

Qon bosimi.

Shikoyatlar (bosh og'rig'i, ko'rishning o'zgarishi, epigastriyda og'riq).

Dard xususiyati.

Bachadon holati (tonus, mahalliy og'riq).

Homila yurak urishi.

22. Duncan bo'yicha yo'ldosh ajralishi:

Retroplatsentar gematoma hosil bo'lmaydi.

Yo'ldosh tashqi jinsiy yo'llardan pastki qirrasi bilan oldinga qarab chiqadi.

Yo'ldosh chetidan ajraladi.

Tashqariga qon ketadi.

23. Tug'ilgan chaqaloqni Apgar shkalasi bo'yicha baholash belgilari:

Nafas olish.

Reflektor qo'zg'aluvchanlik.

Mushaklar tonusi.

Teri rangi.

Yurak urishi.

24. Abuladze usuli:

Siydik chiqariladi.

Qorin oldi devori uzunasiga ikkala qo'l bilan burma qilib ushlanadi.

Ayol o'zi kuchanishi kerak.

25. Homila boshi egilishining sababi:

Bachadon ichi va qorindagi bosim hisobiga.

Ta'sir etuvchi kuch bachadon tubidan homila umurtqa pog'onasidan homilaning boshiga ta'sir etadi.

Umurtqa pog'onasi homila boshi bilan richag kabi birikkan.

26. Shreder belgisi:

Bachadon shakli uzunchoq.

Bachadon tubi kindikdan yuqori.

Bachadon o'ng tomonga egilgan.

27. Qog'anoq suvining yorilishi o'z vaqtida:

Tug'ruqning I davri oxirida.

Bachadon bo'yni to'la ochilganda.

28. Tug'ruq xabarchilarining asosiy 4 ta belgisini aytib o'ting?

Bachadon tubining tushishi.

Shilliq tiqinning ajralishi.

Tana vaznining kamayishi.

Bachadon muskullari qo'zg'aluvchanligining oshishi.

29. Fiziologik homiladorlikning davomiyligi qancha?

280 kun.

40 hafta.

10 oy.

XI BOB

HOMILANING CHANOQ QISMI VA OYOG'I BILAN KELISHI

Maqsad. Homilaning chanoq qismi yoki oyog'i bilan kelgandagi holatlari, sabablari, tashxis qo'yish, tug'ish mexanizmi va klinikasini o'rganish, homilani tug'dirish usullari bilan tanishish.

Reja. 1. Homilaning chanog'i bilan kelishi.

2. Chanoq bilan kelish

3. Tashxis (diagnoz) qo'yish.

4. Tug'ish mexanizmi va klinikasi

5. Homilani tug'dirish usullari

Umumiy tug'ruqning 3,5% da homila chanog'i bilan keladi (praesentatio pelvia). Bunda homilaning vertikal o'qi onaning tik o'qiga to'g'ri keladi, shunga ko'ra ko'p mualliflar buni normal holat deb hisoblaydilar (11.1-rasm). Aslida bu ona uchun ham, homila uchun ham xavfli bo'lib, og'ir patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra homilaning chanoq bilan kelishi patologiya bilan fiziologiya holatlari o'rtasidagi chegaradir.



11.1.-rasm. Homilaning chanog'i bilan kelishi.

Homilaning chanog'i bilan kelishi quyidagi holatlarga bo'linadi: dumba bilan oldinda kelishi (yopilib kelish) va oyoqlar bilan oldinda kelishi (ochilib kelish). Homila dumbasi bilan oldin kelganda uning faqat dumbasi, ona chanog'i bo'shlig'iga qaragan, oyoqlari chanoq-son bo'g'imidan bukilgan va tizza bo'g'imi yozilgan, oyoqlari homila tanasi bo'ylab joylashgan bo'lsa, bu yolg'iz dumbaning o'zi oldin kelishi deyiladi. Homila dumbasi tizza bo'g'imidan bukilgan oyoqlari bilan birga chanoq bo'shlig'iga qaragan bo'lsa, buni dumbaning aralash oldin kelishi (dumbaning to'la kelishi) deyiladi (11.2.-rasm).

Homila oyoqlari oldin kelganda uning ikkala oyog'i birga bo'lsa, oyoqlarning to'la oldin kelishi yoki bir oyoq bilan kelsa, oyoqning chala oldin kelishi deyiladi. Ba'zan oyoqlarning bukilgan tizzalari oldin keladi. Bu tizza bilan oldin kelishi deyiladi.

Chanoq bilan kelish sabablari. Bunga bachadon pastki segmentining bo'shashganligi, kichik chanoqdagi to'siqlar, homila boshining chanoqqa kirishiga xalaqit berishi sabab bo'ladi. Bachadon pastki segmenti bo'shashganligi tufayli homilaning chanoq bilan kelishi faqat qayta tug'uvchilarda ko'p uchraydi.

Chanoq bilan oldin kelishda vaqtidan ilgari tug'ish hollari ko'proq kuzatiladi. Vaqti-soati yetib va vaqtidan ilgari tug'ilgan homilalar nisbati 2:1

bo'ladi. Yetilmagan homilalar qo'zg'aluvchan bo'ladi, bunga sabab homilaning boshi kichkina bo'lgani uchun chanoq kirish qismiga joylasha olmaydi. Bachadon o'smalari (mioma, ayniqsa pastki segmentda) ham homila boshining chanoq kirish qismiga joylashishiga xalaqit beradi. Yo'ldoshning bachadon pastki segmentiga joylashgan bo'lishi, ko'p homilalikda,



11.2.- rasm. Homilaning chanog'i bilan kelishi:

A- yolg'iz dumbaning o'zi oldin kelishi;

B- dumbaning aralash oldin kelishi;

D- oyoqlarning to'la oldin kelishi.

homilalarning aylanishi qiyin bo'lganiga ko'ra chanoq bilan oldin kelish hollari ko'proq uchraydi.

Ona qornida o'lib qolgan homilada gidrosefaliya (miya qorinchasida suv yig'ilishi) bo'lganda va boshqa turdagi noto'g'ri rivojlanishda homilaning chanoq bilan oldin kelishi uchrashli mumkin. Ba'zi mualliflarning fikricha, yoshi katta bo'lib qolganda birinchi marta tug'ayotgan ayollarda homila chanog'i bilan oldin kelishi mumkin.

Tashxis (diagnoz) qo'yish. Homilaning chanoq bilan oldin kelishi tashqi va ichki tekshirishlarga asoslanib, oldin keluvchi qismi chanoq kirish qismida (simfiz ustida) turganda aniqlanadi. Paypaslab ko'rilganda homilaning katta, yumshoq, noto'g'ri shakldagi qismi qo'lga seziladi. Agar paypaslaganda bachadon tubida homilaning boshi kattaroq, sharsimon, bir tekis qattqlikda bo'lib sezilsa, bu chanoq bilan oldin kelishidan dalolat beradi.

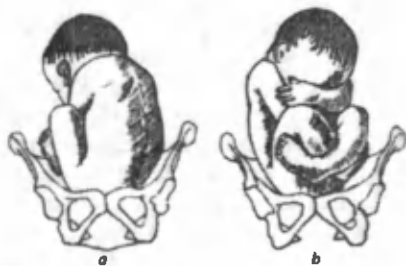
Homilaning qanday holatda ekaniga qarab yurak urishi kindikdan yuqorida yoki uning qarshisida o'ng yoki chap tomondan yaxshiroq eshitiladi.

Homilaning dumba bilan kelishi qin orqali tekshirilganda uning yumshoq qismi aniqlanadi. Agar bunda homilaning oyoq to'piqlari ham topilsa, bu dumbaning aralash oldin kelganligini ko'rsatadi. Chanoq bilan oldin kelishini aniqlash birmuncha murakkab ishdur. Dumbalari oldin kelganda uni homila boshi bilan, yolg'iz dumbasi bilan (chala) oldin kelganda uni yuzi bilan keladi, deb o'ylab, yanglishish mumkin. Bu xil oldin kelishlarda tashxis to'g'ri qo'yish katta ahamiyatga ega. Homila ko'ndalang yotgan bo'lib, uning qo'li tug'ruq yo'lga tushgan bo'lsa, uni oyoqlarning oldin kelishi bilan almashtirib yuborilsa, homila hamda ona uchun xatarli holat vujudga keladi.

Homilaning qanday kelayotganini to'g'ri aniqlash uchun oyoqlarda tovon, oyoq barmoqlarining kaltaligi, tizzaning dumaloqligi va qo'lning katta barmog'i qo'zg'aluvchan bo'lishini, uning yonga oson ochilishini, oyoqlardagi barmoqlar esa bu xususiyatga ega emasligini esda tutib, ish olib barmoq kerak. N. A. Sovyanov fikricha, yetilgan homiladorlikda bachadon tubining xanjarsimon o'siq oldiga yaqin turishi homilaning chanoq bilan oldin kelgani haqida dalolat beradi. Bachadon tubida dumaloq boshi paypaslab qimirlatilsa, bu ham chanoqning oldin kelgani belgisi bo'ladi. Chanoqning oldin kelganidan ko'ra oyoqlarning oldin kelganligini aniqlash oson bo'ladi. Chunki oyoqlar bachadon bo'yni to'la ochilmagan bo'lsa ham qinga sirg'anib tushishi mumkin, buni qin oynalari yordamida ko'rish mumkin bo'ladi. Agar tizza bilan kelgan bo'lsa, uni qo'l tirsagidan ajratish osonroq bo'ladi. Bunda homilaning yotish holatini aniqlash uchun tizza bo'g'imi chuqurchasi topiladi, agar u chapga qaragan bo'lsa, birinchi holat, o'ngga qaragan bo'lsa, ikkinchi holatda turgani aniqlanadi. Chanoqning oldin kelishini akusherlik stetoskopi yordamida, uning yurak urishini eshitish yo'li bilan aniqlash mumkin. Homilaning yurak urishi kindikdan yuqorida, bosh bilan kelganda kindikdan pastda eshitiladi. Birinchi holatda chapdan, ikkinchi holatda o'ngdan eshitiladi (11.3.-rasm). Nihoyat, chanoq bilan oldin kelishini ultratovush yordamida aniqroq bilish mumkin.

Tug'ish mexanizmi va

klinikasi. Tug'ishning boshida dumbalar o'zining ko'ndalang o'lchovi (linea intertrochanterica) bilan kichik chanoq kirish qismining ko'ndalang yoki qiyshiq o'lchovida turadi. Bachadon bo'yni tekislanib, ochilishi bilan dumbalar chanoq ichiga suqila borib, uning qiyshiq o'lchovi bo'yicha suriladi. Agar oldingi ko'rinishda birinchi holat bo'lsa, chanoqning chap qiyshiq o'lchovida, orqa ko'rinishda birinchi holat bo'lsa, chanoqning o'ng qiyshiq o'lchovida bo'ladi, ikkinchi



11.3.- rasm. a-homila dumbaning oldin kelishi- birinchi holat; b- dumbaning oldin kelishi -ikkinchi holat

holatda ham dumbalarning chanoq o'lchoviga munosabati shunday bo'ladi. Chanoq bo'shlig'iga dumbalarning kirishida orqa dumba, uning ketidan oldingi dumba joylashib, chanoq ichida birgalikda suriladi, bunda boshqaruvchi nuqta dum suyagi bo'ladi. Dumbalarning chanoq ichida aylanishi uning tubida bo'ladi, bunda dumbalarning ko'ndalang o'lchovi qiyshiq o'lchovdan to'g'ri o'lchovga o'tadi, agar homila orqa ko'rinishda bo'lsa, ko'pincha oldingi ko'rinishga o'tadi. Chanoqning chiqish qismida dumbalarning ko'ndalang o'lchovi chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida joylashadi. Oldingi dumba birinchi bo'lib tug'iladi, shunga ko'ra tug'ruq shishi shu dumbada bo'ladi.

Jinsiy yoriqdan ko'ringan homilaning oldingi dumbasi, yonbosh suyagi qov suyagi tagiga taqalib, taqalish nuqtasini hosil qiladi va ortiq surilmaydi. Homila orqa umurtqasining yonga egilishi bilan orqadagi dumba tug'ila boshlaydi, oldin bir necha marta ko'rinnb, yana ichkariga kiradi. Nihoyat orqa dumba tug'iladi. Orqa dumba tug'ilgandan keyin oldingi dumba ham butunlay tug'ilib, orqa umurtqa to'g'rılanadi, kuchli kuchaniqda homilaning chanoq qismi butunlay tug'iladi.

Homila uchun eng xavfli davr uchinchi va to'rtinchi davrlardir.

Homila tanasining pastki (kindikkacha bo'lgan qismi) keyingi kuchaniqda tug'iladi, chanoqning qiyshiq o'lchovida turgan homila orqasi bilan yonga qaragan bo'ladi. Homila tug'ilishining uchinchi davrida uning orqasi birmuncha oldinga qarab qoladi. Bu aylanish homila yelka qismining chanoq bo'shlig'i qiyshiq o'lchoviga o'tishi uchun imkoniyat yaratadi. Homila tanasining yuqori qismi tug'ilishida yelkalar chanoq chiqish qismiga yaqinlashish bilan qiyshiq o'lchovdan chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchoviga o'tadi (homila boshi esa o'zining o'q-yoysimon choki bilan hali chanoq bo'shlig'ining qiyshiq o'lchovida turadi). Oldingi yelka qov suyagi ostiga keladi, orqadagi yelka dum suyagi va chot ustida turadi.

Tug'ruq tez ro'y bersa, bunda homila qo'llarini tanasining oldiga chalishtirgan holda tug'iladi. Odatda oldingi yelka tug'iladi; uning 2/z qismi qov suyagi ostiga taqalgach (taqalish nuqtasi), chot ostidan orqadagi yelka tug'iladi.

Homila boshi bukilgan holda chanoq ichida aylanadi, bunda peshona va yuz dumg'aza chuqurchasi tomonga, ensa chuqurchasi esa qov suyagi ostiga qarab qoladi. Ensa chuqurchasi (taqalish nuqtasi) qov suyagi pastki qismiga taqalib, keyin jinsiy yoriqdan iyak, yuz va peshona tug'iladi.

Boshning qolgan qismi kichkina qiyshiq o'lchovi bilan xuddi ensa bilan oldingi ko'rinishda kelgandagi boshning tug'ilishiga o'xshab tug'iladi. Tug'ruq jarayonini albatta shifokor o'zi kuzatishi va tug'dirishi kerak.

Homila tug'ilishi jarayonida ba'zan qo'llar yuqoriga ko'tarilib qoladi, bunda uning qo'llarini shifokor quyidagi usulda chiqaradi.

Shifokor homilaning chot ostidagi qo'lga qarama-qarshi turgan ikkinchi qo'li bilan uning ikkala oyog'ini bir-biriga jipslab ushlab oladi, so'ngra homilani yuqoriga, vaziyatiga teskari — onaning chot burmasi tomonga va yonga ko'taradi-da, ikkinchi qo'lining ko'rsatkich va o'rta barmoqlarini homilaning orqa tomonidan qovga suqib, kurak tomonga yo'naltiriladi, homilaning qo'lini kurak va yelka, tirsak bo'g'imi, bilakning 1/2 yuqori qismi bo'yicha sirg'antirib, asta-sekin chiqariladi. Qo'llarni tanadan uzoqlashtirmagan holda chiqarish kerak. Aks holda qo'llar sinishi mumki. Qo'llar odatda homilaning yuzi bo'ylab sirg'anadi (homila go'yo «yuvinadi»), (11.4.- rasm, a, b, v).



11.4-rasm: a - homila chanoq qismi bilan oldin kelganda qo'l bilan yordam berish, orqadagi qo'lni chot ostidan chiqarish, b - homila tanasini 180° ga burish, d - homila boshini Moriso-Levre-Lashapel usulida tug'dirish.

Orqadagi qo'lni ozod qilgandan keyin yuqoridagi boshqa qo'lni ozod qilishga o'tiladi. Buning uchun ikkala qo'l bilan homila tanasini ko'krak qafasi sohasidan qoringa tegmasdan (aks holda jigar katta bo'lgani uchun uni jarohatlash xavfi bo'ladi) uning tashqariga chiqqan qo'li bilan birga ushlab, 180°ga aylantiriladi. Homilani aylantirganda uning orqasi simfiz ostidan o'tishi kerak, Uni sira pastga tortish yaramaydi. Homilani aylantirib bo'lgandan keyin ikkinchi qo'lni ham birinchi qo'l singari ozod qilinadi. Buning uchun yana qaytadan oyoqlardan ushlagan holda homila tanasi onaning qarama-qarshi chot burmasi tomonga yuqoriga yo'naltiriladi.

Homilaning qo'llarini ozod qilib bo'lgandan keyin, darhol boshini chiqarishga kirishiladi. Bu davrda shifokor homila boshining normal tug'ilishiga qat'iy rioya qilgan holda qo'li bilan yordam ko'rsatishi zarur. Bu vaqtda homilaning boshi oldinga bukilgan holda chanoq ichida bo'ladi. U chanoq chiqishida simfiz ostida ensa osti chuqurchasiga joylashgan holda turib qoladi va bu chuqurcha taqalish nuqtasi hisoblanadi. Homilaning boshi shu taqalish nuqtasi atrofida aylanib, tug'iladi.

Tug'ish mexanizmi normal bo'lganda homilaning boshini Mopico-Levre –Lashapel tomonidan taklif qilingan usul bilan chiqarish oson bo'ladi. Bu usul homila boshi ochilib ketishining oldini olishga qaratilgan. Buning uchun bir shifokor qo'lini qinga kirgizadi. Shunda homila shu qo'l bilaklari ustida mingan holatda bo'ladi, oyoqlari esa qo'lning ikki yonida osilib qoladi. Shifokor qindagi ko'rsatkich barmog'ini tirnoq bo'g'imiga qadar homilanning og'ziga suqadi va homilaning boshini oldinga bukilgan holda olib chiqishga imkoniyat tug'iladi. Lekin homila og'ziga suqilgan barmoq olib chiquvchi kuch bo'la olmaydi. Shifokor tashqaridagi qo'llining ko'rsatkich va o'rta barmoqlarini sal bukib, homilaning bo'ynidan vilkaga o'xshab qisib oladi va qolgan barmoqlari bilan homilaning yelkasidan ushlaydi.

Ko'rsatkich va o'rta barmoqlar uchi bilan homilaning o'mrov suyagini bosmaslik yoki barmoqlarni o'mrov osti chuqurchasiga yubormaslik kerak. Shifokorning tashqaridagi qo'li asosan olib chiquvchi kuch vazifasini o'taydi. Homila boshini chiqarishda ichkaridagi qo'l boshning har doim eng kam o'lchovi bilan tug'ilishi uchun imkon beradi, deb aytib o'tgan edik. Bu bilan homila boshining chanoq ichida to'g'ri aylanishiga va o'q-yoyisimon chok bilan chanoq o'lchovlarining to'g'ri munosabatda bo'lishiga erishiladi. Tashqaridagi ikkinchi qo'l bilan homila boshini olib chiqish uchun traksiya qilinadi (pastga tortiladi). Natijada ensa suyak chuqurchasi simfiz ostiga keladi. Homila boshi o'zining ana shu taqalish nuqtasi atrofida aylanadi, homila tanasi yuqoriga ko'tariladi, bunda chot ostidan homilaning og'zi, yuzi, peshonasi tug'iladi.

Homilaning chanoq bilan tug'ilish jarayonini Sovyanov bo'yicha 4 davrga bo'lish mumkin: a) homilaning kindik halqasigacha tug'ilishi; b) kuragining pastki burchagigacha tug'ilishi; v) yelka qismi va qo'llarining tug'ilishi; g) homila boshining tug'ilishi.

Homila dumbasi bilan chala oldin kelganda tug'ruqni Sovyanov taklif qilgan usulda olib borish akusherlar o'rtasida keng tarqalgan (11.5., 11.6.-rasmlar).

Tug'ruq muvaffaqiyatli o'tishi uchun avvalo oyoqlar normal holda, ya'ni chanoq-son bo'g'imlari bukilgan va tizza bo'g'imlari ochilgan bo'lishi kerak. Sovyanov usuli homila oyoqlarini tanasiga yopishtirib ushlagan holda bachadon bo'ynining to'la ochilishini, oyoq-qo'llarning normal turishini, oyoqlarning tashqariga vaqtdan ilgari chiqmasligini ta'minlaydi.

Homilaning ko'krak qismi tug'ish yo'llaridan o'tishida uni kengaytiradi va homila boshining qarshiliksiz tug'ilishi uchun sharoit yaratib beradi.

Sovyanov dumba bilan chala oldin kelganda tug'ruqni quyidagicha olib borishni taklif qilgan: dumba tug'ruq yo'lidan chiqishi bilan shifokor choyshab



11.5-rasm. Homilaning chanoq qisimidan ushlab tug'dirish (Sovyanov usuli)



11.6-rasm. Homilaning chanoq qismi bilan tug'dirish (Sovyanov usuli)

orqali uni ikkala qo'li bilan, ya'ni katta barmoqlarini homila sonining orqa yuzasiga (qorin bo'ylab qisilib turgan oyoqlar ustiga), qolgan barmoqlarini esa homilaning dumg'aza yuzasiga qo'ygan holda ushlaydi. Qo'llarni homilaga bunday joylashtirib ushlash oyoqlarni vaqtdan ilgari tushib ketishdan saqlaydi, shuningdek tug'ilayotgan tanani yuqoriga yo'naltiradi.

Homila tanasi tashqariga chiqqach qo'lini shifokor asta-sekin jinsiy yoriq tomonga suradi. Bu vaqtda homilaning ko'krak qafasi bo'ylab yotgan oyoqlarini shifokor barmoqlari bilan, boshqa barmoqlari bilan esa orqasidan ehtiyotlik bilan ushlab, qo'lini yuqoriga suradi. Bu vaqtda homila oyoqlarining vaqtidan ilgari chiqishiga va boshning orqaga, egilib ketishiga yo'l qo'yilmaydi. Homilaning tanasi so'nggi tug'ilish davomida yelka kamarigacha tashqariga chiqsa, uning qo'llari o'zi tushadi. Agar homilaning qo'llari tashqariga chiqmasa, ularni qindan chiqarishga urinmasdan, yelka kamari chanoq chiqishining to'g'ri o'lchoviga keltiriladi va homila tanasi pastga qiyshaytiriladi. Natijada oldingi qo'l qov suyagi ostidan chiqadi. So'ngra homila tanasi yuqoriga ko'tarilsa, chot ustidan orqa qo'l va u bilan bir vaqtda homilaning oyoqlarn ham tashqariga chiqadi. Bu vaqtda ko'pincha homilaning boshi chanoq tagida bo'ladi. Uni chiqarish uchun homila dumbasi avval pastga, so'ngra yuqoriga yo'naltirilsa, oldinga egilgan homila boshi kuchanish natijasida tashqariga mustaqil chiqadi. Agar bosh tug'ruq yo'lidan mustaqil chiqmasa, uni chiqarish uchun yuqorida aytib o'tilgan Moriso-Levre-Lashapel usuli qo'llaniladi. Shuni aytib o'tish kerakki, Sovyanov usulini qo'llaganda kamdan-kam hollarda Moriso-Levre-Lashapel usuli qo'llaniladi.

Homila dumbasi bilan kelishidagi tug'ruqlar

Ko'rsatmalarni baholang. Dumba bilan kelishidagi tug'ruqni xatarsiz o'tkazish uchun hamma sharoitlar mavjudligiga amin bo'ling.

Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling va vena ichiga suyuq dori quyishni boshlang.

Ruhan qo'llang. Zaruriyat bo'lsa, pudendal og'riqsizlantirishga o'ting

Hamma muolajalarni hushyorlik bilan, kuch ishlatmasdan o'tkazing.

To'liq yoki chala dumba bilan kelishi.



11.7.-rasm. To'liq dumba bilan kelishi.



11.8.-rasm. Chala dumba bilan kelishi.

Dumbasi va oyoqlari tug'ilishi

Dumbasi qinga tushishi bilan bachadon bo'yni to'liq ochilgach, ayolni kuchaniqlar paytida kuchanishni so'rang.

Agar oraliq yaxshi ochilmasa, epiziotomiya o'tkazing.

Homila bel qismi, undan keyin esa kuraklarining pastki burchagi ko'ringuncha, dumbasi mustaqil tug'ilishiga qo'yib bering.

Qo'lingiz bilan dumbachasidan ushlab turing, lekin tortmang.

Agar oyoqlar mustaqil tug'ilmayotgan bo'lsa, uni bittalab chiqazib oling:

Beli egilishi uchun tizzalarini orqasidan bosing.

Homilaning to'pig'idan ushlab, to'voni va oyog'ini tortib oling. - Boshqa oyog'i uchun shu harakatni takrorlang.

Oyog'i tug'ilmaguncha bolani tortmang

• Bolani 11.9- rasmda ko'rsatilganidek sonidan ushlang, bolani biqinidan yoki qornidan ushlamang, chunki bu bilan bolani jigari va buyraklarini ezib quyishingiz mumkin.

Qo'llari tug'ilishi

Qo'llari ko'krakda ushlab ko'rib seziladi.

Qo'llarni o'z-o'zidan birma-bir tug'ilishiga qo'yib bering. Zaruriyat tug'ilgandagina yordam bering.

Bir qo'li o'z-o'zicha tug'ilgandan so'ng, ikkinchi qo'li mustaqil tug'ilishi uchun dumbasini oldinga, onasining qorniga qaratib ko'taring.

Agar qo'li o'z-o'zicha tug'ilmasa, bir yoki ikki barmog'ingizni tirsagiga qo'yib bolaning yuzi orqali pastga aylantirib qo'lini eging.

Qo'llari boshi orqasiga chalkashgan yoki bo'yniga o'ralgan.

Lovset usulini qo'llang (11.10.-rasm)

Bolaning sonidan ushlang hamda orqasiga qo'lingizni qo'yib, shu vaqtning o'zida uni pastga tortib turib, 45°ga aylantiring.

Bir yoki ikkala barmog'ingizni ustiga qo'yib qo'llari tug'ilishiga ko'niaklashing. Bu holda orqada turgan qo'li oldinga o'tadi va bola oson tug'iladi. Qo'llarini ko'kragi orqali tirsaklarini bilagi bilan bukkon holda yuzidan o'tkazib, pastga tushirib qo'ying.

Ikkinchi qo'li tug'ilishi uchun bola orqasini tepa tarafidan ushlab, ohista pastga tortib bolani orqaga 45 darajaga aylantiring. Chalkashgan ikkinchi qo'lini xuddi shu yo'l bilan to'g'rilab qo'ying.



11.9.-rasm. Bolani sonidan ushlab turing, lekin tortmang



11.10.-rasm. Lovset usuli.

Bola tanasi aylanmasligi. Agar bolaning tanasini, oldinda turgan birinchi qo'li tug'ilishi uchun aylantirish uddalanmasa, orqasida turgan yelkasini bo'shating (11.11.-rasm)

Bolani to'pig'idan ushlab ko'taring.



Orqada turgan yelka

11.11.-rasm. Orqada turgan yelkaning tug'ilishi.

Bola jag'ini pastga tushirish va boshini egish uchun o'sha qo'lingizning ko'rsatkich va bosh barmoqlarini yuz suyaklariga, o'rta qo'lingizni esa bolaning og'ziga tiqing.

Boshqa qo'lingiz bilan bolaning yelkalaridan ushlang.

Jag'dan tortish bilan homila boshi pastda ko'ringuncha, tepadagi qo'lingizni ikkala barmog'idan foydalanib, bola boshini ko'kragiga qaratib buking.

Homila boshi tug'ilishi uchun uni ohista torting.

Eslatma: Yordamchidan, homila boshi tug'ilayotgan paytda onaning qovug'i ustidan bosib turishini so'rang. Bu harakat homila boshini egilgan holda ushlab turadi.

• Bolani, og'zi va burni ko'ringunga qadar, qo'llarini boshi yonida ushlab turib ko'taring.

Tug'ruqdan keyingi parvarish.

Bolaning burni va og'zidagi suyuqlikni so'rg'ich bilan tozalang.

Kindixni qising va qirqing.

Onaga oksitotsin yuboring m^o 10 birl., tug'ruqdan keyin 1 daqiqa va tug'ruqning uchinchi bosqichini faol davom ettiring.

Ayolning tug'ruq yo'llarini tekshiring va epiziotomiyadan keyin

bachadon bo'yni, qin yoki oraliq to'liqligini tiklang.

Bachadon bo'yni to'la ochilmagan, lekin dumbalar tug'ila boshlasa, sterillangan taglikni jinsiy yoriqqa yopib, qo'l bilan tug'ilayotgan dumbalar ushlab turiladi. Bunda qov ustidan kontraksion halqaning ko'tarilganiga qarab (agar 10 sm ko'tarilgan bo'lsa) hamda dumba tug'ilishi dard zo'rayganiga asoslanib



11.12.-rasm. Morris-Smelli-Veyt usuli

bachadon bo'yni to'la ochilgan deb xulosa qilinadi va homilani yuqorida aytilgan usul bilan tug'diriladi. Bu Sovyanov taxlif etgan usuldir.

Tug'ruq jarayonidagi og'ir qiyinchiliklar. Bunda bosh qo'llar bilan birga chanoq kirish qismidan o'tolmaydi, unda biz yuqorida aytib o'tilgan omillardan foydalanishni maslahat beramiz.

Homila chanog'i bilan kelganda keyin keladigan bosh tufayli kindik qisilib qolishi, natijada homila asfiksiyaga uchrab, hatto nobud bo'lishi mumkin.

Homila boshi chanoq kirish qismida tutilib qolganda faqat boshni perforatsiya qilish yo'li bilan tug'dirish mumkin.

Yuqorida aytib o'tilgan murakkabliklar asosan tug'ruqni to'g'ri olib borish, homilani vaqtidan ilgari tortib olishga intilish natijasida vujudga keladi.

Hozirgi paytda homilaning dumba va oyoqlar bilan kelishida yuqorida qayd qilib o'tilgan murakkabliklarni dumba olgan holda ko'proq kesarcha kesish yo'li bilan homila tug'diriladi. Albatta operatsiya qilishdan oldin homilador sinchiklab o'rganiladi (chanoq o'lchovlari, homilaning og'irligi, boshining hajmi, tug'ruq dardining xususiyati va boshqalar hisobga olinadi). Agar ayolning o'zi tug'a olishiga qanoat hosil qilinsa, operatsiya qilinmaydi. Ammo tug'ish jarayonini shifokor o'zi kuzatib borishi kerak.

Homila chanoq bilan oldin kelganda akusherlik yordami. Homilaning chanog'i va oyog'i bilan kelishi deyarli patologik holat hisoblanadi, shunga ko'ra tug'ayotgan ayolni to'la o'rganish kerak. Arap kesarcha kesishga xalaqit beradigan biror salbiy holat bo'lmasa, bu jarrohlik usulidan ham foydalanish mumkin.

Amaliy ko'nikmalar.

1. Homila dumba bilan kelganda tug'dirish usuli

Tayyorgarlik.

1. Kerakli asboblarni tayyorlang
2. Muolaja haqida ayolga tushuntiring
3. Ayolni ruhan qo'llab – quvvatlang
4. Chanoq bilan kelishini aniqlang
5. Individual himoya vositalarini kiying.
6. Qo'llarni yuving yoki antiseptik vosita bilan qo'lga ishlov bering va qo'lqop kiying

7. Antiseptik eritma bilan tashqi jinsiy a'zolari artib tozalang.

8. Siydik qopini kateterizatsiya qiling.

Dumba va oyoq tug'ilishi

1. Bachadon bo'yni to'liq ochilishi va dumbani qinga tushirishda ayolga har bir dard vaqtida kuchanishni tushuntiring.

2. Kerak bo'lsa epiziotomiya qiling.

3. Dumbaning mustaqil tug'ilishiga yordam bering, to orqa yelka ko'ringuncha.

4. Dumbalarni ikkala qo'l bilan asta ushlanadi, katta barmoq oyoq sohasida bo'lishi kerak, qolganlari tana sohasida bo'ladi.

5. Agar oyoqlari mustaqil tug'ilmasa, oyoqlarni birma-bir chiqaring
6. Chaqaloqni sonidan ushlang.
7. Agar qo'llar ko'krak qafasiga yopishgan bo'lsa, ularning mustaqil tug'ilishiga yordam bering.
8. Agar qo'llar boshning orqasida bo'lsa, yoki bo'yin atrofida bo'lsa, klassik usulni qo'llang.
9. Agar chaqaloq tanasini aylantirish kerak bo'lsa, oldin orqa qo'l, keyin oldingi qo'l chiqariladi.
- Boshning tug'ilishi.**
10. Boshni chiqarishda Mauriceau Smeli usuli qo'llaniladi.
11. Tug'ruqning III davrini faol olib boring.
12. Yumshoq tug'ruq yo'llarini ko'ring, yirtilgan bo'lsa, ularni tiking, kerak bo'lsa epiziotomiya qilingan sohani tiking, agar epiziotomiya qilingan bo'lsa.
13. Tug'ruqdan keyin tez yordam ko'rsating yoki chaqaloqqa yordam kerak bo'lsa.

Muolajadan keyin.

1. Qo'lqop yechishdan oldin ishlatilgan materiallarni konteyner yoki plastik qopga solinadi.
2. Ishlatilgan shprislar va ignalarni teshilmaydigan konteynerga solinadi.
3. Qo'lqop yechiladi va 0,5% xlorli ohakka solinadi.
4. Qo'llarni yaxshilab yuviladi, bachadonning yaxshi qisqarayotganligi kuzatiladi.
5. Tug'ruq tarixiga yoziladi.

2. Homilani dumbasi bilan kelganda chiqarib olish

Tayyorgarlik.

1. Kerakli asboblarni tayyorlash.
2. Bemorga muolaja texnologiyasi to'g'risida tushuntirish, uni diqqat bilan eshitish, uning savollariga javob berish.
3. Homiladorlik qanday kechganligini baholash uchun ayolni tekshirish, uning ahvolini baholash, tibbiy hujjatlarni ko'rish.
4. Qon tahlilini, gemoglobin va qon guruhini, Rh mansubligini aniqlash, 2 doza qon tayyorlash.
5. T/i kateteri qo'yiladi va 500 ml suyuqlik infuziya qilinadi.
6. Premedikatsiya qilinadi.
7. Siydik qopi kateterlanadi.
8. Ayolga xalat va qalpoq kiyishga yordamlashiladi.
9. Anesteziya holatini baholash.
10. Xirurgik kiyim, baxila, niqob, himoya ko'zoynagi va plastik xalat kiying.
11. Qo'llarni xirurgik yuving, steril qo'lqop va xalat kiying.
12. Hamma asboblari tayyor ekanligiga ishonch hosil qiling va yordamchidan ularni sanashni so'rang.
13. Yordamchi ham tayyorligiga ishonch hosil qiling.

Bemorni tayyorlash.

1. Jarrohlik stolini buking yoki bemorning bel sohasiga yostiqcha qo'ying.
2. Anesteziya ta'sirini baholang.
3. Bemorning qorin old devoriga antiseptik eritma bilan ishlov bering, quriting va choyshab bilan yoping.

Muolaja.

1. Homila oyoqlarini tizza chuqurchasigacha chiqaring. Tizzalarni quyidagicha ushlang: katta barmoq boldir mushagi sohasida, qolgan 4 barmoq oyoqlarning old tomonidan ushlanadi.

2. Jinsiy yoriqdan son ko'rinishi bilan uni ikki qo'l bilan ushlanadi.

3. Pastga va biroz orqaga traksiya qilinadi. Dumba ko'rinishi bilan oldinga tortiladi.

4. Dumba chiqqandan keyin katta barmoq son tomonidan, qolgan barmoqlar dumg'aza sohasida ushlanadi.

5. Orqa yelkalarni va qo'lni bo'shatish uchun bir qo'l bilan boldir ushlanadi va ayol chov burmasga parallel qilib ko'tariladi.

6. Tug'ruq yo'liga umurtqa tomonidan ikkala qo'l kiritiladi, yelka sohasigacha tirsak bo'g'imini ushlanadi va qo'l chiqariladi.

7. Oldingi yelka ozod qilinadi va homila 1800ga aylantiriladi va keyingi elka chiqariladi.

8. Homila akusher qo'liga ko'krak qafasi bilan ikkala oyoqlari o'rtasiga yotadi.

9. Ko'rsatkich barmoqni homilaning og'ziga kiritiladi va homila boshi bukiladi, qolgan qo'llari boshni vilkasimon ushlaydi, bo'yin sohasidan o'rta barmoq boshni ushlab turadi.

10. Boshni chiqarayotganda birinchi pastga va orqaga sochli qismi tug'ilguncha tortiladi, keyin pastga va oldinga, keyin faqat oldinga tortiladi. Bunda iyak, burun, peshona va ensa tug'iladi.

Operatsiyadan keyin.

1. Qo'lqop yechishdan oldin skalpeldan lezviyani olamiz. Hamma ignalar va o'tkir asboblari teshilmaydigan konteyner yoki plastik qopga solinadi.

2. Barcha instrumentlarni 0.5% xlor eritmasiga yuqumsizlantirish uchun solib qo'ying.

3. Agar shprits va ignalar ko'p martalik bo'lsa shpritsga igna orqali 0.5% yod eritmasini to'ldiring va dekontaminatsiya uchun teshilmaydigan konteynerga joylashtiring.

4. Fartuk va qo'lqoplarni yeching, agar ular bir martalik bo'lsa germetik konteyner yoki plastik qopga soling.

5. Agar ularni qayta ishlatishga ehtiyoj bo'lsa, 0.5% xlor eritmasiga solib qo'ying.

6. Qo'lni yaxshilab yuving.

7. Kasallik tarixiga va operatsiya jurnaliga operatsiya va operatsiyadan keyingi muolajalarni yozib qo'ying.

8. Puls, AQB, NOS, jarohatdan va qindan qon ketishini kuzating.

9. Bemor ahvolini operatsion blokdan palataga o'tkazguncha kuzating.

10. Bemorni har kuni yoki kerakli holatlarda kuzating.

11. Bemor chiqib ketgungacha operatsiyaga ko'rsatmani, operatsiyadan keyingi sterilizatsiya usulini muhokama qiling.

Masalalar.

1. Takror tug'ayotgan ayol akusherlik bo'limiga qorin pastida kuchli, har zamonda takrorlanuvchi og'riq, qog'anoq suvining ketib qolganligidan shikoyat qilgan holda yotqizildi. Tug'ruq boshlanganiga 8 soat bo'lgan. Chanoq o'lchamlari: 25-29-32-21. Qorin aylanasi 94 sm. Bachadon tubining balandligi 33 sm. Homila bo'yлама vaziyatda bo'lib, bachadon tubida qattiq. Liqillab turadigan qismi paypaslanadi. Homilaning yurak urishi yaxshi, ritmik, minutiga 140 marta, tug'ruq kuchlari normada har 3-4 minutda 40-50 sekunddan davom etmoqda. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'q, chanoq deformatsiyasi yo'q, dumba oldinda bo'lib, u chanoqning ikkinchi tekisligida yotibdi. 1. Tashxis. 2. Tug'ruqni olib borish rejası.

2. 34 yoshli birinchi marta tug'ayotgan ayol akusherlik bo'limiga qog'anoq suvlarining oqib ketishi va qorin pastida og'riq paydo bo'lganidan shikoyat qilib keldi.

Anamnezida: 7 yil bolasi bo'lmagan. Homiladorlik asoratsiz kechdi. Chanoq o'lchamlari 22-26-27-18 sm. Homilaning taxminiy og'irligi 4200 gr. Homila bo'yлама vaziyatda birinchi pozitsiyada, chanoq oldinda yotish holatida joylashgan. Homilaning yurak urishi kindikdan yuqorida, minutiga 132 marta, ritmik, aniq eshitiladi. Tug'ruq kechishida dard tutishi har 12-13 minutda 20-25 sekund davom etadi.

Qin orqali tekshirishda qin tor, bachadon bo'yni 2 sm ochilgan, devorlari qalin, dumbalar kichik chanoqqa kirish tekisligi ustida, diagonal kon'yugata 11 sm ligi aniqlandi. 1. Tashxis. 2. Tug'ruqni qanday olib borish kerak?

3. Birinchi tug'uvchi 25 yoshdagi homilador ayol, bel va qorinning pastki qismidagi og'riqdan shikoyat qilib keldi. Bachadon homiladorlik hisobiga kattalashgan. Bachadon tubi balandligi – 30 sm, qorin aylanasi – 95 sm. Paypaslaganda bachadon tubida homilaning dumaloq, qattiqroq qismi aniqlandi. Ayolning chap yonboshida homilani kengroq va kattaroq qismi va o'ng yonboshida – mayda qismlari aniqlandi. Bachadonning pastki segmentida yumshoq va kattaroq qismi bor edi. Chanoq o'lchamlari: 25-28-31-20. Soloviyov indeksi 14 sm.

Homilaning oldinda kelayotgan qismi, pozitsiyasi va ko'rinishi?

A. Homilaning dumbasi bilan kelishi, 1 pozitsiya, oldingi ko'rinish.

B. Homilaning dumbasi bilan kelishi, 2 pozitsiya, oldingi ko'rinish.

V. Homilaning dumbasi bilan kelishi, 1 pozitsiya, orqa ko'rinish.

G. Homilaning boshi bilan kelishi, 1 pozitsiya, oldingi ko'rinish.

Homilaning taxminiy vazni?

A. 2850 g.

B. 3500 g.

V. 2500 g.

G. 4150 g.

4. Homilador ayol uyda tug'ayapti. Mazkur homiladorlik uchinchi, birinchisi normal tug'ruq bilan ikkinchisi esa abort bo'lgan. Homila holati vertikal, kichik chanoq tekshiruv jarayonida homila chanoq holatida turibdi. Tug'ruq faoliyati tartibli tekshiruv jarayonida homila atrofi suvlari chiqdi, natijada homilaning yurak urishi (min) 100 tagacha pasaydi. Qin orqali tekshiruvda bachadon og'zi to'la ochiq. Homila pufagi yo'q homila dumbalari kichik chanoq bo'shlig'ida.

Tashxis? Tug'ishni boshqaruvchi shifokor qanday choralar ko'rishi kerak?

O'rgatuvchi testlar:

1. Homilaning chanoq bilan oldin kelishini aniqlash qiyin bo'lsa, qanday usullarni qo'llash mumkin:

Rentgenografiya.

Ultratovush.

Auskultatsiya.

2. Tug'ruq davrida homilaning chanoq bilan kelishida qanday davrlar mavjud:

Homilaning kindikkacha tug'ilishi.

Kindikdan ko'krakning pastki burchagigacha tug'ilishi.

Yelkalarining tug'ilishi.

Boshining tug'ilishi.

3. Homilaning chanoq bilan oldin kelishida tashqi ko'rikda nima aniqlanadi?

Bachadon tubining yuqorida turishi.

Bachadon tubida liqillayotgan bosh aniqlanadi.

Homilaning yuragi kindikdan yuqorida eshitiladi.

4. Dumba bilan oldin kelishda qo'l bilan Sovyanov usulida yordam ko'rsatish:

Dumba tug'ruq yo'lidan chiqishi bilan, shifokor uni ikkala qo'li bilan ushlab oladi (qorin bo'ylab oyoqlarini ushlab turadi).

Homilaning yelka kamari tug'ilishi bilan, qo'llari odatda o'zi tushib ketadi.

5. Homila oyoqlari bilan kelganida Sovyanov usulini qo'llash:

Bachadon bo'yni to'la ochilgan bo'lsa, oyoqlar tug'ilishiga qo'ymay to'sqinlik qiladi.

Tashqi jinsiy a'zolar steril choyshab bilan yopilib, shifokor kafti bilan homilaning oyoqlarini ushlab turadi.

6. Chanoq bilan kelishiga qaysi biri xos?

Chanoq bilan kelishi 3-5% hollarda uchraydi.

Chanoq bilan kelganda tug'ish ona va homilada ko'p asoratlarga olib keladi.

Perinatal yo'qotishlar (o'lim) chanoq bilan kelishda bosh bilan kelganga nisbatan 3-5 marta ko'p uchraydi.

Chanoq bilan kelishdagi tug'ruq norma va patologiya o'rtasidagi chegara hisoblanadi.

Chanoq bilan kelganda tug'ruqni shifokor olib boradi.

7.Chanoq bilan kelishning qanday 4 turlari ajratiladi?

Sof dumba bilan kelishi.

Aralash dumba bilan kelishi.

To'liq oyoq bilan kelishi.

To'liq bo'lmagan oyoq bilan kelishi, ya'ni bir oyoq bilan.

8.Sof dumba bilan kelishiga nima xos?

Kichik chanoqning kirish qismiga dumba to'g'ri keladi.

Oyoqlar tana bo'ylab yozilgan.

Oyoqlar chanoq - son bo'g'imida bukilgan va tizza bo'g'imida yozilgan.

Tovonlar iyak va yuz sohasida joylashadi.

9.Aralash dumba bilan kelishiga nima xos?

Oyoqlar bilan dumba kichik chanoqning kirish qismida joylashadi.

Oyoqlar chanoq - son va tizza bo'g'imida bukilgan.

Oyoqlar boldir - tovon bo'g'imida ozgina yozilgan.

Homila «cho'kkalash» holatida.

10.To'liq oyoq bilan kelishiga nima xos?

Ikkala oyoq kichik chanoqning kirish qismiga qaragan.

Oyoqlar chanoq - son bo'g'imida ozgina yozilgan.

Oyoqlar tizza bo'g'imida bukilgan.

11.Noto'liq oyoq bilan kelishiga nimalar xos?

Bir oyoq kichik chanoqning kirish qismida joylashadi.

Joylashgan oyoq tizza va chanoq - son bo'g'imida yozilgan.

Boshqa oyoq yuqoriroq joylashadi.

Yuqoriroq joylashgan oyoq chanoq-son va tizza bo'g'imida yozilgan.

12.Chanoq bilan kelishga olib keluvchi ona tomonidan omillar:

Bachadon rivojlanishidagi anomalialar.

Tor chanoq.

Chanoq o'smalari.

Ko'p tug'uvchilarda bachadon tonusi oshishi yoki pasayishi.

Bachadondagi chandiq.

13.Chanoq bilan kelishiga olib keluvchi asosiy homila omillari:

Yetilmagan homila.

Ko'p homilalik.

Homila rivojlanishining orqada qolishi va tug'ma anomalialari.

Homilaning noto'g'ri joylashishi.

Homila vestibulyar apparatining xususiyatlari.

14.Homilaning chanoq bilan kelishiga olib keluvchi asosiy yo'ldosh omillari:

Yo'ldoshning oldinda joylashishi.

Yo'ldoshning bachadon tubida va burchagida joylashishi.

Kamsuvlik.

Ko'psuvlik.

15.Homilaning chanoq bilan kelishining belgilari:

Bachadon tubining yuqorida turishi.

Bachadon tubida qattiq harakatchan boshning aniqlanishi.

Kichik chanoq kirish qismida katta, noto'g'ri shakldagi yumshoq konsistensiyali qism aniqlanadi.

Homilaning yurak urishi kindikdan yuqorida yoki kindik sohasida eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda homilaning yumshoq qismi aniqlanadi.

16.Chanoq bilan kelishdagi homiladorlikning eng ko'p uchraydigan asoratlari quyidagilar:

Homilaning muddatdan oldin tug'ilishi.

Erta toksikoz.

Preyeklampsiya.

XUOK.

Kindik bilan o'ralish.

Kamsuvlik.

17.Chanoq bilan keladigan tug'ruqning 1 davridagi asosiy asoratlari:

Vaqtidan ilgari suv ketib qolishi.

Kindik tizimchasining va homilaning mayda qismlarining tushishi.

Tug'ruq dardining sustligi.

Homilaning ichki dimiqishi.

Tug'ruqdagi endometrit, amnionit, platsentit.

18.Chanoq bilan kelishda tug'ruqning 2 davrida qanday asoratlar yuz berishi mumkin:

Qo'llarning yozilib ketishi.

Boshning yozilishi.

Kindikning qisilib qolishi va homilaning o'tkir gipoksiyasi.

Dumbaning chanoqda tiqilishi.

Orqa ko'rinishning hosil bo'lishi.

19.Chanoq bilan kelishda tug'ruqni boshqarish usullari

Tug'ruqni sun'iy chaqirish va tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruqni o'tkazish.

Tug'ruqni o'z vaqtida yoki vaqtidan ilgari qo'zg'atish.

Rejali tartibda kesarcha kesish.

20.Chanoq bilan kelishda rejali kesarcha kesishga ko'rsatmalar:

Muddatidan o'tgan homiladorlik.

Yetux homiladorlikda tug'ruq yo'llarining tayyor emasligi.

Jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari.

Anatomik tor chanoq.

Chanoq bilan kelishning operatsiyaga ko'rsatmalar bilan birgalikda kelishi (bachadondagi chandiq, katta hornila, anamnezida bepustlik).

21.Chanoq bilan keluvchi tug'ruqda qo'llaniladigan akusherlik usullarining turlari:

Sof dumba bilan kelishda Sovyanov usulida qo'l bilan yordam ko'rsatish.

Oyoq bilan kelishda Sovyanov usuli bo'yicha qo'l bilan yordam ko'rsatish.

Chanoq bilan kelishda klassik qo'l bilan yordam berish.

Homilani chovidan ushlab tug'dirish.

Homilani oyog'idan ushlab tug'dirish..

22.Chanoq bilan kelishida tug'ruq biomexanizmi?

1 – lahza: dumbaning ichki aylanishi.

2 – lahza: homila umurtqa pog'onasining bel qismining egilishi.

3 – lahza: yelkalarining ichki aylanishi va tananing tashqi aylanishi.

4 – lahza: umurtqa pog'onasining bo'yin- ko'krak qismining yonga egilishi.

5 – lahza: boshning ichki aylanishi.

6 – lahza: boshning egilishi, ya'ni bukilishi.

23. Chanoq bilan kelishda homiladorlikni olib borish.

29-30 haftalik homiladorlikda gimnastika mashqlari bajarishni buyurish.

37-38 haftalik homiladorlikda tug'ruqxonaga yotqizish.

XII BOB

TUG'RUQNI OG'RIQSIZLANTIRISH OMILLARI

Psixoprofilaktik usul. Bu usulda ayollarni tug'ruqqa tayyorlash maqsadida asosan markaziy asab tizimi faoliyatiga ta'sir qilinadi va bu bilan tug'ruqda ro'y berish ehtimoli bo'lgan asoratlarning oldi olinadi.

Tug'ish jarayonida bachadonda va jinsiy a'zolarining boshqa qismlaridagi asab oxirlari, tolalari va chigallari ta'sirlanadi. Bu bachadon tanasining qisqarishi, pastki segmentining kengayishi va bachadon bo'ynining ochilishi natijasida ro'y beradi.

Tug'ruq yo'llaridan surilayotgan homilaning oldinda keluvchi (boshi, dumbasi, oyog'i) qismlari ham og'riqqa sabab bo'ladi, chunki oldinda keluvchi qism bachadon bo'ynining yon devorlariga joylashgan asab chigallarini bosadi. Bundan tashqari, bachadon boylamlari va seroz qavatining taranglashib tortilishi, qon tomirlarning siqilishi natijasida ham og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ishning ikkinchi davrida homila boshi chanoq tubiga tushganda chot va tashqi jinsiy a'zolardagi asab tolalarning ta'sirlanishi ham og'riqqa sabab bo'ladi.

Og'riq bachadondan markaziy asab tizimiga o'tadi. Bunda og'riq tana yuzasiga - qorinning pastki qismiga, bel va dumg'azaga, chotga, sonning yuqori qismiga tarqaladi.

Agar ayollar tug'ishda og'riq bo'lishi shart deb o'ylasalar va bundan qo'rqasalar, ular og'riqni kuchliroq sezadilar.

Bundan tashqari, tug'ayotgan ayollar tug'ruqning qanday o'tishi, bolaning hayotini o'ylab, xavfsirab yuradilar, natijada bunday ayollarda ham og'riq kuchliroq seziladi. Chunki bunda miya po'stlog'i faoliyati susayadi, bosh miya asab tizimi bilan pastda joylashgan qismlarining muvozanati buziladi.

Bachadondagi nerv elementlari va jinsiy a'zolardagi boshqa nerv tolalari tug'ruqda albatta ta'sirlanadi. Ammo ayollarda og'riqni sezish darajasi har xil bo'lib, bu asab tizimining funksional holatiga bog'liq bo'ladi.

Klinik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, ba'zi ayollar tug'ruqda unchalik og'riq sezmaydilar. Ko'p ayollar ozgina og'riqni sezsalar ham bunga chidaydilar, qo'rqmaydilar, shifokor va akusher maslahatlariga amal qiladilar. Bunday ayollar asab tizimi turi kuchli bo'lib, ular ancha og'ir-vazmin bo'ladilar, shunga ko'ra ular og'riqni kamroq sezadilar. Agar ayolning asab tizimi turg'un bo'lmasa, u akusherka va shifokor maslahatlariga quloq solmaydi, tug'ruq jarayonini boshqarishga xalaqit beradi.

Psixoprofilaktika yo'li bilan tug'ruqqa tayyorlashdan maqsad tug'ruqda og'riq bo'lishi kerak degan fikrni yo'qotish, tug'ish fiziologik jarayon ekanini, uning og'riqsiz o'tishi mumkinligini, og'riq bo'lishi shart emasligini ayolga anglatishdir.

Psixoprofilaktika usuli yordamida bosh miya po'stlog'iga ta'sir qilish bilan og'riqning ancha yengillashishiga yoki butunlay yo'qotilishiga erishiladi. Shunda ayollar tug'ruqda o'zlarini tinchroq tutadilar va jarayonning faol o'tishiga yordamlashadilar.

Psixoprofilaktika usulida ayollar tug'ish fiziologiyasining xususiyatlari, tug'ruqning klinik kechishi hamda tug'ishning turli davrlarida dard tutishi, tug'ruqning odatda og'riqsiz o'tishi, bunda ayolga o'zini to'g'ri tutishi kerakligi tushuntiriladi.

Tug'ruqqa psixoprofilaktika yo'li bilan tayyorlash omillari homiladorlikning boshlanishidan, ayniqsa tug'ruqdan 4 hafta oldin va tug'ish jarayonida olib boriladi.

Homiladorlik davrida ayoldan so'rab-surishtirib umumiy akusherlik tekshiruvi o'tkaziladi. Ayol dard tutishidan, tug'ishdan qo'rqadimi yoki yo'qmi, shularni aniqlab, u har safar shifokorga kelganda og'riqsiz tug'ish mumkinligini tushuntiriladi.

Homiladorlikning 35—36 haftasida ayollar bilan maxsus mashg'ulot o'tkazib, ular tug'ruqning kechishi, og'riqsizlantirish usullari bilan har tomonlama tanishtiriladi (mashg'ulotlar 4—5 hafta mobaynida 5 marta o'tkaziladi).

Psixoprofilaktika mashg'ulotlari uchun oilaviy poliklinikada ayrim xonalar ajratilgan. Xonada kushetka, rasnlr va mulyajlar bo'lishi kerak.

1-mashg'ulot. Homiladorga jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi va homiladorlik davrida yuz beradigan o'zgarishlar tanishtiriladi, tug'ishning normal fiziologik holat ekani batafsil tushuntiriladi. Bunda tug'ruq 3 davrdan iborat bo'lib, har bir davrning o'ziga xos xususiyatlari borligini, tug'ruq dardining davom etishi, jinsiy a'zolarda yuz beradigan o'zgarishlar, bachadon bo'ynining ochilishi, qog'anoq va qog'anoq suvining ahamiyati tushuntiriladi. Bundan tashqari, tug'ish ayoldan ancha-muncha kuch talab qiladi. Shunga ko'ra ayol tug'ruq jarayonida kuchini saqlashni, uni qaysi paytda sarflashi kerakligini bilishi zarur. Ayniqsa tug'ruqning 2- davrida (homila tug'ilishida) kuch ko'proq sarflanishi uqtililadi. Ayol vaqtida ovqatlanishi, tug'ishda tinch yotishga harakat qilishi, shifokor va akusher ko'rsatmalarini bajarishi kerakligi aytiladi.

2-mashg'ulot. Bu mashg'ulotda ayolga oldingi mashg'ulot eslatiladi, tana og'irligini kamaytirish uchun maxsus jismoniy mashqlardan foydalanish

kerakligini, tug'ruq dardi boshlanishi bilan o'zini qanday tutishi lozimligini tushuntirish kerak.

Psixoprofilaktika mashg'uloti quyidagicha olib boriladi: ayol tinch yotadi. Dard tutganda chuqur va ritmik ravishda nafas oladi. Nafas olish va chiqarishda har ikkala qo'l barmoq uchlarini qov ustidan qorin devorining o'rta chizig'idan tashqariga va yuqoriga suradi.

Ayol dard tutganda ikki qo'lini kaft bilan qov suyagi ustidan, qorin o'rta chizig'i bo'yicha qorin pastini tashqariga va yuqoriga silaydi va chuqur nafas olib, chiqarishda davom etadi.

Dumg'aza va bel sohasini ham silaydi hamda yonbosh suyak taroqchasining ikkala yuzasini har ikkala yuqori old tomondan va dumg'aza rombining tashqi burchagidan bosib siqadi.

3-mashg'ulot. Homilador o'tgan mashg'ulotlarni takrorlaydi. Tug'ruqning I—II davri qanday bo'lishi va ayol tug'ayotganda nimalarni sezishi haqida gapiriladi. Bu davrda dard tutish xususiyati va davom etishi tushuntiriladi.

To'rtinchi va beshinchi mashg'ulotlarda homilador bilan oldingi mashg'ulotlar takrorlanadi va ularning yuqorida ko'rsatilgan amallarga qanday tushunganliklari tekshiriladi.

Shunday psixoprofilaktika usullari bilan tayyorgarlik ko'rgan homilador ayol oson tug'adi va unchalik og'riq sezmaydi. Psixoprofilaktika usulini ayolga ayniqsa to'lg'oq tutishning I davrida qo'llash lozim.

Hozirgi zamonda tug'ruqni og'riqsizlantirishda partner (sharik), asosan erining roli katta. Partner hamdard bo'lib, ayolni shirin so'zlar bilan silab turadi, o'z ishtiroki bilan tug'adigan ayolni ancha tinchlantiradi, tug'ruqning yaxshi tugashiga ishonтиради.

Bulardan tashqari, tug'ruqxonada ayollar dori-darmonlar yordamida og'riqsizlantirib, tug'diriladi. Bachadon bo'yni ochilish davrida tug'ruq uchun spazmolitiklar (papaverin, no-shpa va hak.) ishlatiladi.

Tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun hozirgi paytda peridural anesteziya usuli keng qo'llanadi.

XIII BOB

CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI

MAQSAD. Talabalarni chilla davri fiziologiyasi, yangi tug'ilgan sog'lom chaqaloqlar parvarishi, jinsiy a'zolar va boshqa a'zolarining tiklanish jarayoni fiziologiyasi bilan tanishtirish, ona va bolaning birga bo'lishi, ko'krak bilan emizishning rolini ko'rsatish.

REJA.

1. Tug'ruqdan keyingi davr fiziologiyasi
2. Chilla davrini olib borish
3. Yangi tug'ilgan sog'lom chaqaloqlarni baholash va parvarishlash
4. Tuqqan ayollarni ambulator parvarish qilish mezonlari

6. Kelib chiqish ehtimoli bo'lgan asoratlar, ularning tashxisi
7. Ko'krak bilan oziqlantirish tamoyillari, qarshi ko'rsatmalar
8. Ko'krak bilan emizishning rolini ko'rsatish.

Tug'ruqdan keyingi davr – bu bola tug'ilgandan keyingi, tana a'zolarining boshlang'ich holatiga qaytishi va sut ajralishining boshlanishi davridir. Chilla davri 6-8 hafta davom etadi. Tuqqan ayol chilla davrining dastlabki kunlarida parvarishga muhtoj bo'ladi, shu sababli u tug'ruqxonada shifokor va akusher nazoratida bo'lishi lozim.

Chilla davrining dastlabki soatlari ayolni sinchiklab kuzatib turish kerak. Chunki bu davrda bachadon muskullari bo'shashib, uning qisqarish xususiyati susayadi (gipotoniya) va qon ketib qolishi mumkin. Shunga ko'ra, ayolni kuzatayotgan shifokor bachadonning qisqarishi va jinsiy a'zolaridan kelayotgan qon miqdorini, ayolning tomir urishi va qon bosimini tekshirib turishi lozim.

Chilla davrida jinsiy a'zolarining asliga kelishi (involyusiyasi) qanday o'tishi haqida to'xtalib o'tamiz.

Bachadon muskullari chilla davrida normal qisqarsa, muskullar qisqa muddatda qattiqlashib, bachadon devorining qalinligi 1,5-2,5 sm bo'lib qoladi. Bachadondagi qon tomirlar muskullar qisqarishi natijasida siqilib, deformatsiyaga uchraydi.

Chilla davrining dastlabki uch kunida bachadondan bir oz qon kelib turadi (lochia rubra). Keladigan qonda tug'ruq ajralmalari bo'ladi. Ajraladigan loxiyalarda bachadondagi yarali yuza (platsenta o'rni), desidual qavat parchalari ham uchraydi. Platsenta joylashgan yuzadagi qon tomirlarda mayda tromblar ko'rinadi. Bachadon bo'yni oldi va bachadon bo'yni muskullari bo'shashganidan, servikal kanaliga osonlikcha barmoqni kiritish mumkin. Qin devorlari ham kengaygan, burmalari tekislangan bo'ladi. Tashqi jinsiy yoriq ochilib turadi. Bachadon muskullaridagi ortiqcha to'qimalari tez orada yo'qoladi.

Agar chilla davrining boshida bachadon og'irligi 1000-1200 gramm bo'lsa, birinchi hafta oxirida – 500-600 g, ikkinchi haftada – 350 g, uchinchi haftada – 200 g, 6-7 haftadan keyin 50-70 gramm bo'lib qoladi. Muskul hujayralari, qon tomirlardagi asab tuzilmasi va qo'shimcha to'qimalar asta-sekin yo'qoladi yoki biriktiruvchi to'qimaga aylanadi. Bachadonning asli holiga qaytishi neyrogumoral tizimning ta'siriga bog'liq.

Tuqqan ayol har kuni muntazam kuzatib boriladi, bachadon uzunligi santimetr tasmasi bilan qov suyagining yuqori chetidan bachadon tubigicha o'lchanadi, u odatda bir kunda 1-1,5 sm ga qisqarishi kerak. Chilla davrida bachadon o'zining qisqarish xususiyatini yo'qotmaydi, natijada u asta-sekin kichiklasha boradi. Bachadonning qisqarishi chaqaloqni emizayotgan vaqtda ayniqsa kuchli bo'ladi. Qisqarishning susayishi bachadon subinvolyutsiyasi deb ataladi.

Chilla davrining dastlabki kunlarida desidual parda parchalari, qon laxtalari proteolizga uchraydi.

Bachadondagi yarali yuzalardan yara suyuqligi ajraladi va loxiya deb ataladi, u 2-3-kunlari qon ko'rinishida (lochia rubra), 4-6 kunlari qon-serozli

(lochia rubra-serosa) va 7-9-kunlari serozli (lochia seroza). Loxiyaning ko'inishiga qarab bachadondagi yara yuzasining kamayayotgani va silindrsimon epiteliy bilan qoplanayotganini aniqlash mumkin. Bachadon devorining yo'ldosh yopishmagan qismlari chilla davrining 11-14- kuni, yo'ldosh yopishgan qismi 3 haftaning oxirida epiteliy bilan qoplanadi. Chilla davrining 7-9- kunlarida qin, bachadon bo'yni va chotdagi yaralar bitadi. Tug'ruqdan 1 sutka o'tgach, bachadon bo'yniga 3-4 barmoqni kiritisa bo'ladi, bachadon bo'yni bo'shashadi, 3-4-kunlar oxiriga kelib o'z shakliga kiradi, ammo vaqtincha yetarlicha ochiq bo'ladi. Uning ichki teshigi faqat chilla davrining 10-12- kunida, tashqi teshigi esa ancha kechroq bekiladi. Agar bachadon bo'yni yirtilgan bo'lsa, bo'ynining tashqi teshigi ochiq qolib, butun umrga surunkali yallig'lanish uchun qulay sharoitga aylangan joy bo'lib qoladi. 12-14 kunlarning oxirida bachadon tubi kichik chanoqning terminal chizig'idan yuqorida bo'lmaydi. Bu paytga kelib, chanoq tubining muskullari o'zining qisqarish xususiyatini tiklab oladi.

Chilla davrida ayolning qon bosimi, tomir urishi, haroratini kuzatish katta ahamiyatga ega. Ba'zi ayollarda tug'ruqning birinchi soatlarida harorat bir oz ko'tarilishi mumkin. Bu tug'ruq vaqtida muskullarning zo'riqishiga bog'liq bo'ladi. Haroratning ko'tarilishi loxiyaning ajralmayotgani yoki kam ajralishi natijasida bachadonda yig'ilib qolishdan bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bachadonni qisqartiruvchi dorilarni yuborish, qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni kanali berk bo'lsa yoki siqilib qolgan bo'lsa, uni asboblilar bilan kengaytirish zarur bo'ladi. Shunda bachadon ichi ajralma qoldiqlari oqib tushadi.

Chilla davrida ko'pchilik ayollar vagotonik bo'ladilar, ya'ni ularda tomir urishi sekinlashgan, uning tezligi bir daqiqada 60 marta urib, to'laligi qoniqarli bo'ladi. Agar tomir urishi daqiqaga 85-90dan oshsa, bu ayolda dastlabki patologik qon ketish, infeksiya jarayoni boshlangani yoki tireotoksikoz horligidan dalolat berishi mumkin. Bradikardiya bo'lsa, bu chilla davrining normal kechayotganini ko'rsatadi.

Ko'pchilik ayollarda qon bosimi bir oz pasayganligini kuzatish mumkin. Chilla davrida boshqa a'zo va tizimlarda ham o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda siydik ajralishi ancha izdan chiqqan bo'ladi. Ayollarda siyish istagi bo'lmaydi yoki bo'lsa-da, ular yotgan holda siya olmaydilar. Siydikka to'lib ketgan qovuq bachadon holatini o'zgartirib, uni yuqoriga ko'taradi, natijada uning asliga qaytishi susayadi yoki to'xtaydi. Chilla davrining dastlabki kunlarida siydik tutilib qolishiga siydik chiqarish kanali yoki uning ba'zi sohalarining shishishi yoki jarohatlanishi sabab bo'lishi mumkin. Bu holat odatda 2-3 kunda o'tib ketadi. Ammo siydik tutilib qolsa, ayolni mustaqil siydirish choralarini ko'rish lozim. Agar bu ham yordam bermasa, kateter yordamida aseptika, antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda siydik chiqariladi. Chilla davrining 2-3 haftalariga kelib siydik yo'li faoliyati asliga qaytadi.

Chilla davrida ichaklar faoliyati ham sustlashgan bo'ladi. Shu sababli ko'pincha ayollarda qabziyat kuzatiladi. Bunda ayolga huqna qilib ichagi bo'shatiladi. Chilla davrida qorin bo'shlig'ining oldingi devori asta-sekin tonusini tiklay oladi.

Chilla davrida sut bezlari faoliyati boshlanadi. Homiladorlikning birinchi haftalaridayoq gipofiz va jinsiy bez gormonlari ta'sirida sut bezlarida bez epiteliylari ko'paya boradi. Bez bo'laklari ancha qattiqlashadi va buni aniqlash oson bo'ladi. Bezlarni siqqanda loyqaroq oq suyuqlik ajraladi. Ammo sut bezining haqiqiy sekretit-sut, yo'ldosh jinsiy gormonlarining va gipofizning prolaktin ajratish tugaganidan keyingini ajrala boshlaydi.

Chilla davrining dastlabki kunlarida sut bezidan ajraladigan suyuqlik og'iz suti deyiladi. Og'iz suti immunoglobulinlarga, oqsilga, A vitaminiga boy va o'sish omillariga ega. Chilla davrining 4-5- kundan 15-18- kunigacha sut bezi oraliq sutini, undan keyin haqiqiy, tarkibi turg'un sutni ajrata boshlaydi.

Sut bezlaridagi sekret chiqaradigan hujayralar sutni sut yo'llariga chiqaradi. Sut yo'llari go'yo daraxt shoxiga o'xshab ketadi, ulardan chiqqan sutning hammasi bir yo'lga quyiladi. Har bir bez bo'lagining o'ziga xos xususiyati bo'lib, ulardan ajralgan sut ko'krak bezi tugmachasidagi teshiklar orqali chiqariladi. Ko'krak bezi tugmachasi muskul va qo'shimcha to'qimadan tashkil topgan halqacha bilan o'ralgan, bu qisish xususiyatiga ega, shunga ko'ra sut o'z- o'zidan oqib ketmaydi.

Ba'zi ayollarda sut yig'ilish vaqtida bir oz harorat ko'tarilishi mumkin. Isitma chiqishi qisqa muddat davom etib, 37-37,8 gradusdan yuqori ko'tarilmaydi. Agar harorat bundan yuqori bo'lsa, unda infeksiyon jarayon boshlanganidan dalolat beradi.

Sut bezlari faoliyatining normal bo'lishi, ya'ni ko'krak bezi tugmachalarining emishga tayyorligi chaqaloqning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Agar ko'krak bezi tugmachasi kalta yoki yassi bo'lsa, bola ko'krakni yaxshi so'ra olmaydi, natijada ko'krak uchi yoriladi. Buning oldini olish uchun ko'krak uchini homiladorlik davridanoq emishga tayyorlash lozim. Buning uchun har kuni qo'lni yaxshilab yuvib, barmoq uchlari bilan bez tugmachalari bir necha marta tortib turiladi.

Biz yuqorida chilla davrida ayolning jinsiy a'zolarini aseptika qoidalariga rioya qilib parvarish qilish lozimligini aytib o'tgan edik. Agar ayolning choti, qini, tashqi jinsiy a'zolari jarohatlangan bo'lsa, bachadondan ajralgan loxiya ularni ifloslantiradi, natijada u yerda mikroblarning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Agar infeksiya qinga, undan bachadon va boshqa ichki jinsiy a'zolariga o'tsa, patologik holat vujudga kelishi mumkin.

Buning oldini olish uchun tashqi jinsiy a'zolar kuniga 2-3 marta yuvib turilishi lozim. Agar chot oralari tikilgan bo'lsa, uning atrofini tozalab yuvib, chokni spirt bilan artish zarur, bu muolajani ayol har gal siyganidan so'ng bajarishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari oldindan orqaga qarab yuvish kerak, aks holda infeksiya to'g'ri ichakdan jinsiy a'zolariga o'tishi mumkin.

Ayolga shifoxonadan uyiga javob berishdan oldin chaqaloq va emizikli ayol uchun xavfsiz bo'lgan homiladorlikdan saqlovchi vositalardan birini tavsiya etish lozim. Shunday vositalardan biri bo'lib, mahalliy qo'llaniladigan Farmateks (Fransiya) hisoblanadi va tezkor kontraseptivlardan eskapel 1 tabletkani jinsiy aloqadan keyin 72 soat ichida ichish lozim.

Chilla davrining dastlabki kunlari ona uchun to'g'ri kun tartibi o'rnatish, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish, unga chaqaloqni parvarish qilish usullarini o'rgatish zarur bo'ladi. Tug'ruqxonalarda onalar maktabi tashkil qilinib, pediatrlar va akusher-ginekologlar ular bilan 3-4 marotaba mashg'ulot o'tkazishlari zarur. Chaqaloq va ayolni uchastka shifokori kuzatib turadi.

Masalalar:

1. A.ismli tuqqan ayol, chilla davrining ikkinchi kuni umumiy ahvoli yaxshi bo'lib, harorati 36,6 gradus, tomir urishi daqiqaga 68 ta. Ichki a'zolarida o'zgarishlar yo'q. Ko'krak bezlari sal kattalashgan, uchlari yaxshi, qizarmagan. Bachadon yaxshi qisqargan. Bachadon tubining yuqorigi nuqtasi kindik atrofida bo'lib, paypaslaganda og'rimaydi. Loxiya qon aralash qizil rangda oz miqdorda, siyishi yaxshi. Ichi o'tgani yo'q (yozilmagan).

1. Tashxis.

2. Chilla davrida bachadon og'irligining o'zgarishi.

3. Chilla davrining birinchi kunlari ko'krak bezlari nima ishlab chiqaradi, og'iz sutining tarkibini aytib bering.

2. S.ismli tuqqan ayol, chilla davrining beshinchi kuni umumiy ahvoli yaxshi bo'lib, harorati 36,8 gradus, tomir urishi daqiqaga 64 ta. Ichki a'zolarida o'zgarishlar yo'q. Ko'krak bezlari sal kattalashib, qattiqlashgan, uchlari yaxshi, qizarmagan. Bachadon yaxshi qisqargan. Bachadon tubining yuqorgi nuqtasi kindik bilan qov o'rtasida bo'lib, paypaslaganda og'rimaydi. Loxiya oz miqdorda bo'lib, qon aralash sarg'ish tusda, siyishi yaxshi. Kuniga bir marta yoziladi.

1. Tashxis.

2. Chilla davrida loxiya xususiyatlarining o'zgarishi.

3. Chilla davrining 5 kunlarida ko'krak bezlari nima ishlab chiqaradi.

O'rgatuvchi testlar:

1. Ilk chilla davrida shifokor e'tiborini qaratishi lozim bo'lgan 6 ta asosiy ko'rsatkichni ayting.

Tuqqan ayolning umumiy ahvoli.

Teri va ko'rinadigan shilliq qavatlarning rangi.

Puls.

Jinsiy yo'llardan ajralayotgan ajralmalar xarakteri.

AB (qon bosimi ko'rsatkichlari).

Bachadonning holati.

2. Bachadon subinvolyutsiyasida nima buyuriladi?

Oksitotsin.

Pituitrin.

Metilergometrin.

3. Bachadon involyutsiyasining tezligi nimaga bog'liq?

Homila vazniga.

Ayolda tug'ruq soniga.

Tug'ruq kechishiga.

Ko'krak bilan emizishga bog'liq.

4. Ilk chilla davrida shifokor qanday 5 ta asosiy holatga ahamiyat berishi kerak?

Ayolning umumiy ahvoli.

Teri va shilliq qavatlar rangi.

Tomir urishi.

Q/B.

Bachadonning ahvoli.

5. Chilla davrini boshqarishning asosiy vazifalari.

Tuqqan ayol va bolada yiringli septik kasalliklarning oldini olish.

6. Laktatsiya jarayonini asosan qaysi gormonlar boshqaradi?

Oksitotsin.

Prolaktin.

Progesteron.

7. Tuqqandan keyingi bachadonning parametrlarini ko'rsating.

Bachadon tubi qovdan 15 – 16sm balandlikda turadi.

Bachadon devorining qalinligi bachadon tubida – 4 – 5 sm, bachadon bo'ynida 0,5sm ga teng.

Bachadonning ko'ndalang o'lchami 12 – 13 sm ni tashkil qiladi.

Bachadon bo'shlig'ining uzunligi tashqi yoriqdan bachadon tubigacha 15 – 18 sm.

Bachadon vazni 1000g ga teng.

8. Chilla davrining birinchi haftalari va oxirida normal bachadon involyutsiyasini ko'rsating.

1 – hafta oxiriga kelib bachadon vazni 500g ga teng bo'ladi.

2 – hafta oxirida – 350g.

3 – hafta oxirida – 250g.

Chilla davrining oxirida – 50g.

9. Chilla davrida bachadon involyutsiyasiga nimalar xos?

10 – sutkalarda ichki bo'g'iz yopiladi.

Bachadon bo'g'zi yoriqsimon shaklni egallaydi.

Bachadon bo'yining oxirigacha shakllanishi 13 - haftaning oxirida sodir bo'ladi.

Bachadon ichki sathining epiteliylanishi 10 - sutka oxirida tugallanadi, yo'ldosh yopishgan maydon bundan mustasno.

Yo'ldosh yopishgan maydonning bitishi 3 - haftaning oxirida tugaydi.

10. Chilla davrida loxiyalar xususiyati o'zgarishini ko'rsating.

Tug'ruqdan keyin 2 - 3 sutka ichida loxiyalar qonli.

3 dan 9 kungacha sarg'imtir, seroz-sarg'imtir loxiyalar.

10- kundan loxiyalar serozli.

5 - 6 haftada loxiyalar oqish xususiyatga ega bo'ladi.

11. Chilla davrida sut bezlarida qanday o'zgarishlar sodir bo'ladi?

Mammogenez – sut bezlarining rivojlanishi.

Laktogenez – sut ajralishi.

Galaktogenez – sut ajralishining ushlab turilishi.

Galaktokinez – bezdan sutning chiqarilishi.

12.Sutning hujayra tarkibini ko'rsating?

Monositlar – 70 – 80%.

Neytrofil leykositlar – 15 – 20%.

Limfositlar – 10%.

13.Og'iz suti nima va uning tarkibi?

Og'iz suti - bu tuqqandan keyingi 2 – 3 kun ichida sut bezlaridan ajraluvchi sekret.

Og'iz suti sarg'imtir rangga ega.

Og'iz suti tarkibida og'iz suti tanachalari leykositlar, sut sharchalari bor.

14.Chilla davrida tuqqan ayol holatini belgilovchi 6ta asosiy ko'rsatkichlarni ayting.

Tana harorati.

Gemodinamika holati.

Bachadon involyutsiyasi dinamikasi.

Loxiyalar xususiyati.

Sut bezlarining holati.

Siydik pufagi va ichaklar faoliyati.

15.Tug'ruqdan keyingi bo'limga qo'yiladigan 6 ta asosiy sanitariya talablari.

Har bir tuqqan ayolga kamida 8 kv.m. maydon.

Har bir yangi tug'ilgan bolaga kamida 2 kv.m. maydon.

Ichki kiyim va o'rin- ko'rpalarni 1 kunda 1 marta almashtirish.

Palatalarni kuniga 3 marta 20 daqiqadan kvarsplash.

Kuniga kamida 2 marta tashqi jinsiy a'zolarni yuvish.

Harorat tartibi – yetilib tug'ilgan bolalar palatalarida 20 gradus, chala tug'ilganlarda – 22 gradus.

16.Tug'ruqdan keyingi bo'limda qanday 5 ta asosiy sanitariya - oqartuv ishlari olib boriladi?

Shaxsiy gigiyena qoidalarini to'g'risida suhbat.

Onalar maktabi.

San. byulletenlar, devoriy gazetalar chiqarish.

Sanitariyaga oid adabiyotlar bilan ta'minlash.

Oilani rejalashtirish va kontrasepsiyalar haqida suhbatlar va ma'ruzalar.

17.Sog'lom tuqqan ayol tug'ruqxonadan qaysi sutkalarida chiqariladi?

Tug'ruqdan keyingi 4-5 sutkada.

18.Ilk va kechki chilla davrlarining davomiyligi qanday?

Ilk chilla davri tuqqandan keyin 2 soat davom etadi.

Kechki chilla davri 6-8 hafta davom etadi.

19.Tuqqandan keyin yiringli – septik kasalliklar oldini olishning asosiy tamoyillari.

Homiladorlik va tug'ruqni ratsional boshqarish.

Bakterial vaginoz, kandidoz, xlamidioz va boshqa infeksiyalarni o'z vaqtida davolash.

Homiladorlarning immun statusini oshirish: ratsional muvozanatlashgan ovqat, kun tartibi, vitaminizatsiya, ekstragenital kasalliklarni davolash.

Bir marta ishlatiladigan shpritslar asboblari va parvarish buyumlaridan foydalanish.

Akusherlik stasionarlarida sanitariya-epidemiologik tartibga rioya qilish.

XIV BOB

PERINATOLOGIYA

Maqsad:

Talabalarga fetoplatseantar tizim tushunchasining tahlili, fetoplatseantar tizim vazifalari, fetoplatseantar tizim yetishmovchiligi tashxisi, fetoplatseantar yetishmovchiligini davolash va profilaktikasi to'g'risida tushuncha berish.

Reja:

1. Perinatologiya fani.
2. Fetoplatseantar tizim tushunchasining tahlili.
3. Fetoplatseantar tizim vazifalari.
4. Fetoplatseantar tizim yetishmovchiligi tashxisi.
5. Fetoplatseantar tizim yetishmovchiligini davolash va oldini olish.
6. Chaqaloqlar fiziologiyasining asoslari.
7. Chaqaloqni parvarish qilish.

14.1. PERINATOLOGIYA FANI

Perinatologiya - homilaning rivojlanishi haqidagi fandir. Homilaga tashqi va ichki muhitlarning ta'siri, uning ichki rivojlanishining buzilishi natijasida tug'ilgan chaqaloqlar kasallanadi. Onaning platsentari qon o'tkazishi va homilaning funksional aloqadorligi va bog'liqligidir. Fetoplatseantar tizim degan atama keng tarqalgan, agar to'g'riroq aytilsa, bu ona-platsenta-homila tizimidir.

Homilaning ichki rivojlanish bosqichlari:

1. Implantatsiya oldi rivojlanishi-homilador bo'lishning 7-8- kunlariga to'g'ri keladi, bu kunlar homilador bo'lish vaqtidan boshlab, ya'ni blastosistlarning bachadon desidual qobig'iga kirishi bilan boshlanadi.

2. Implantatsiya (7-8-kunlar);

3. Organogenez va platsentatsiya-homilaning bachadon ichidagi 3-4 oydagi hayoti davomida tugallanadi.

4. Homila yoki o'sishning fetal davri (bu davr homiladorlikning 40-haftasigacha davom etadi).

Perinatal davr-bachadon ichidagi homila ichki rivojlanishining 22-haftasidan to' chaqaloqning 7 kunlik tug'ilgan kunigacha bo'lgan vaqt oralig'idir.

Perinatal davr quyidagilarga bo'linadi: 1. Antenatal davr; 2. Intranatal davr; 3. Postnatal davr.

Antenatal davr-homilaning o'sishiga, homilaning holati va homilaning o'tish davridagi me'yordan o'zgarishlariga ta'sir qiladi. Intranatal davr-homilaning tug'ilish jarayonida normal holatdan buzilishi. Neonatal davri chaqaloq tug'ilgandan keyin birinchi 28 kunlik hayoti.

Perinatal davrda o'lik tug'ilish va o'lim holatlarini keltirib chiqaruvchi patologiyalar quyidagi me'yorlarda hosil bo'ladi. 1.Antenatal davrida 63%; 2.Intranatal davrda 21,2%; 3.Postnatal davrda 5,7%.

14.2. FETOPLATSENTAR (ONA-PLATSENTA-HOMILA) TIZIMI

Platsenta—"ingichka tort", dumaloq biskvit shaklida bo'lib, uning diametri 18-20sm, qalinligi 2,5 sm ni tashkil etadi. Homiladorlikning oxirida uning massasi homilaning 15% ini tashkil qiladi. U bachadon ichki yuzasining 1/3 qismini qoplaydi. U 15-28 ta aniq ko'zga tashlangan dog'lardan, idorat ular bir-biridan alohida joylashgan bo'lib, o'zaro biriktiruvchi to'qima bilan o'ralgan. Har bir dog'lar homila naychalaridan, vorsinkalaridan, xorionlardan, fazoviy vorsinkalardan tashkil topgan. Platsentaning to'q qizil rangi homila Nb, platsentaning och rangi homilaning anemiya bo'lganligini ko'rsatadi.

Platsenta 3 ta asosiy tuzilish elementiga ega: 1.Xorial membrana; 2.Bazal membrana; 3. Ular orasidagi parenximatov qism.

Platsenta parenximasi quyidagilardan tashkil topgan: 1.Xorion vorsinkasi; 2.O'zak qismi; 3.Vorsinkalararo qism (14.1.-rasm).

Xorial membranalarining ichki yuzalari amnion epiteliy (20mm) bilan qoplangan. Qoplama trofoblast epiteliy bilan qoplangan.Keyin xorial biriktiruvchi to'qima bor. Bazal membranasi tashqi yuzasi vorsinkalararo bo'shliqdan tashkil topgan. 1.Sinsitiotrofoblast; 2.Bazal desidual qobiq-ular orasidagi trofoblast hujayrasi bo'lgan fibrinoid zonasi.

Platsentaning asosiy tuzilishi va funksional birliklari-kotiledon (bo'lax) hosil bo'lishi: 1.Vorsinkali o'zak va uning tarqalishi; 2.Keng asosli xorial membranaga mahkamlangan (1-darajali o'zak). 3.1-darajali o'zakning 2-darajali ko'p o'zaklarga bo'linishi. 4.Bazal membranagacha oxirgi 3-darajali 2 o'zakka yetib boradi.

Trofoblast hujayralari proteoliddi fermentlari va endometriy hujayralari, vorsinka xorionlari, xuddi shuningdek vena va arteriya tomirlari naychalarini eritadi. Arteriyalar orasida joylashgan vena orqali o'tuvchi spiral arteriyadan kelib tushuvchi qon harakati juda ko'p lakunalar hosil qiladi. Homilaning rivojlanishi bilan lakunalar desidual qobiqlarga quyilib, vorsinkalar oralig'i hajmini hosil qiladi. Vorsinkalar hajmi hujayralarni bog'lovchi devorlar hosil qiladi, u keyinchalik bu hajm qon oqib tushishi uchun idish hosil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning 1 kg massasiga o'rtacha S vorsin platsenta 12-14 m2 yoki 4-4,5 m2 ni tashkil qiladi. Yo'ldosh vorsinkasining umumiy uzunligi 50 km gacha boradi. Vorsinkalar oralig'i hajmi 170 dan 260 ml gacha oraliqda bo'ladi.

Qon aylanishi ona tomonidan QB orqali qo'llab-quvvatlanadi va bachadonning kichrayishi bilan boradi. Ona qoni bachadonning spiral

arteriyasidan vorsinkalar oralig'idagi bo'shliqqa 60 -70 mm simob ustuni bo'yicha bosim bilan quyiladi.

Vorsinka oralig'idagi bo'shliqda bosim 10-20 simob ustuniga, dard kuchayganda bu bosim 60-70 mm simob ustuniga teng bo'ladi va bo'shliqda bosim kamayib ketadi. Kindik venasida bosim 30-40 mm simob ustuniga teng, kindik arteriyasida bosim ikki marta ko'p bo'ladi.

Homiladorlikning oxirida onadan homilaga va ona-yo'ldosh tizimidan bir soatda qon aylanishi hisobidan 3500 ml suyuqlik va o'zaro almashish hisobiga yana qancha suyuqlik aylanishi hisobga olinmaganda 3-2,5 soat ichida to'liq yangilanadi.

Homilaning qoni yo'ldoshga ikkita kindik arteriyalari orqali oqadi, ular kindikka joylashtirilgan. Yo'ldoshning homila yuzasi bilan birlashishi, yo'ldosh arteriyasi tarmoqlarga bo'linadi, bu arteriya tarmoqlari yo'ldoshni har bir bo'laklarini qon bilan ta'minlaydi. Ularning uzluksiz tarmoqlarga bo'linishi, har bir vorsinka xorionining ichiga joylashib oqibat natijada kapillyarlar bo'lib tugaydi. Homilaning qoni vorsinka orqali kislorod olishi, yuqori hazm bo'luvchi elementlarni onaning qon aylanish tizimidan yelka kapillyarlari orqali keng venalarga har bir yo'ldosh bo'laklari orqali qaytaradi.

Vena bo'laklari, kindik venasini hosil qiladi. Kindik venasi yo'ldoshdan kindik orqali chaqaloq tanasiga mahkamlangan bo'ladi. Ko'ndalang kesimda kindik ikkita qalin devor arteriyadan va bitta katta diametrli ichki devori ingichka venadan iborat. Kindik naylari jelatin ko'rinishidagi sariq jism bilan, ya'ni varton liqildog'i deb ataluvchi jism bilan o'ralgan (14.2.-rasm). Chaqaloqning qon aylanish tizimidan ajralib turadi (14.3.-rasm).

14.3. FETOPLATSENTAR YETISHMOVCHILIK

Fetoplatsehtar yetishmovchilik hozirgi zamonda perinatalogiyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Chastotasi 3-4% dan 45% gacha bo'lib, perinatal kasalliklar 70%ni, o'lim ko'rsatkichi 24,2-177,4 %ni tashkil etadi. Fetoplatsehtar yetishmovchilikning asosiy belgisi homilaning gipoksiyasi va rivojlanishi ortda qolishi bilan ifodalanadi. Bu o'z navbatda markaziy asab tizimida o'zgarishlarga olib keladi, keyinchalik erta neonatal davrda adaptatsion xususiyat pasayishiga olib keladi va bolaning psixomotor va intellektual salohiyatining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Fetoplatsehtar yetishmovchilik bu klinik-morfologik simptomokompleks bo'lib, ona organizmning turli xil o'zgarishlarga bo'lgan homila va platsentaning javob reaksiyasidir.

Fetoplatsehtar yetishmovchilikning xavf omillari

Past xavf omillariga: 18-20 yoshgacha, 30 yoshdan katta va anamnezida og'ir kasalliklar bo'lmagan ayollar kiradi.

Yuqori xavf omillariga 18-20 yoshgacha, 30 yoshdan katta va anamnezida ekstragenital kasalliklar, latent infeksiya o'choqlari, bachadon patologiyasi, asoratli kechgan homiladorlik bo'lgan ayollar kiradi. Fetoplatsehtar yetishmovchilik erta gestatsion davrda kimyoviy va fizik ta'sirlar natijasida rivojlanishi mumkin.

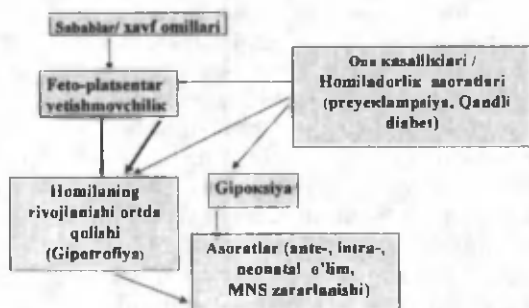
Yuvenil homiladorlik organizm funksional yetishmovchiligi sababli ona, balki homila uchun ham yuqori xavf tug'diradi. Yosh onalar orasida gipotrofik go'daxlar tug'ilishi ko'p uchraydi. Ya'ni bolalar vazni bilan ona yoshi orasidagi proporsional bog'liqlik kuzatiladi, 20-25 yoshlarda fetoplatsentar yetishmovchilik kamroq uchraydi, 30-35 yoshda esa FPE chastotasi oshib boradi, bu ekstragenital kasalliklarning oshib borishi bilan bog'liq. FPE patogenezida asosiy rol homilador ayolning noto'liq ovqatlanishi, oqsil, vitaminlar va temir moddasining yetishmovchiligi yotadi. Anamnezida o'z-o'zidan homilaning tushishi, antenatal o'lim va past vaznli bolalar tug'ilishi, FPE rivojlanishida muhim o'rin tutadi. Ekstragenital kasalliklari bor ayollarda FPE uchrash chastotasi 24-25% ni tashkil etadi. Temir tanqisligi kamqonligi bor ayollarda FPE 40,6%ni tashkil etadi. Temir moddasi kam bo'lganda platsentada nafas fermentlari faolligi pasayadi, va homilaga mikroelementlar yetkazilishi pasayadi.

Buyrak kasalligi FPE chastotasining 9,5%ni, ulardan surunkali pielonefrit 28,4%ni tashkil etadi. Pielonefrit kasalligida FPE kelib chiqishi infeksiya va tomir omili bilan bog'liq. FPE rivojlanishida yurak-qon tomir va endokrin tizimning ahamiyati kattadir. Arterial gipertenziyasi bor bo'lgan ayollarda FPE 9,4-17,9% hollarda, qalqonsimon bez kasalliklarida 10,5%, uglevod almashinuvi buzilishi hollarida 22,4%ni tashkil etadi. Arterial gipertenziya chap qorinchada diastolik bosim pasayishi natijasida gipokinetik tipdagi qon aylanish yuzaga kelishi, bu o'z navbatida umumiy periferik qarshilikni oshiradi, bachadon arteriyalarida esa periferik rezistentlikning pasayishi kuzatilmaydi.

Bu holat FPE chastotasini 2 marta oshiradi. Homilador ayollarda yurak-qon tomir tizimining og'ir kasalliklari, qon aylanishining buzilishi bilan kechadigan yurak nuqsonlari, homilaning ona qorni ichida rivojlanishdan ortda qolishi 8 marta oshadi. Endokrin kasalliklar orasida eng ahamiyatlisi qandli diabet hisoblanadi.

Bunda gormonal disbalans bilan birgalikda barcha turdagi moddalar almashuvining va immun statusning buzilishi kuzatiladi. Bu esa barcha a'zolarida va to'qimalarda trofik buzilishlar, nevrologik asoratlarning yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlarda qandli diabet populyatsion

chastotasi 0,2-3%ni, ammo FPE bor bo'lgan ayollarda 2-3 marta ko'proq uchraydi. Qandli diabet kasalliklarida platsentani morfologik tekshirishlarda har xil turdagi qon aylanishining buzilishi, alterasiya, shish va sklerotik o'zgarishlar kuzatilgan.



14.4.- rasm. Feto-platsentar yetishmovchilik sabablari.

Fetoplatsentar yetishmovchilik rivojlanishida muhim xavf omillaridan biri, jinsiy a'zolarning morfofunktsional o'zgarishlari hisoblanadi. Jinsiy infantilizm, jinsiy a'zolarning rivojlanish nuqsonlari va bachadon miomasi bor bo'lgan homiladorlarda FPE chastotasi ko'payadi. Exografik tekshirish natijalariga ko'ra bachadon miomasi bor homiladorlarda FPE kompensator formasi 23,8% sub- va dekompensator turlari 38,3% hollarda kuzatiladi.

Shuningdek FPE rivojlanishida homilador ayolga va homilaga tashqi muhit omillar ta'sirining o'рни kattadir (14.4.- rasm).

Chekish, giyohvandlik, alkogolizm FPEning tibbiy-ijtimoiy xavf omillariga kiradi. Bu omillar ona organizmiga va homila rivojlanishiga ko'p tomonlama salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Homila gipoksiyasining omillari: 1.Ona tomonidan. 2.Platsenta tomonidan. 3.Homila tomonidan. 4. Tashqi sabablar. Ushbu omillar kislorod va uglekislotaning transplatsentar diffuziyasiga xalaqit beradi (14.5.,14.6.- rasmlar).

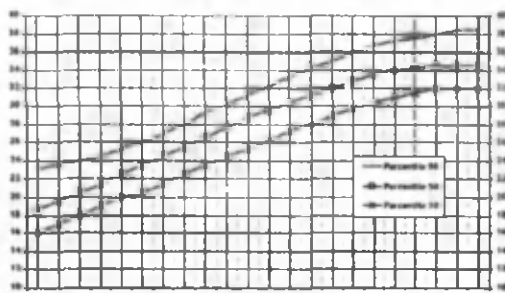
Antenatal xavf omillari: Homiladorlar gipertenziyasi, preyeklampsiya; qandli diabet; rezus-sensibilizatsiyasi; anamnezida homilaning o'lik tug'ilishi; onada infeksiya borligi; homiladorlik II va III trimestrida qon ketish; ko'psuvlik yoki kamsuvlik; homila rivojlanishining sustligi; muddatidan o'tib qolishi; ko'p homilalik; onaning spirtli ichimliklar, narkotiklar, ayrim dorilarni iste'mol qilishi (14.7.-rasm).

Intranatal xavf omillari: muddatidan ilgari, kechikib qolgan, operativ tug'ruqlar; homilaning noto'g'ri joylashishlari; yo'ldoshning ko'chishi va oldinda yotishi; kindik tizimchasining tushib qolishi yoki o'ralib qolishi (14.8-rasm); tug'ruq faoliyatining buzilishi; tug'ruqda og'riqsizlantirishni qo'llash; qog'anoq suvlarida mekoniy borligi; tug'ruqda infeksiya rivojlanishi.

Tashxisi (diagnostikasi):

Klinik tashxisi qo'yishda ayolning anamneziga, ob'ektiv ko'rikka, bachadon tubining balandligiga, homilaning taxminiy vazniga e'tibor beriladi (14.9.-rasm).

Bachadon tubining balandligi normaga nisbatan 2sm va bundan yuqori, past bo'lishi, homila rivojlanish muddatining 2-3 hafta ortda qolayoiganligi va FPE borligidan dalolat beradi. Yurak qon tomir tizimini baholashda



14.9.-rasm. Bachadon tubi balandligini o'lchash

auskultasiyaga e'tibor beriladi. Fetoplatsentar kompleksning funksional zahiralari haqida qog'anoq suvining holati ko'rsatib berishi mumkin. Dastlabki tekshirish natijalari, FPE asoratlari homilada mekonial aspiratsiyaning prognostik mezonini aniqlanishiga — qog'anoq suvining xarakteriga,

yurak faoliyati va nafas aktivligiga ko'ra aniqlandi. Qog'anoq suvining rangi, mekoniyini konsistensiyasi, homiladorlik muddati, gipoksiya belgilari va yurak faoliyati holatini inobatga olgan holda balli tizim ishlab chiqilgan.

12 ball da, mekonial aspiratsiya kuzatilish ehtimoli 50%, 15 va bundan yuqori ballda – 100% ni tashkil etadi. Klinik diagnostikaning chegaralanishiga ayolni antropometrik kuzatish, teri osti yog' qavatining kattaligi, suv miqdori, homilaning joylashishi sabab bo'ladi. Qog'anoq suvlarini baholash uchun amalda qog'anoq suvi ketgan bo'lishi kerak. Amnioskopiya kam ma'lumot beradigan usul, amniosentez esa invaziv usul hisoblanadi. Shu sababli laborator-instrumental usuldan keng foydalaniladi. Hozirgi kunda laborator usullardan fetoplatsentar kompleksni gormonal va oqsilni sintezlovchi xususiyati hamda biokimyoviy tekshiruv natijasida uning ferment aktivligi aniqlanadi.

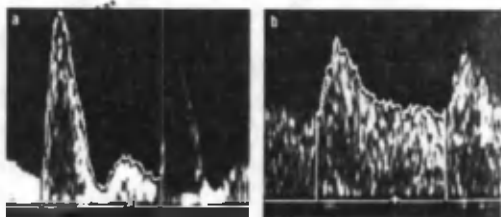
FPE diagnostikasida exografik tekshirish usuli asosan homila o'sishining ortda qolayotganlik va uning formalarini aniqlashdan iborat. Exografiyada asosiy fetometrik parametrlar o'lchanadi: homila boshining biparietal o'lchamlari, qorinning o'rtacha diametri va son suyagining uzunligiga e'tibor beriladi. Parametrlar o'zaro mos kelmaganda kengaytirilgan fetometriya o'tkaziladi, bunda homila boshi va qorin aylanasi, ularning o'zaro nisbati, son suyagining o'lchamlari o'lchanadi.

Homila rivojlanishi ortda qolishining simmetrik formasida tana o'lchamlari proporsional kamaygan bo'ladi. Asimmetrik formasi normal bosh va son suyagining o'lchamida kichik qorin o'lchami, jigar o'lchamlarini kichikligi, yog' qavatining kamligi bilan xarakterlanadi.

I-daraja ug'irligida homila rivojlanishining ortda qolishi 2 haftagacha (34,2%), 2-darajada 2-4 hafta oralig'ida (56,6%), 3-darajada- 4 haftadan ortiq (9,2%) ortda qolishi kuzatiladi. Asimmetrik turi simmetrik turiga nisbatan ko'proq kuzatiladi, ammo kech kelib chiqadi. Bundan tashqari, yana aralash turi ham mavjud, bunda barcha parametrlar noproportsional bo'lib, ko'proq qorin o'lchamlari ortda qoladi. Aralash turining natijasi ko'proq salbiy bo'ladi. Homila holati haqida uning harakati va nafas aktivligi ham ko'p ma'lumot beradi. Muntazam taxrorlanuvchi nafas aktivligida qog'anoq suvida mekoniy aniqlanishi aspiratsion sindrom rivojlanish xavfini tug'diradi. Asosan salbiy prognostik omili, uzoq davom etuvchi «gashing» tipidagi harakat hisoblanadi. FPE diagnostikasida platsentani va qog'anoq suvining ultratovush tekshiruvini ko'p ma'lumot beradi. Bunda platsenta o'lchamining kichikligi va undagi morfofunksional o'zgarish, ya'ni muddatdan oldin yetilish belgilariga e'tibor beriladi. Exografik jihatidan muddatdan oldin yetilishi 32 haftagacha II bosqichi 36 haftagacha III bosqichi hisoblanadi. FPE uchun kamsuvlilik va qog'anoq suvidagi giperexogenlik mekonial suvlilikka xos. Homilaning ona qornida o'sishining ortda qolishida platsentaning muddatdan oldin qarishi 64% hollarda, kamsuvlilik 19,9% hollarda uchraydi.

Homila holatini baholash maqsadida keng qo'llaniladigan usullardan biri kardiotokografiya hisoblanadi. Bu usul yurak faoliyati ko'rsatkichidan tashqari, homila harakat aktivligini va bachadon tonusini aniqlashi mumkin. Stressiz test

usuli ham keng qo'llaniladi, bunda homila yurak faoliyati tabiiy sharoitda baholanadi. Homila o'sishi ortda qolganda stressiz test o'tkazilganda 12% hollarda taxikardiya, 28% yurak ritmi variabelligining pasayishi, 28% variabel deseleratsiya, 13% kechki deseleratsiya kuzatiladi. Homilaning



14.10.-rasm. Ultratovush tekshirish usuli: dopplerografiya: a -patologiya; b- norma

muddatiga bog'liq holda miokardial reflekslarning kuzatilishiga e'tibor beriladi. Kardiotokografiyani vizual interpretatsiya qilish faqatgina oxirgi uch oylikda o'tkazilishi mumkin.

Hozirgi kunda fetoplatseantar tizim qon aylanishini aniqlash maqsadida dopplerometrik usul yuqori ma'lumotli hisoblanadi (14.10.-rasm).

Bu usul orqali qon harakatlanish tezligi, va yurak siklining har xil fazasidagi qon oqish tezliklarining o'zaro nisbati aniqlanadi. Shu ko'rsatkichlar asosida qon aylanishining periferik qarshiligi oshganda muhim bo'lgan "pulsatsion" indeks, rezistentlik indeksi va sistolo-diastolik munosabat hisob qilinadi. Asosan bachadon arteriyalar, spiral arteriyalardagi, kindik arteriyasi va uning terminal sohasi hamda homila aortasida qon aylanishi tekshiriladi. Bachadon va kindik arteriyalari gemodinamikasiga ko'ra homila-platsentar, ona-platsentar qon aylanishi buzilishining tasnifi ishlab chiqilgan.

- IA daraja – homila-platsentar oqimi o'zgarmagan holda bachadon-platsentar oqimi buzilishi.

- IB daraja- bachadon-platsentar oqimi o'zgarmagan holda homila-platsentar oqimi buzilishi.

- II daraja - bir vaqtda ikkala oqim buzilgan, ammo kritik(qaltis) bosqichga yetmagan.

- III daraja - bachadon-platsentar oqimi o'zgarmagan yoki buzilgan holda homila-platsentar oqimining kritik darajada buzilishi.

FPE patogenezi rivojlanishida platsentaning vaskulyarizatsiyasi, gemostazi, tomir tonusi va mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi hamda lipid, uglevod, oqsil va platsenta fermentativ aktivligining o'zgarishi muhim o'rin tutadi. Shunga asoslanib, FPE davolash muolajalar o'z ichiga medikamentoz va fizioterapevtik terapiyani olgan.

14.4.YO'LDOSH YETISHMOVCHILIGI TERAPIYASI

Terapiya asosan bachadon qon aylanishini yaxshilash va bachadon - yo'ldosh qon oqishini oshirish usullari va, preparatlari bilan davolashga asoslangan. Davo choralarining maqsadi :

- Bachadon-platsentar va homila-platsentar oqimini yaxshilash.
- Gaz almashinuvini intensivlashtirish.

- Qonning reologik va koagulyatsion xususiyatini korrektsiyalash.
- Bachadonning qisqarish aktivligini va tomir tonusini normallashtirish.
- Antioksidant himoyani kuchaytirish.
- Metabolik va almashuv jarayonlarini optimallashtirish.

Bundan tashqari, FPEni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etish ham muhim o'rin tutadi.

FPEning odini olish va davolash choralari.

FPE profilaktikasida bachadon tonusini yaxshilash muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda spazmolitik va tokolitik vositalardan foydalaniladi. Kamqonlik fonida kelib chiquvchi FPE kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan formalarini davolash samaradorligi 100%ga yaqin. FPE homilaning infeksiyalanishi bilan kuzatilganda antibakterial davo choralarning ta'sirchanligi 71,4%ga yaqin bo'ladi. Shu bilan birga homilador ayolda preyeklampsiya bilan kechayotgan FPEni davolash choralarning ta'sirchanligi faqat 28,1%ga yaqin. Bu ona-platsenta-homila tizimida qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadigan platsentadagi morfofunktsional buzilishlar bilan bog'liq. FPE ni davolashda keng qo'llaniladigan dori preparatlari antiagregant va antikoagulyantlar hisoblanadi. Odatda shu guruhdan aspirin (II uch oylikda), kurentil(dipiridamol) 1 tabletka (25 mg)dan 3 mahal 30 kun, trental (pentoksifilin), nikoshpan, teonikol, geparin qo'llaniladi. Homila o'sishining ortda qolishiga xavf bo'lganda kurentil geparin yoki aspirin bilan birga qo'llanganda yuqori samara beradi. Antiagregantlarni qo'llash natijasida platsentar mikrosirkulyatsiya yaxshilanadi, vorsinkalararo hajm kamayadi, vorsinkalar orasiga qon quyilishi, platsenta infarktining oldi olinadi. Geparin platsentar to'siqdan o'ta olmaydi va homilaga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Homila gipoksiyasining oldini olish maqsadida kokarnit 1 ampula (3ml) dan 10mg lidokain bilan birga m/o 1 mahal kuniga 6 kun, kokarboksilaza, vitaminlar va antioksidantlardan foydalaniladi. Hozirgi kunda FPEda metabolik terapiya maqsadida ambulator va statsionar usulida aktovegindan foydalaniladi. Aktovegin – bu buzoq qonidan olingan yuqori tozalangan gemoderivat hisoblanadi. Aktovegin hujayra ichi metabolismiga ta'sir etadi, kislorod yetkazib berilishida ishtirok etadi. Hujayraga yetarlicha kislorod kirib kelishi, aerob oksidlanishning kuchayishi va hujayra energiyasining ortishiga sabab bo'ladi.

Aktoveginning ikkilamchi samarasi antiishemik ta'siri bilan bog'liq. Aktovegin 80-200 mg va 5% glyukoza 200ml bilan t/i yuboriladi. Aktovegin homilaning bosh miyasiga neyroprotektiv ta'sir ko'rsatadi. Homilaning rivojlanishi ortda qolganda anabolik ta'sir ko'rsatadi. FPEning subkompensatsiyali va kompensatsiyasiz turlarida aktovegin va instenonni qo'shib, ya'ni nootrop, neyrotonik komponentlar bilan qo'llanganda yuqori samara bo'ladi, homilaning ona qornida rivojlanishdan ortda qolishi 2,5 baravar kamayadi. Bachadon-platsentar qon aylanishini yaxshilashda sigetindan foydalaniladi. Bu sintetik preparat bo'lib, platsenta ichi qon aylanishini yaxshilaydi.

Kislorodning platsentaga o'tishida uning o'z-o'zini ta'minlash qobiliyati ham muhim. Kislorod qon tomirlardan platsentaga oddiy diffuziya yo'li bilan o'tadi. Ona qonida kislorodning parsial bosimi yuqori bo'lsa, platsentar membranada kislorod gradienti ortadi. Shu sababli FPEda oksigenoterapiyadan foydalaniladi. Tarkibida 50% gacha kislorod bo'lgan gazlar aralashmasidan 30-60 gradusli ingalyatsiya o'tkaziladi. FPE da ekstragenital patologiya va homiladorlik asoratli kechganda infuzion terapiya o'tkaziladi. Infuzion terapiyada glyukoza-novokainli aralashma o'z xususiyatini yo'qotgan.

Tug'ruqni hal qilish FPEning darajasiga, homila rivojlanishining ortda qo'lish formasiga hamda gipoksiyasiga qarab tanlanadi. Davolanish samarali bo'lganda KTG ko'rsatkichlari yaxshilanganda tug'ruq tabiiy yo'l bilan olib boriladi. Tug'ruqdan 14-21 kun oldin ayol statsionarga gospitalizatsiya qilinadi. Tug'ruq bosqichma-bosqich sekinlik bilan og'riqsizlantirib olib boriladi. Surunkali homila gipoksiyasida epidural anesteziya qilish tug'ruq faoliyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, ya'ni kislotatash balansini yaxshilaydi, lipidlarning erkin radikalli peroksidli oksidlanishi kamayadi, ammo homilaning yurak urish soni ortadi.

Kesar kesishga ko'rsatma bo'lib davolanishdan (10-14) samara bo'lmasligi, doppler ma'lumotlariga ko'ra qon oqimining kritik holatga kelib qolganligi hisoblanadi. Shuningdek, homilaning o'tkir gipoksiyasi, tug'ruq faoliyati sustligida ham kesar kesish o'tkaziladi. Tug'ruq usulini hal qilishda klinik va laborator, instrumental tekshirish natijalariga qaraladi. FPEda tez va ehtiyotkorona zamonaviy kam jarohatlaydigan usul kesar kesish operatsiyasi hisoblanadi. Kesar kesishda va tug'ruqda epidural anesteziyadan foydalanish bachadon-platsentar tizimining tomir qarshiligi kamayishiga olib keladi va platsentada perfuzion bosimni oshiradi.

14.5. CHAQALOQLAR FIZIOLOGIYASINING ASOSLARI VA TRANZITOR HOLATLARI

Chaqaloq homiladorlikning 37-42 haftasida tug'ilsa, muddatida tug'ilgan, 42 haftadan o'tib tug'ilsa, muddatidan o'tgan, 22-36 haftasida tug'ilsa, muddatdan oldin tug'ilish deyiladi.

Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarning og'irligi o'g'il bolalarda 3600g, qizlarda- 3500g, bo'yi 51sm bo'ladi.

Muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarning og'irligi 2500g, bo'yi esa 46 sm dan kam bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning boshi nisbatan katta, tana uzunligining $\frac{1}{4}$ qismini tashkil qiladi, bosh aylanasi 32-34 sm, ko'krak qafasi aylanasidan 1-2 sm katta bo'ladi. Teri pushti, duxobasimon. So'lak bezlari yaxshi rivojlangan, ter bezlari kamroq, terining himoya funksiyasi yetarlicha rivojlanmagan, shuning uchun chaqaloqning 1-haftasida teri infeksiya darvozasi bo'lib hisoblanadi.

Muskul tizimi. Kuchsizroq rivojlangan. Kattalarda muskul massasi umumiy tana vaznining 42% ni tashkil etadi, chaqaloqlarda esa bu ko'rsatkich 23% ni tashkil etadi. Chaqaloq tug'ilgandan keyin davomli bo'lmagan umumiy muskul gipotoniyasi, keyinchalik tezda gipertoniya bilan almashinadi.

Suyak tizimi. Suyak yumshoq, elastik. Suyakning ko'p qismi tog'ay to'qimasiga o'xshab ketadi, shu bilan birga ayrim suyaklar umuman tog'ay bosqichini o'tmaydi- kalla asosi yuz, o'mrov va boshqalar.

Nafas olish tizimi. Tug'ilgan paytda nafas a'zolari to'liq rivojlanmagan bo'ladi. Chaqaloqlarda nafas olish chuqurligi, davomiyligi bilan xarakterlanadi. Sog'lom, muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlarda nafas soni minutiga 40-70 marta, muddatidan oldin tug'ilganlarda esa minutiga 30-70 marta. Nafas olish qorin tipida bo'ladi. Ularga nafas aktida tanaffusning bo'lishi xosdir. Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda ularning davomiyligi 1 dan 5-7 sekundgacha bo'ladi, 1 minutda esa bunday tanaffuslar 1—2 marta kuzatiladi. Muddatiga yetmasdan tug'ilgan chaqaloqlarda esa bu 10-12 sekundni tashkil etadi. 1 minutda esa 2-5 marta kuzatiladi, nafas olish va nafas chiqarish fazalari 1:1,3 dan 1:4 gacha.

Tranzitor holat - bu homilaning tug'ilgandan keyingi hayotga moslashuvi. Chaqaloqning moslashuv darajasi uning yetilganligi bilan baholanadi. Amaliy nuqtai nazardan olib qaralganda barcha chaqaloqlarda erta neonatal davrda har xil turdagi patologik holatlar fiziologik o'zgarishlar bilan birgalikda kechadi.

Chaqaloqning ilk bor yangi hayotga moslashuvi uning birinchi kunidanoq hech qanday aralashuvsiz, tranzitor holat uchrashi, uning davomiyligi har xil omillarga bog'liq holda yuzaga keladi. Muhim omillardan biri gipotrofik chaqaloq tug'ilishi, ko'krak suti bilan noto'g'ri emizish hamda homiladorlikning asoratli kechishi ham muhim o'rin egallaydi.

Tranzitor giperventilyatsiya - tug'ruq vaqtida chaqaloqda gipoksemiya, giperkapniya, asidoz va boshqa metabolik o'zgarishlar faollashadi. Bu holat MNS retikulyar formatsiyasining kuchli qo'zg'alishiga olib keladi va buning natijasida nafas olish markazi kuchli qo'zg'aladi va chaqaloqda ilk bor chuqur nafas olish harakati vujudga keladi. Chaqaloqning ilk bor nafas olishi quyidagi tipda GASP- chuqur nafas olish va nafas chiqarishning qiyinlashuvidir.

Terining tranzitor o'zgarishi. Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bu holat kuzatiladi. Oddiy eritema – yangi tug'ilgan chaqaloqqa ishlov berilgandan keyin gipertermik paydo bo'lishi. Eritema chaqaloqning ikkinchi sutkasida kuchayadi va bir necha kun ichida yo'qolib ketadi.

Fiziologik terining qurishi ko'proq muddatidan o'tib tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Bu holat chaqaloq hayotining 3-5-sutkasida qorinda, ko'krak qafasida quruqlashgan sohalar paydo bo'ladi va bir necha kun ichida yo'qolib ketadi.

Toksemik eritema - chaqaloq hayotining 3-5- sutkasida ko'krak, dumba eritemali terisida kulrang-sariq rangli ozgina qalinlashgan elementlar paydo bo'lishi. Toshma ko'p yoki kam bo'lishi mumkin. Toshma toshishi chaqaloqning umumiy holatiga hech qanday ta'sir ko'rsatmaydi. Toksik eritemaning asosiy sabablaridan biri har xil omillardan paydo bo'lgan allergik reaksiyadir. Bu omil qatoriga ovqatlanish xarakteri o'zgarishi, ichak kolonizatsiyasi, xona haroratining o'zgarishi hisoblanadi. Toksik eritema 2-3 kun saqlanib, keyinchalik o'z-o'zidan yo'qolib ketadi.

Tranzitor giperbilirubinemiya. Chaqaloqning fiziologik sariqligi bo'lib, bunda chaqaloq hayotining 36 soatidan keyin sariqlik paydo bo'lishi;

1. Chaqaloqning 3-4-sutkaga kelib teri eng ko'p sarg'ayishi, keyinchalik esa 7-10- sutkaga kelib batamom yo'qolib ketishi.

2. Qon zardobida bog'lanmagan bilirubinning eng ko'p konsentratsiyasi 205 mkmol/l, bog'langan bilirubinniki esa 25 mkmol/l bo'lishi.

Tranzitor giperbilirubinemiya barcha chaqaloqlarda kuzatiladi. Bu holat erta neonatal davrda bilirubin hosil bo'lishining oshishi, glyukuroniltransferaza aktivligi pasayishi natijasida gepatositlarning funksional aktivligi pasayadi. Chaqaloqning fiziologik sariqligi monosimptom kechadi. Bunda jigar va taloq kattalashishi, najas va siydik rangi o'zgarishi kuzatilmaydi va maxsus davo choralari talab qilinmaydi.

Tranzitor tana massasining kamayishi. Bu holat barcha chaqaloqlarda kuzatiladi, hayotning 3-4-sutkasiga kelib tana vaznining pasayishi, normada o'rtacha 6% gacha yetadi. Ba'zi holatlarda 10%ga ham yetishi mumkin. Chaqaloq hayotining birinchi haftasida tana vaznining pasayishi 10%dan ortishi patologik holat hisoblanadi. Chaqaloqlarda tranzitor tana massasi pasayishining asosiy sabablaridan biri yetarlicha bo'lmagan sut va suvning yetishmasligi hisoblanadi. Bundan tashqari, bu holat mumfifikatsiya, ya'ni kindik qoldig'ining tushib qolishi, mekoniyning ajralishi, havo namligining pasayishi bilan bog'liq. Tana vaznining qayta tiklanishi ko'pchilik chaqaloqlarda hayotining 5-7 sutkasida kuzatiladi.

Tranzitor gipertermiya. Bu holatning asosiy sababi suyuqlikning yetarlicha bo'lmashligi va suvsizlanishidir. Tranzitor gipertermiya bolaning qizib ketishidan ham paydo bo'lishi mumkin, bunda bolada haroratning 39gradus balandligidan tashqari, bolaning bezovtalanishi, teri va shilliq qavatining qurishi kuzatiladi. Qizib ketish sababining birortasini bartaraf qilish, suv ichish rejimini o'z o'rniga qo'yish, sutkasiga 5% li 100ml glyukoza yuborish bola tana haroratining tez normallasishiga olib keladi.

14.6. CHAQALOQNI PARVARISH QILISH VA OVQATLANTIRISH

Chaqaloqni parvarish qilish juda katta mas'uliyat talab qiladi. Uni o'rab turgan muhit katta ahamiyatga ega. Chaqaloqni oziqlantirish mobaynida oqsil, lipid, uglevod, vitaminlarga hamda iste'mol qiladigan suyuqliklarga e'tibor berish kerak. Tug'ruqxonadagi havo harorati 24-26 gradus bo'lishi kerak. Chaqaloqlar xonasida esa havo harorati 22 gradusdan past bo'lishi kerak.

- Har kun ertalab chaqaloqni ko'krak suti bilan boqishdan oldin tarozida o'lchanadi va tana harorati tekshiriladi. Olingan tahlillarni chaqaloqning rivojlanish varaqasiga yozib qo'yiladi.

- Har kuni chaqaloqni pokizalash muolajalari o'tkaziladi: ko'zga ishlov berish, ostini yuvish, kindik yarasiga ishlov berish.

- Chaqaloqning ko'zini toza steril paxta tamponchalar bilan tozalash. Kaliy permanganat aralashmasi (1: 8000) tayyorlanadi. Ko'zining tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi.

- Har kunlik ko'ruvda chaqaloqni teri rangiga, kindik qoldig'iga va yarasiga katta ahamiyat bilan qaraladi.

Kindik qoldig'ini parvarishlash texnikasi quyidagicha. 70%li etil spirti bilan, keyin esa 5%li kaliy permanganat aralashmasi bilan tozalanadi. Etil spirti o'rniga 3% vodorod peroksidi ishlatilsa bo'ladi. Kindik qoldig'i qurib tushgandan keyin yara atrofini va tubini 5% kaliy permanganat bilan tozalanadi. Sog'lom chaqaloqni tug'ruqxonadan 4-5-sutkasiga BSJ vakinasini olgandan so'ng uyiga ruxsat beriladi.

Ovqatlantirish. Ko'krak suti — chaqaloqlar va bolalar uchun yagona ozuqa turidir. Ko'krak suti to'yimlilik bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go'daklar kasalliklari va o'limining oldini olishning juda yaxshi usuli bo'lib ham xizmat qiladi. Har bir tug'ruqqa yordam beruvchi muassasada ko'krak bilan boqishning 1lta tamoyillariga rioya qilinishi, "Shifoxonalarning bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi" statusiga mos kelishiga harakat qilish kerak:

1. Ko'krak bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qo'yilgan siyosatiga ega bo'lish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari e'tiboriga muntazam yetkazib turish;

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish ko'nikmalariga o'rgatish;

3. Barcha homilador ayollarga ko'krak bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida ma'lumot berish;

4. Onalarga, tug'ruqdan so'ng dastlabki 2 soat ichida, ko'krak bilan boqishni boshlashga yordam berish;

5. Onalarga ko'krak bilan boqishni, shuningdek ular bolalaridan ajratilgan bo'lsalarda laktatsiyani saqlab turishni o'rgatish;

6. Chaqaloqqa ko'krak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik, tibbiy ko'rsatmalar bundan mustasno;

7. Ona va chaqaloqning birga bo'lishini amaliyotga tatbiq qilish va ularni 24 soat davomida palatada birga bo'lishlariga ruxsat berish;

8. Talab bo'yicha ko'krak bilan ovqatlantirishni rag'batlantirish;

9. Ko'krak bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki sun'iy emiziklarni bermaslik;

10. Ko'krak bilan boqishni qo'llab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini rag'batlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan so'ng ushbu guruhlarga yuborish.

11. Istisnosiz ko'krak suti bilan emizishni qo'llab-quvvatlash va rag'batlantirish maqsadida OP larini jalb etish va "Bolaga do'stona munosabatli shifoxona" nomini olishga tayyorlash va maqsadga erishish.

Ko'krak bilan emizishning afzalliklari:

- Ona suti- to'laqonli ozuqa
- Yengil hazm bo'ladi va to'laqonli foydalaniladi
- Infeksiyadan himoya qiladi
- Ko'krak bilan emizish hissiy bog'liqlikni ta'minlaydi
- Onani bevaqt homiladorlikdan saqlaydi
- Onaning salomatligini saqlaydi

- Sun'iy arlashmadan arzon turadi.

Ko'krak suti bilan boqishga qarshi ko'rsatma:

- agar bolalarda galaktozemiya (50000 boladan 1tasida yuzaga chiquvchi kamdan-kam uchraydigan kasallik) yoki fenilketonuriya bo'lsa;
- onasi radioaktiv va sitostatik moddalar qabul qilayotgan bo'lsa;
- OIV (SPID) bilan zararlangan onalar, havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi yuqumli kasalliklar bilan kasallangan onalar (difteriya va atipik pnevmoniyaning og'ir shakli).

O'rgatuvchi testlar:

1. Homilani gipoksiyaga olib keluvchi 5 ta sababni ayting:

Onadagi ekstragenital kasalliklar.

Homiladorlik asoratlari (gipertenziv holatlar, rezus-nomuvofiqlik, homiladorlik anemiyasi).

Yo'ldosh faoliyatining buzilishi.

Kindik patologiyasi (haqiqiy tugun, kalta kindik, kindikning bo'yin atrofida aylanishi).

Homila kasalligi.

2. Homilaning rivojlanishdan orqada qolish sindromi 3 darajasiga qisqacha ta'rif bering:

1 daraja- homila o'z rivojlanishida 2 haftagacha orqada qoladi.

2 daraja- 2-4 haftagacha.

3 daraja- 4 haftadan ortiq.

3. Yo'ldosh yetishmovchiligi diagnostikasining 3 ta usulini ayting:

Ultratovush tekshiruvi.

Yo'ldosh laktogen miqdorini aniqlash.

KTG.

4. Homilaning ona qornida o'lganligining 5 belgisi

Yurak urishi eshitilmaydi.

Bachadon o'sishdan to'xtaydi yoki o'lchamlari kamayadi.

Homila harakatining to'xtashi.

Homilani EKG va FKG sida yurak kompleks tishlari bo'lmaydi.

UTT da homila yurak urishi, harakati bo'lmasligi.

5. Fetoplatseantar yetishmaovchilikni davolashda qanday dorilar qo'llaniladi?

Vitaminlar (E, B12, C).

Tokolitiklar (Partusisten, brikanil).

Mikrosirkulyatsiyani yaxshilovchi dorilar (kurantil, trental, teonikol).

Qon reologik xususiyatini yaxshilovchi dorilar (reopoliglyukin, geparin, kurantil).

6. "Perinatal o'lim" qanday 3 xilga bo'linadi?

Homila antenatal o'limi – homiladorlik paytida (28-haftadan boshlab.)

Homila intranatal o'limi – tug'ruq paytida.

Chaqaloqlar erta neonatal o'limi – tug'ilgandan keyin 7- kunigacha.

7. Homila tomonidan antenatal o'limga olib keluvchi sababni sanab o'ting?

Blastopatiya.
Embriopatiya.
Fetopatiya.

8. Homiladorlik asorati bilan bog'liq antenatal o'limning 4 asosiy belgilarini sanab o'ting?

Gipertenziya holatlarining og'ir formalari.
Muddatidan o'tgan homiladorlik.
Ko'p – kamsuvlilik, egiz homiladorlik.
ABo tizimi va rezus- omil bo'yicha immunologik nomuvofiqlik.

9. Ona ekstragenital kasalliklari bilan bog'liq antenatal o'limning 5 asosiy belgilarini sanab o'ting?

Yurak-qon tomir patologiyasi
Buyrak kasalliklari.
Qandli diabet.
Infeksion va virusli kasalliklar.

10. Homila intranatal o'limiga olib keluvchi 5 asosiy sababni ayting:

Qog'anoq suvlarining barvaqt ketishi.
Tug'ruq kuchlari sustligi.
Anatomik va klinik tor chanoq.

Kindik patologiyasi
Homila o'tkir gipoksiyasi.

11. Fetoplatsentar yetishmovchilikda yo'ldosh 4 asosiy faoliyatidan qaysilari buziladi?

Transport.
Trofik (oziqlantiruvchi).
Endokrin.
Metabolik.

12. Chaqaloqlar fiziologik sariqligi sabablari:

Gepatogen - kelib chiqishi giperbilirubinemiya (145 gacha, sutkada 145 $\mu\text{mol/kg}$).

Bog'lanmagan bilirubin yig'ilishi, jigar bilirubinni bog'lash qobiliyatining buzilishi.

Gepatositlar funksional holatining pasayishi.

Jigar ekskretor faoliyatining pasayishi.

13. Fiziologik sariqlikka nimalar xos?

Chaqaloqlar hayotining 36 soatidan keyin paydo bo'lishi.

Terini 3-4- kunga kelib sarg'ayib, 7-10- kunida yo'qolishi.

Qon zardobidagi bog'lanmagan bilirubin konsentratsiyasi 205 $\mu\text{mol/l}$, to'g'ri bilirubinniki – 25 $\mu\text{mol/l}$.

14. Tirik tug'ilganlikning 4 bosh belgisini ayting:

Gestatsiya muddati – 22 hafta va ko'p.

Bo'yi 25sm va ko'p.

Homila vazni – 500g va ko'p.

Homilaning bir marta bo'lsa-da nafas olishi, yoki boshqa tiriklik belgilari.

XV BOB

MUDDATIDAN OLDINGI TUG'RUQ

Maqsad. Muddatidan oldingi tug'ruqning tasnifi, sabablari, klinik kechishi, asoratlari, davolash usullari va chala tug'ilgan bolalardagi kasalliklarni davolash va oldini olishni o'rganish.

Reja.

1. Muddatidan oldingi tug'ruqning tasnifi.
2. Muddatidan oldingi tug'ruqning sabablari.
3. Muddatidan oldingi tug'ruqning klinik kechishi va asoratlari.
4. Davolash usullari.
5. Chala tug'ilgan bolalardagi kasalliklarni davolash va oldini olish.

Homilaning 22-37 hafta ichida tug'ilishiga chalaturg'ulish deb aytilib, bunda chaqaloq vazni 500-2499 g, bo'yi 25-45sm atrofiga bo'ladi.

Muddatidan oldingi tug'ruqning quyidagi toifalari farqlanadi:

(tanlab olingan) - (10%-30%), ya'ni tug'dirib olish, ona yoki homiladagi biron – bir ko'rsatmaga binoan (og'ir preyeklampsiya, onadagi buyrak kasalligi yoki homila o'sishining sekinlashishi).

-asoratlangan- (20%-50%), homila pufagining yirtilishi yoki tug'ruqdan oldin qon ketishi.

-idiopatik- (40%-60%) qo'shimcha asoratlarsiz o'z-o'zidan muddatidan oldingi tug'ruq bilan xarakterlanadi.

Chala tug'ilgan bola tana og'irligi xususida quyidagilar qabul qilingan:

1. Kam tana og'irligi bilan tug'ilish-tana og'irligi 2500 g dan kam (1500 g dan 2499 g gacha).

2. Juda kam tana og'irligi bilan tug'ilish-tana og'irligi 1500 g dan kam (1000 g dan 1499 g gacha).

3. O'ta kam tana vazni bilan tug'ilish -tana og'irligi 1000 g dan kam (500 g dan 999 g gacha). (15.1; 15.2 rasmlar)

Chala tug'ilgan bolada bir qancha funksional yetishmovchiliklar mavjud bo'lib, shuning uchun ham bunday bolalar o'rtasida kasallanish va nobud bo'lish ko'p uchraydi.

Homilaning chala tug'ilish sabablari turlicha: ayol jinsiy a'zolarining to'la taraqqiy etmasligi (infantilizm); bachadondagi turli patologik o'zgarishlar (o'sma, to'siq, yallig'lanish, bachadon anomaliyasi va boshqalar); jinsiy bezlar funksiyasining buzilishi; tez-tez abort qildirish yoki homilaning o'z-o'zidan beixtiyor tushishi; bachadon bo'ynining yaxshi bekilmasligi (istmik-servikal yetishmovchilik va boshqalar) kabi asoratlar keyingi vaqtlarda ko'p uchramoqda. Chunki bunda bachadon bo'yni tug'ruq vaqtida yirtilishi va yaxshi tikilmasligi natijasida chilla davrida to'la-to'kis bitmasligi ko'pincha abort qilish oqibatlarida kelib chiqishi mumkin. Shu bilan bir qatorda ona va bola qon guruhlari hamda rezuslarining to'g'ri kelmasligi, homiladorlik toksikozlari, ayniqsa preyeklampsiya va eklampsiyaning biron – bir ichki kasalliklar bilan qo'shilib kelishi, homiladorlik davridagi turli ruhiy ezilish va emotsional o'zgarishlar,

homiladorlik davridagi turli o'tkir yuqumli kasalliklar: gripp, angina, gepatit, turli me'da- ichak kasalliklari va surunkali yuqumli kasalliklar, brusellyoz, zaxm, bo'g'imlar va yurak revmatizmi, sil kasalligi, moddalar almashinuvining buzilishi, haddan tashqari semizlik, qand va bo'qoq kasalligi kabilar homilaning barvaqt tug'ilishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, 18 yoshgacha bo'lgan hamda 30 dan oshgan tug'uvchi ayollarda ham bunday asoratlar ko'p uchrashi mumkin (15.1.-jadval).

Tug'ruqning kechishi va unda uchraydigan asoratlar

Klinik kechishiga qarab farqlash kerak: xavf soluvchi barvaqt tug'ruq, boshlanayotgan tug'ruq va boshlangan tug'ruq.

Barvaqt tug'ruq xavfi — bel sohasida va qorinning pastki qismida og'riq bilan ta'riflanadi. Bachadon qo'zg'aluvchanligi va tonusi oshgan, buni gisterografiya va tonusometriya ma'lumotlari aniqlab berishi mumkin. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni saqlangan, bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi yopiq. Qayta tug'uvchilarda u barmoq uchini o'tkazishi mumkin. Homila harakatchanligi oshgan. Homila oldinda keluvchi qismi kichik chanoq kirish qismiga taqalgan.

Boshlanayotgan barvaqt tug'ruqda- qorin pastida sezilarli to'lg'oqsimon og'riqlar yoki muntazam to'lg'oqlar kuzatiladi, buni gisterografiya ma'lumotlari tasdiqlaydi. Qin orqali tekshirilganda pastki segmentning shakllanishi, bachadon bo'ynining qisqarishi, ba'zan uning tekislanishi aniqlanadi.

Boshlangan barvaqt tug'ruqda - muntazam tug'ruq faoliyati va bachadon bo'yni ochilish dinamikasi xarakterli bo'lib (3-4 sm ortiq ochilishi), o'tib ketgan va qaytmas patologik jarayondan darak beradi.

15.1.-jadval

Muddatiga yetmagan homiladorlikning xavf omillari

Xavf omillari	Xavf omillari
Ekologik omillar	Akusher-ginekologik anamnez
Suv — mineralizatsiyasi oshgan, og'ir metallar tuzlari, pestitsidlardan ifloslangan va b.	Paritet: 1 tug'uruq. 5 va bundan ortiq tug'uruqlar
Havo — gazlar, changlar miqdori ko'p, quruq, qum bo'ronlari	Qisqa intergenetix interval
Tuproq — pestitsidlar, nitratlar va b. ximikatlar miqdori oshgan; - temir, kobalt, mis va b. mikroelementlar miqdori pasaygan	Abortlar
	Muddatdan oldingi tug'ruq
	O'tik tug'ilish
	Neonatal yo'qotishlar
Ovqat mahsulotlari — alishtirib bo'lmaydigan aminokislotalar yetishmasligi, yod, A, E vitaminlari, folatlar va b. miqdori kam; - ximikatlardan zararlangan	Bolalarda nevrologik buzilishlar
	Bolalarda tana vazni: 2500 g gacha va 4000g dan ortiq
	Bepushtlik

IJTIMOIY-BIOLOGIK OMILLAR		Bachadondagi chandiq	
Ona yoshi - <20 yosh va >35 yosh		Bachadonning rivojlanish nuqsoni	
Bo'yi - <150 sm		Bachadon o'smalari	
Tana vazni - >25% normadan		Istmik-servikal yetishmovchilik	
Psixosotsial stress		Sepsis	
Muvozanatlashmagan ovqatlanish		HOMILADORLIK ASORATLARI	
Zararli odatlar		Homiladorlar ko'sishi	
Ishlab chiqarishdagi zararlar		Preyeklampsiya	
ONALAR KASALLIKLARI		O'tkir yog' gepatozi	
EKSTRAGENITAL		Qon ketishi	
Anemiya	O'RVI	Rezus va ABo sensibilizatsiya	
Yurak-tomir kasalliklari	Nafas a'zolari kasalliklari	Chanoq bilan kelishi	
Buyrak kasalliklari	Surunkali infeksiya o'choqlari	Kamsuvlilik	
Jigar kasalliklari	O'tkir infeksiya	Ko'psuvlilik	
Me'da va ichak kasalliklari	Allergik holatlari	Ko'p homilalik	
GENITAL KASALLIKLAR		Muddatdan oldin tug'ilish xavfi	
IYOYUK	Eroziya va bachadon bo'ynining zararlanishlari	Homilaning noto'g'ri vaziyati	
Kolpitar	Surunkali endometrit	Pardalarning yuqoridan yirtilishi	
Bakterial vaginoz	Bachadonning rivojlanish nuqsonlari	Tromboflebit	
Mikst-infeksiya	Bachadon miomasi	YATROGEN	
YO'LDOSH HOLATI		Polifarmakoterapiya	
Mikroplatsenta	Platsentaning erta qarishi	Bachadon bo'yni yetilmagan holda amniotomiya	
Maxroplatsenta	Qon oqimi bug'ilishi	Asoslanmagan tug'ruq ko'zg'otish	
GENETIK OMILLAR		CHAQALOQ HOLATI	
YAqin qarindosh bilan nikohlanish	Homilada yoki bolalarda rivojlanish nuqsonlari	Gipotrofiya	Rivojlanish nuqsoni
		Gipoksiya	
Spermatozoidlar nuqsonlari		Ko'p homilalik	Mikrosomiya

Asoratlari. Dard boshlanmasdan qog'anoq suvining ketib qolishi, tug'ruq yo'llariga infeksiyalar tushishi, dardning sustlashishi, homilada gipoksiya kuzatilishi yoki o'lik tug'ilish kabilarni kuzatish mumkin. Tug'ruq yo'llari hali tug'ishga tayyor bo'lmaganligi sababli tug'ruq paytida bachadon bo'yni yirtilishi ko'proq uchraydi. Tug'ruqning III davri – yo'ldoshining bachadon devoridan ajralishi va chilla davrida esa septik kasalliklarni kuzatish mumkin.

Bulardan ko'proq endometrit (bachadon shilliq qavatining yallig'alanishi), metroendometrit, tromboflebit va boshqalarni uchratish mumkin.

Davolash usullari

Akusherlik taktikasi.

Vaziyatga qarab konservativ –kutuvchi (homiladorlikni davom ettirish) yoki aktiv olib borish taktikasiga amal qilinadi.

Konservativ-kutuvchi taktika xavf soluvchi va boshlanayotgan barvaqt tug'ruqlarda ko'rsatilgan. Bunda davolash kompleks va bachadon tonusini pasaytirishga, homila yashovchanligini oshirishga, barvaqt tug'ruqning sababi bo'lgan patologik holatlarni davolashga qaratilgan bo'lishi kerak.

Homiladorlar, odatda, qorin pastida vaqti-vaqti bilan tutayotgan og'riqdan, ba'zan homilaning sekin yoki haddan tashqari tez qimirlashidan shikoyat qilishadi. Vaqtidan ilgari tug'ishning biron-bir belgilari bo'lsa, ayolni tezda tug'ruqxonaga yuborib, homilani saqlab qolish choralari ko'rish lozim. Bunda ayolga har tamonlama tinchlik, asab tizimini tinchlantiruvchi dorilar (biopassit, valeriana, pustirnik, tazepam, seduksen, novopassit), vitaminlar, ayniqsa vitamin E 50-60mg, V6 va V12 lardan berish kerak. Bachadon qisqarishini susaytiradigan dorilardan papaverin shamchalaridan kuniga 2-3 mahal to'g'ri ichakka kirgizish, 1-2 tabletkadan kuniga 2-3 mahal no-shpa berish yoki uning eritmasidan (2ml) 1-2 mahal mushak orasiga yuborish, 2% papaverindan 2ml mushak orasiga, 25% magniy sulfat 10-15 ml 0,5% novokain (5ml) bilan birga mushak orasiga yuborishni, ginipral 1/4-1/2 tabletkadan 2-3 mahal, izoptin tavsiya qilish mumkin. Virusli infeksiya bo'lganda ulkari 1 tabletkadan 3 mahal 5 kun davomida buyuriladi. Bundan tashqari, homilaning ahvolini yaxshilash uchun 40% glyukoza (20-40ml)ni 50 mg kokarboksilaza bilan tomirga, 5% askorbin kislotasi (5ml)ni t/i. Homilaning o'pkalarini rivojlantirish uchun albatta deksametazon yoki prednizalon har 12 soatda 2 marta beriladi.

Vaqtidan ilgari tug'ish sabablaridan biri bachadon bo'yni yetishmovchiligi (istmik-servikal yetishmovchilik), bunda qog'anoq pardasi sekin-asta bachadon bo'ynidan qinga chiqib boshlaydi. Homilani saqlab qolish uchun dori-darmonlar bilan bir qatorda bachadon og'zini tikish kerak. Buni shifokor bajaradi.

Boshlanayotgan barvaqt tug'ruqda o'tkir tokolizni qo'llash mumkin, buning uchun bachadon qisqarish faoliyatini pasaytirish maqsadida b-mimetik-partusisten yoki ginipral beriladi.

Agar homilaning vaqtidan ilgari tug'ilish belgilariga homila suvi ketish ham qo'shilsa, bunda suv ketish darajasiga qarab ish tutiladi. Qog'anoq suvi ozgina miqdorda ketsa, bu ko'proq qog'anoqning bachadon og'ziga yaqin qismida emas, aksincha, ichkari qismida yirtilganligini ko'rsatadi. Bunda homilador uchun butunlay osoyishda sharoit bo'lishi, unga antibiotik, sulfanilamid va homilani saqlab qolish uchun boshqa kerakli dori-darmonlardan berilsa, ba'zi vaqtda homila oldi suvi to'xtab og'riqlar kamaysa, homilaning vaqtidan oldin tug'ilishidan saqlab qolishga muvaffaq bo'linadi va homila ahvolini yaxshilaydigan dori-darmonlarni berish davom ettiriladi.

Olib borilgan davo yordam bermasa (2-3), homila o'z-o'zidan tug'ilishi mumkin, agar tug'ilmasa, dardni tezlashtiradigan bachadon og'zini yetarli «yetiltirish» hamda bachadon muskullarini qisqartirish uchun homilador organizmiga 1ml (5 birlikdagi) enzaprost yoki oksitotsin 1ml 10% - 400 ml glyukoza eritmasiga qo'shib vena ichiga 8 tomchidan boshlab yuboriladi. Tomchilar soni har 5 minutda 5ta dan ko'paytiriladi, umumiy soni 25-30 ta gacha yetkaziladi va bachadon qisqarishidan, homila ahvolidan tez-tez xabardor bo'lib turiladi. Agar qorinda boshlangan og'riq muntazam, ya'ni har 6-8 minutda tutib, tug'ruq jarayoni boshlanmasa, bu homilador organizmining tug'ishga hali tayyor emasligini bildiradi. Shunday bo'lsa ham oksitotsin va glyukoza aralashmasidan odatdagidek 6-8 tomchidan qon tomirga sekin-asta yuboraverish kerak, bu esa bachadon og'zining yetarli «yetilishiga» yordam beradi.

Qog'anoq suvi ko'p bo'lsa, ayniqsa dard tutmasdan oldin ketsa, bu ko'proq bachadon bo'ynining yaxshi bekilmasligi natijasida yuzaga keladi, bunda homilani saqlab qolishning iloji bo'lmaydi. Bunda dard o'z-o'zidan boshlanmasa, uni qo'zg'atadigan dori-darmonlar qilish lozim. Shuni ham aytish kerakki, vaqtidan ilgari ham o'z vaqtida tug'ilgandagi kabi dard tutib, bachadon og'zi sekin-asta ochilada, suv ketmagan bo'lsa qog'anoq yoriladi, homila tug'iladi, so'ngra yo'ldosh bachadon devoridan ajraladi, umuman normal tug'ruqdagi barcha jarayonlar kuzatiladi.

Homila suvi ketayotgan bo'lsa, u o'z-o'zidan to'xtab qolishi yoki davom etishi mumkin, bunda ona va homilaning ahvolini nazorat qilish kerak, infeksiyaning belgilari paydo bo'lsa (leykositoz, tana temperaturasi oshishi, hidli oqmalar), shunda tug'ruqni tezlashtirish zarur. Tug'ruqning I davrida dardni kuchaytiruvchi dorilar bilan birga bachadon bo'ynining yaxshi ochilishiga yordam beradigan spazmolitik va infeksiyaga qarshi, asfiksiyaning oldini oluvchi dorilardan 5% glyukoza (40ml), 5% askorbin kislotasi 3-5ml, kokarboksilaza 50 ml dan vena qon tomiriga tomchilatib yuboriladi.

Tug'ruqning I va II davrlarida ona va homilaning umumiy ahvolini diqqat bilan kuzatib turish kerak.

Homila chala tug'ilishida ko'pincha dardning birlamchi sustligi kuzatiladi, ba'zan ikkilamchi sustligi ham uchrashi mumkin. Bu vaqtda ona va bolaning ahvoliga qarab turli dorilar va akusherlik usullari qo'llaniladi. Ko'pincha, yuqorida aytib o'tilganidek, spazmolitik va og'riq qoldiruvchi dorilar bilan 40% glyukoza eritmasi 40 ml, 5% askorbin kislotasi 5 ml, 50 mg kokarboksilaza aralashmasini qon tomiriga sekin-asta yuborish dardni zo'raytiradi hamda homila asfiksiyasining oldi olinadi. Qo'llaniladigan choralarni har 3 soatda takroran olib borish kerak.

Homilaning boshi beshikast chiqishi uchun vulvar halqani qirqish — epiziotomiya yoki perineotomiya qilish tavsiya etiladi.

Homila chala tug'ilganda tug'ruq yo'llari ko'proq shikastlanishi mumkin. Uni aniqlash uchun chilla davrining ilk 2 soati ichida tug'ruq yo'llarini ginekologik ko'zgu yordamida tekshirish lozim, yirtilgan bo'lsa, aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilgan holda tikish kerak.

Homila chala tug'ilganda chilla davri juda mas'uliyatli hisoblanadi, homilaning chala tug'ilishiga sabab bo'lgan biror kasallik belgilari aniqlansa, uni ham vaqtida davolash zarur.

Har bir chala tug'ilgan bola o'ziga xos xususiyatga ega. Bolaning chalaligining faqat uning vazniga emas, balki boshqa bir qancha belgilariga qarab ham aniqlanadi. Bu quyidagilardan iborat: odatda chala tug'ilgan bolaning bo'yi kalta bo'lib, bu uning chalalik darajasiga bog'liq. Ya'ni bola qancha chala bo'lsa, uning bo'yi shuncha kalta bo'ladi. Chala tug'ilgan bolalar anchagina ozg'in, teri osti va usti to'qimalari yaxshi taraqqiy etmagan bo'ladi. Lekin buni kasal yoki vaqti-soati yetib tug'ilgan sog'lom bolalardagi ozg'inlik (gipotrofiya) dan farq qila bilish lozim. Gipotrofik bolalar terisi burushgan bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalar bo'shashgan, muskularining tonusi past, ovozi sust, yemish refleksi yaxshi taraqqiy etmagan bo'ladi. Ularda boshi tanasiga nisbatan kattaroq (muddatida tug'ilgan bolalar boshi tanasining $\frac{1}{4}$ qismini tashkil qiladi). Kichik liliqdoq ochiq bo'lib, bosh suyagi choklari yaxshi birixmagan, suyagi biroz qiyshiqroq bo'ladi. Uzun tuklar vaqti-soati yetib tug'ilgan bolalarning yelkasi va kurak ostidagina bo'lsa, chala tug'ilgan bolalarning tanasida ham bo'ladi. Bunga lanuga deyiladi.

Chala tug'ilishning yana boshqa belgilaridan biri qiz bolalarda katta jinsiy lablarning kichik jinsiy lablarini berkitmasligidir. O'g'il bolalarda esa urug'don qorin bo'shlig'ida bo'lib, keyinchalik sekin – asta urug' xaltasiga tushadi. Bundan tashqari, chaqaloqlarning tirnoqlari ham yaxshi taraqqiy etmagan bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolaning asosiy fiziologik xususiyatlari nimalardan iborat? Homila tug'ilgandan va onadan ajralgandan so'ng chaqaloqlik davri boshlanadi. Bu davr chaqaloq uchun murakkab davr hisoblanib, bunda organizmning tashqi muhitga moslashishi kuzatiladi. Bu davrda fiziologik sarg'ayish, jinsiy kriz, vaznning kamayishi va boshqa shunga o'xshash murakkab o'zgarishlar kuzatiladi. Chaqaloqlik davri o'z vaqtida tug'ilgan bolalarda 3-4 hafta davom etsa, chala tug'ilgan bolalarda ancha uzoqroqqa cho'ziladi. Chala tug'ilgan bolalarning ichki a'zolari etarli taraqqiy etmagan bo'lib, bolaning vaqtdan ilgari tug'ilishi uning tashqi muhitga moslashishida ko'pgina qiyinchilik tug'diradi. Shu sababli chaqaloqqa birinchi haftasida alohida sharoit yaratish va turli xil dori-darmonlar qilish talab qilinadi.

Chala tug'ilgan bolaning ayrim xususiyatlaridan biri ularda kuzatilgan vaznning kundan- kunga biroz kamayishi bo'lib, bu asosan qornidagi hosil bo'lgan birinchi axlat va siydikni, tug'ilganning 2-3- kunida ajralib chiqishi, chaqaloqning tez-tez nafas olishi, og'zidagi suyuqlikning bug'lanishi hamda haftaning birinchi kunlarida ular organizmiga suyuqlikning yetarli darajada tushmasligi hisobig bo'ladi. Bunga vaznning fiziologik kamayishi deb aytiladi. Bu o'z vaqtida tug'ilgan bolalarda tug'ilgandagi vaznning 6-9 % ni tashkil qilsa, chala tug'ilganlarda 10-15% ini tashkil qilishi mumkin. Chaqaloqlarning avvalgi vazni miqdoriga yetishishi chala tug'ilgan bolalarda 2-3 haftagacha davom etadi. Bu jarayonni to'g'ri idora qilish uchun chaqaloqni neonatolog shifokor nazorat qilishi lozim.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda fiziologik sarg'ayish nimadan iborat? Bunda chaqaloq terisi va ko'zining oq qismida tug'ruqning dastlabki 2-3-kunida sarg'ayish yuzaga keladi, bu sariqlik chaqaloq hayotining 7-10 kunlarida butunlay yo'qolib ketishi kerak.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarning jigari hali to'la rivojlanmagan bo'lib glyukagon – transferaza fermenti yetarli ishlab chiqarilmaydi. Shuning uchun chaqaloq eritrositlarining parchalanishi natijasida hosil bo'lgan va qayta ishlanmagan bilirubin pigmenti uni jigarida bevosita bilirubin pigmentiga aylantirishga ulgurmaydi, bu jarayon vaqtinchalikdir. U chala tug'ilgan chaqaloqlarda muddatda tug'ilganlarga nisbatan uzoqroq vaqda o'tadi, ya'ni 10-15 kundan 2 oygacha davom etishi mumkin.

Bunday hollarda vena qon tomiriga chaqaloq vazniga qarab glyukoza va boshqa dori-darmonlar yuborish lozim. Umuman olganda, chala tug'ilgan chaqaloqlar o'zining anatomix-fiziologik tuzilishi bilan sog'lom tug'ilgan chaqaloqlardan anchagina farq qiladilar. Hayot uchun zarur bo'lgan asosiy a'zo va tizimlar funksional jihatdan yaxshi taraqqiy etmagan bo'ladi, bu juda ham chala tug'ilgan chaqaloqlarda ayniqsa ko'proq ko'zga tashlanadi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar ko'pgina kasalliklarga: zotiljam, raxit va boshqalarga moyil bo'lishadi. Ularda tana haroratini idora qilish ham yetarli rivojlanmaydi. Agar tashqi muhit harorati o'zgarsa, ularda ham harorat tez o'zgarib, tez sovqotishi yoki, aksincha, tezda harorati ko'tarilib ketishi mumkin. Birinchi yoshida kamqonlik uchragan mumkin. Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishda yuqorida ko'rsatilganlarga to'la amal qilish chaqaloqlar o'rtasida o'limning kamayishiga yordam beradi.

Chala tug'ilgan bolalardagi kasalliklarni davolash va oldini olish.

Barvaqt tug'ilgan bolalarda tug'ruq vaqtida qanday asoratlar ro'y beradi? Ko'pincha bosh miyaga qon quyilishi va uning shikastlanishi bo'ladi. Bosh miyaga qon quyilish klinikasi quyidagilardan iborat: chaqaloqlarning umumiy ahvoli og'ir bo'lib, teri qavati oqaradi, og'iz va burni atroflari ko'kish tus oladi. Ko'z soqqasiga mayda nuqtasimon qon quyiladi.

Ingrab tez-tez, minutiga 80-100 martagacha nafas oladi. Tomir urishi sekinlashadi; yurak urish ohangi sust, tana harorati o'zgaruvchan chaqaloqda bezovtalanishi, tez o'zg'aluvchanlik kuzatiladi. Tananing hamina muskullari o'zgarib, yuz muskullarining hiroz qisqarib turishi, ba'zi muskullarining tirishishini kuzatish mumkin. Bundan tashqari, qo'llari va pastki jag'ida qaltirash, katta va kichik liqildog'i tarang bo'lib, ko'z qorachiqclarining har xil kengayishi yuzaga keladi. Ba'zan chaqaloq bo'shashgan muskullari tonusining juda ham pasayganligi kuzatiladi.

Bosh miyaga qon quyilishini davolashda nimalarga e'tibor berish kerak? Chaqaloq xyuvez rejimida saqlanadi, yotgan joyini "in"ga o'xshatib yasash hamdahimoya rejimini tashkil qilish zarur, "Shans yoqasi" qo'llaniladi. Davolash choralari avvalo nafas olishni normallashtirishdan boshlanadi. Buning uchun orqali daqiqada 4 litr 34 gradus daraja nam kisloroddan 5-10 daqiqa tanaffus qilib hidlatiladi. Bu birinchi sutkalarida bo'lsa, keyinchalik daqiqada

berilayotgan kislorod miqdori kamaytirilib, tanaffus vaqti oraliq'i uzaytiriladi. Sipak apparati qo'llaniladi. Miyaga qon quyilishini kamaytirish uchun chaqaloqqa qon to'xtatadigan dori-dorimonlar beriladi. Surfaktant sintezi uchun Ambrobene 20 mg/kg miqdorda qilinadi. Oziqlanishi yengil va o'rtacha og'ir GIE da oz miqdorda tez-tez zond, shpris, krujka orqali. Chaqaloq organizmida suyuqlik yetishmovchiligini kamaytirish uchun birinchi 2 sutkalarda hammasi bo'lib (ichishga hamda qon tomiriga) 1kg gavda og'irligiga 40-60 ml, 3-sutkada 60-70ml, 4-sutkada 70-80 ml, 5- sutkada 80-90ml suyuqlik yuboriladi.

Barvaqt tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydigan asfiksiya kasalligi nimalardan iborat va uni qanday davolash kerak? Asfiksiyada chaqaloq nafas olishi og'irlashadi va tezlashadi, yuzaki bo'lib qoladi, natijada to'qimalarda chuqur metabolik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Asfiksiya kelib chiqishiga ko'ra homila asfiksiyasiga va birlamchi hamda ikkilamchi chaqaloq asfiksiyasiga bo'linadi.

Chaqaloq asfiksiyasi homila asfiksiyasining davomi bo'lib, homila asfiksiyasi negizida ha'zan yo'ldosh qon aylanish tizimining buzilishi (sabablari homiladorlik toksikozlari, yo'ldosh patologiyasi), homiladorlik davrida kislorod yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin bo'lgan kasalliklar (yurak-tomir, nafas olish tizimi kasalliklari, birdan ko'p qon ketishi natijasida shok yuzaga kelishi), kindikning o'z-o'zidan homila yoki tanasi atrofida o'ralib qolishi, kindikning homiladan oldin tug'ilishi, qog'anoq suvining barvaqt ketishi natijasida «quruq» tug'ish, dardning sustligi natijasida tug'ruqning cho'zilishi va boshqa patologiyalar yotadi. Ko'rsatilgan sabablar homilada kislorod yetishmasligiga, natijada uning qonida oksid gazi to'planishiga, homila nafas olish markazini qo'zg'atib, uning ona qornida nafas olishiga olib keladi. Bu esa o'z navbatida homilaning nafas yo'llariga qog'anoq suvining kirishiga va homila nafas yo'llarini berkitib qo'yishiga olib keladi.

Bundan tashqari, homilador organizmida kislorod etishmasligi natijasida qon aylanish tizimida chuqur o'zgarishlar kuzatiladi, bu asfiksiyaga olib keladigan sabablardan biri bo'lishi va bosh miyaga, o'pkaga va boshqa a'zolarga qon quyilishiga olib kelishi mumkin. Natijada esa homila yurak urishi tezlashadi (asfiksiyaning boshida) yoki sekinlashadi (asfiksiyaning og'ir kechishida), ritmi buziladi. Bu vaqtda ona qornidagi homilaning qimirlashi oldiniga tezlashib, keyinchalik sekinlashib qolishi mumkin. Kislorod yetishmasligi natijasida sodir bo'lgan o'zgarishlar homilaning orqa chiqaruv teshigi muskullariga ta'sir qilib, u biroz ochilishi mumkin va to'g'ri ichakda birlamchi axlat qog'anoq suvi tushib, unga yashil tus beradi. Agar tug'ruq paytida qog'anoq suvi yashil tusda va «loyqalangan» bo'lsa, demak homilada gipoksiya mavjud bo'ladi va unga tezda yordam ko'rsatish lozim. Homilaning ona qornidagi gipoksiyasi tug'ruqqacha yoki tug'ruq paytida nobud bo'lishiga yoki gipoksiya alomatlari bilan tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Birlamchi asfiksiya ko'pincha homila asfiksiyaning davomi bo'lib, ha'zan homila tug'ilayotgan paytda kuzatilishi mumkin. Bunda, bir tomondan, chala tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olishni boshqaruvchi markaz taraqqiy etmaganligi bo'lsa, ikkinchi tomondan esa, chaqaloq nafas yo'llariga qog'anoq suvi va qin

yo'llidagi shilliq moddalar tushishi natijasida nafas yo'llari berkilib qolishidir. Asfiksiyaning klinik belgilariga qarab yengil, o'rtacha og'irlikdagi va og'ir darajalari kuzatiladi.

Yengil darajadagi asfiksiyada homilaning terisi biroz ko'ximtir bo'lib, nafas olishi qiyinlashgan, reflekslar hamda muskullarining tonusi biroz pasaygan, lekin yurak urishi yaxshi, nafas olishi biroz sustroq bo'ladi.

O'rtacha og'irlikdagi asfiksiyada homila terisi ko'ximtir, reflekslari va muskullar tonusi pasaygan, yurak urish soni kamaygan, nafas olishi past bo'ladi.

Og'ir darajadagi asfiksiyada chaqaloq deyarli nafas olmaydi yoki siyrak nafas oladi, yurak urishi ancha pasaygan, reflekslari va muskul tonuslari juda past yoki deyarli bo'lmaydi, terisi oqimtir tusda bo'ladi.

Ikkilamchi asfiksiya homila tug'ilgandan so'ng chaqaloq hayotining birinchi kunlarida kuzatilib, unga ko'proq o'pka zotiljami, o'pka ma'lum qismlarining nafas olishda qatnashmasligi (atelektaz), bosh miya shikastlanishi, ichki a'zolar anomaliyasi, haddan tashqari chala tug'ilish kabilar sabab bo'lishi mumkin. Ikkilamchi asfiksiyaning boshlanishi nafas olishning qiyinlashishi va teri rangining ko'ximtir bo'lishi bilan boshlanadi. Chaqaloq qiynalib nafas olishi yoki butunlay nafas ololmay qolishi mumkin, shunda terisi juda ko'karib yoki oqarib, muskullar tonusi pasayib ketadi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilsa, chaqaloq o'ziga keladi, lekin asfiksiya keyinroq yana qaytarilishi mumkin, shuning uchun asfiksiya sababini bartaraf qilishga harakat qilish lozim. Bunday jarayon ko'proq juda chala tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Ikkilamchi asfiksiyada bolani so'rg'ich bilan emizib boqish, tana haroratining pasayib ketishi, qorning dam bo'lishi, biron-bir ukol qilish kabilar sabab bo'lishi mumkin.

Homiladorlik davridagi homila gipoksiyasi (yoki asfiksiyasi)ga quyidagicha davo qilinadi. Homila surunkali gipoksiyasining oldini olishda oilaviy poliklinika muhim rol o'ynaydi. Har qanday ichki kasalliklarni homilador bo'lmasdan oldin davolagan ma'qul. Homiladorlik boshlanganidan so'ng homila gipoksiyasi bo'lishi ehtimoli bor ayollar shifokorga murojaat qilishlari lozim. Gipoksiyaga sabab bo'luvchi ichki kasalliklar va homidorlik gipertenziv holatlarini o'z vaqtida davolash gipoksiyaning oldini olish garovidir.

Tug'ruq davrida uni to'g'ri boshqarish lozim. Asfiksiya boshlanishi bilan kerakli chora-tadbirlar ko'rsatilsa, uni o'z vaqtida davolash bolalar o'limining oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Masalalar:

1. Qayta homilador ayol, 26 yoshda, 22-23 hafta homiladorlik bilan keldi. Anamnezidan – oldingi homiladorliklari 16 va 18 haftada homila tushish bilan tugagan. Hayz sikl buzilmagan.

2. 38 yoshli birinchisiga homilador homiladorlikning 33-34 haftasida, UTT bajarish kerak? Homiladorlik muolajalarini tayinlash rejasi? Tekshiruvga jo'natilgan. Qorin aylanasi 90sm, bachadon tubi turish balandligi 34sm .Ayol vazni 70kg. Taxminiy diagnoz? Tekshiruv maqsadi qanday?

O'rgatuvchi testlar:

1. Homiladorlik muddatiga yetmasligining 6 ta sababini ayting:

infektsion kasalliklar (brusellyoz, toksoplazmoz);

virusli infeksiya;

infantilizm (gormonal yetishmovchilik, bachadon gipoplaziyasi);

ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalligi;

jinsiy a'zolarida rivojlanish nuqsoni;

istmik-servikal yetishmovchilik.

2. Muddatiga etmagan homilaga xos 5 ta belgini ayting:

tana og'irligining 2500 g dan kamligi;

bo'yining 45 sm dan kamligi, ovozi chiyillagan;

homila oqish surtmasining ko'pligi;

teri yog' kletchatkasining kamligi;

quloq va burun tog'aylarining yumshoqligi;

tirnoqlarning kaltaligi;

o'g'il bolalarda moyagi urug' xaltaga tushmagan, qiz bolalarda kichik

jinsiy lablar katta lablarini yopmagan.

3. Muddatidan oldin tug'ruq va homilaga ta'rif bering:

Muddatidan oldin tug'ruq deb, homiladorlikning 22 haftasidan 37 haftasigacha bo'lgan tug'ruqqa aytiladi;

Homila vazni 500 g dan 2499g gacha.

4. Muddatidan oldingi tug'ruqqa xos asoratlar:

Homilaning noto'g'ri holatda bo'lishi va yotishi;

NJYBK;

Tez yoki o'ta tez tug'ruq;

Tug'ruqda ona va bola jarohati.

5. Muddatidan oldingi tug'ruqning 3 bosqichini ayting:

Oldin tug'ish xavfi;

Boshlanayotgan muddatidan oldingi tug'ruq;

Boshlangan muddatidan oldingi tug'ruq.

6. Muddatidan oldingi tug'ruqning asosiy sabablari:

Ijtimoiy- demografik;

Siydik yo'llari yallig'lanish kasalliklari;

Homila tushishi, homilani oldirish;

O'tkir va surunkali, virusli kasalliklar ;

Istmik – servikal yetishmovchilik.

7. Muddatidan oldin tug'ilish xavfi klinikasi:

qorin pastida va bel sohasida doimiy bo'lmagan og'riq;

bachadon qo'zg'aluvchanligi va tonusi oshgan;

bachadon bo'yni saqlangan, bo'g'zi yopiq.

8. Boshlanayotgan muddatidan oldin tug'ish klinikasi:

qorin pastida dardsimon og'riq yoki muntazam dard;

bachadon bo'ynining tekislanishi va kaltalashuvi;

qog'anoq suvlarining barvaqt ketishi.

9. Boshlangan muddatidan oldingi tug'ishning klinikasi:

muntazam dard tutishi;

bachadon bo'ynining 2-4 sm dan ko'p ochilishi.

10. Vaqtidan oldingi tug'ruqning kechish xususiyatlari:

Qog'anoq suvlarining barvaqt ketishi;

Tug'ruq faoliyati anomaliyalari;

NJYBK;

Tug'ruqning III va ilk chilla davrida qon ketishi;

Tug'ruqda va chilla davrida yiringli- septik asoratlar;

Homila gipoksiyasi.

11. Vaqtidan oldin tug'ilish xavfini davolash tamoyillari:

Yotoq rejimi;

Psixoterapiya va sedativ vositalar;

Spazmolitik terapiya;

Bachadon faolligining pasaytirishi, tokolitiklar, b- adrenomimetiklar;

Fizioterapiya va dorilarsiz usullar qo'llash;

Prostaglandin ingibitorlarini buyurish;

Chaqaloqlarda nafas respirator- distress sindromini glyukokortikoidlar bilan oldini olish.

XVI BOB

MUDDATIDAN O'TGAN HOMILADORLIK

Maqsad. Muddatidan o'tgan homiladorlik to'g'risida tushuncha, sabablari, patogenezi, diagnostikasi, asoratlarini va tug'ruq jarayonini boshqarish usullarini o'rganish.

Reja. 1. Muddatidan o'tgan homiladorlikning sabablari va patogenezi.

2. Homiladorlikni olib borish.

3. Muddatidan o'tgan homiladorlikni aniqlash.

4. Asoratlari.

5. Tug'ruq jarayonini boshqarish usullari.

Muddatidan o'tgan homiladorlik, ko'pchilik olimlarning fikricha, umuman 1,4 – 14% hollarda uchrab, o'rtacha 8% ni tashkil qiladi. Bizning sharoitimizda tez-tez tug'adigan ayollar ko'p bo'lganligi uchun 5 – 10%, birinchi tug'uvchi ayollarda esa 4-5% hollarda uchraydi.

Muddatidan o'tgan homiladorlik nima? Fiziologik homiladorlik 39 – 41 hafta davom etadi, agar tug'ish 42 haftadan o'tib ketsa, patologik – muddatidan o'tgan homiladorlik yoki kechikkan tug'ruq hisoblanadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikni uzoq davom etgan homiladorlikdan farq qila bilish kerak.

Uzoq davom etgan homiladorlikda homila ona organizmida tug'ilish darajasida rivojlanmaganligi sababli homiladorlik bir-ikki hafta ko'p davom

etadi. Ko'pchilik olimlar buni biologik holat yoki homiladorlikning muddatidan vaqtincha uzayishi deb hisoblaydilar.

Agar homiladorlik muddatidan ikki hafta yoki bundan ko'proq o'tsa va homilada vaqtidan o'tib tug'ilish belgilari mavjud bo'lsa, bu patologik yoki haqiqiy vaqtidan o'tib tug'ilish deyiladi. Keyingi vaqtlarda o'tkazilgan ko'pgina ilmiy tadqiqotlar va kundalik tajriba homilaning muddatidan o'tib tug'ilishi ona va bola uchun xavfli ekanini ko'rsatdi.

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikning kelib chiqish sabablari ko'p yillardan beri olimlarning diqqat-e'tiborini o'ziga jalb etib kelgan.

Gippokrat davridan shu vaqtgacha juda ko'p ilmiy tadqiqotlar qilindi va ko'pchilik olimlar ayol organizmida neyroendokrin tizim, jinsiy bezlar faoliyatining buzilishini muddatidan o'tgan homiladorlikning asosiy sabablaridan biri deb hisoblaydilar, shulardan ayrimlari to'g'risida to'xtalib o'tmoqchimiz.

Hayz ko'rish siklining har xil o'zgarishlari homiladorlikning muddatiga ta'sir qilishi aniqlangan. Bunda: bolalik davrida bo'lib o'tgan biron-bir infeksiyon kasalliklar (qizilcha, tepki, qizamiqning og'ir formasi va boshqalar) hayz ko'rishni boshqaruvchi bosh miyadagi markazlar faoliyatini o'zgartirib, hayz muddatining buzilishi, natijada hayz sikli qisqa (21 kundan kam) va uzoq (25 kundan ko'p) bo'lib qolishi mumkin. Muddatidan o'tgan homiladorlikda hayz siklining har zamonda (2-3 oyda bir marta) kelishi ma'lum rol o'ynashi mumkin.

Bu jarayonda ichki a'zolarining ba'zi kasalliklari ham ma'lum ahamiyatga ega bo'ladi. Bulardan ichki sekretsiya bezlari (gipofiz, buyrak usti, me'da va boshqalar) faoliyatining buzilishi, moddalar almashishining (yog', oqsil, uglevod va boshqalar) o'zgarishi, homiladorlikda gipertenziv holatlar, biron-bir asab-psixik kasalliklar ham ma'lum ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu asoratda homilaning ham hissassi katta, chunki vaqtidan o'tib tug'ilgan homila va chaqaloqlar o'rtasida turli nuqsonlar: gidrosefaliya-miya qorinchasiga suv yig'ilishi, anensefaliya-homilaning bosh miyasiz tug'ilishi, mikrocefaliya-bosh miyaning odatdan tashqari kichik bo'lishi. Daun kasalligi, tug'ma nasl kasalligi, buyrak polikistozi - buyrakning mayda pufakchalariga aylanishi kabi kasalliklar 9,24% ni tashkil etadi.

Odatda homilaning normal rivojlanishida ona-yo'ldosh-homila tizimi bir butun bo'lib, ularning faoliyatlari bir-biriga chambarchas bog'liqdir.

Homilaning buyrak usti bezi degidroandrosteron gormoni ishlab chiqaradi, u homila va ona jigarida 16-gidroepiandrosteronga aylanadi, bu esa yo'ldoshda estradiolga aylanadi. Agar bu tizim buzilsa, ona qonidagi estriol miqdori kamayadi, bu homila hayoti xavf ostida ekanligini ko'rsatadi. Agar estrogen gormoni yetarli ishlanib chiqmasa, ayol organizmining tug'ilish vaqtida o'lik bola tug'ilishiga olib keladi.

Ba'zi olimlarning fikricha, qondagi progesteron gormoni ko'payib ketsa ham homiladorlikning vaqtidan o'tib tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tug'ruq jarayonining o'z-o'zidan boshlanishida biologik aktiv aminlar (serotonin, kinin, bradikinin, prostaglandin va boshqalar) katta ahamiyatga ega bo'lib, ularning qondagi miqdori kamayib yoki oksidaminaza hamda

xolinesteraza fermentlarining ko'payib ketishi ham homilaning vaqtidan o'tib tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin. Tug'ruq vaqtida bachadon mushaklari yaxshi qisqarishi uchun mikroelementlar (marganes, rux va boshqalar), vitaminlar (V guruhi IV, 12V, vitamin RR, S, E va boshqalar), glikogen va boshqalar muhim rol o'ynaydi. Agar ana shu moddalar ayol qonida kamayib ketsa, bachadon mushaklarida moddalar almashinishining buzilishiga olib kelishi va homilaning vaqtidan o'tib tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek, bachadon mushaklari ilgari yallig'langan yoki ayol ko'p marta abort qildirgan bo'lsa, bachadon mushaklarining qondagi gormonlarga sezuvchanligining susayishi ham muddatidan o'tgan homiladorlikka sabab bo'lishi mumkin.

Muddatidan o'tgan homiladorlikni aniqlashda oilaviy poliklinikaning roli katta. U yerda ayollarni har taraflama tekshirish katta ahamiyatga ega.

Homilador ayollar oilaviy poliklinikaga kelganda hayzning qachon va necha yoshdan boshlangani, necha kun davom etishi, necha kunda takrorlanishi (21,28 yoki 30-35), hayz ko'rganda og'riq bo'lish-bo'lmasligi, oxirgi marta qachon hayz ko'rgani kabi ma'lumotlarni bilishi juda katta ahamiyatga ega, chunki muddatidan o'tib ketgan homiladorlik ko'pincha kech, 16-17 yoshda hayz ko'rgan va hayz ko'rish funksiyasi buzilgan ayollarda ko'proq uchraydi.

Homiladorlikda ayolning yoshi katta ahamiyatga ega bo'lib, muddatidan o'tgan homiladorlik ko'pincha 28 yoshdan keyin birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda ko'p uchraydi.

Poliklinikada ayoldan oldingi homiladorligi qanday o'tganligi, farzandi chala tug'ilganmi yoki muddatidan o'tganmi, homiladorlik asoratlari to'g'risidagi ma'lumotlarni homiladorlik varaqasiga aniqlab yozib qo'yish kerak. Ayol homiladorlikning birinchi yarmida (5 oygacha) bir oyda bir ikki, ikkinchi yarmida uch-to'rt marta tekshirib turiladi. Agar homiladorlik davrida normadan tashqari belgilar topilsa yoki homiladorlikning muddatidan o'tish xavfi bo'lsa, bunda ayolni tug'ruqxonaqa homiladorlikning 37-38 haftasida yotqizish zarur.

Homilador ayolning taxminiy tug'ish vaqi quyidagicha aniqlanadi. Homiladorlik oxirgi hayzning birinchi kunidan hisoblanganda o'rta hisobda 280 kun yoki akusherlar oyi bilan 10 oy (40 hafta), ba'zan homilaning rivojlanish xususiyatiga qarab 280 kundan (10-12 kungacha) kam yoki ko'p davom etishi mumkin.

Bundan tashqari, oxirgi hayzning birinchi kunidan boshlab 3 oy orqaga sanab, unga 7 kun qo'shiladi. Masalan, agar oxirgi hayzning birinchi kuni 20 avgust bo'lsa, 3 oy orqaga sanalib unga 7 kun qo'shilsa, tug'ruq kelasi yilning 27 mayida bo'ladi. Homilaning taxminiy tug'ish kunini uning birinchi marta qimirlagan sanasini ayoldan so'rab ham aniqlash mumkin. Ma'lumki, birinchi tug'uvchi ayollar homilaning birinchi marta qimirlashini 20 haftaligida, qayta tug'uvchilar esa 18 haftada sezishadi. Shunga asosan, birinchi tug'uvchilarning homila qimirlaganligini sezgan sanasiga 144 kun yoki 20 hafta, qayta tug'uvchilarda 154 kun yoki 22 hafta, tug'ruqning taxminiy kunini aniqlash mumkin.

Hozirgi paytda tug'ruq vaqtini aniqlashdagi qo'shimcha usullardan biri qondan surtmalar olib, undagi hujayralar sifatiga, soniga, shakliga qarab sitologik

aniqlash usuli keng tarqalgan. Qin devori shilliq qavati 4 xil hujayralardan tashkil topgan: bazal, parabazal, oraliq va yuzaki qavatdan. Bunda bazal qavat hujayralarigacha yetiladi, hujayra shakllarining o'zgarishi va ularning borgan sari kichiklanishi, ko'chib turishi hujayralarning soni, qondagi estrogen va progesteron gormonlarning miqdoriga bog'liq.

Odatda tug'ruqqa yaqin homilador organizmida estrogen gormoni ko'payib borgani uchun u qin shilliq qavati hujayralariga ta'sir qilib, qavat yadrosi nuqtasimon bo'lgan hujayralar soni ham ko'paya boradi. Qindan surtmaning tushishi 8-10 kun qolganda har kuni olib tekshirilib ko'rilganda bunga ishonch hosil qilish mumkin. Agar ko'rsatilgan hujayralar soni 20 dan kam bo'lsa, demak homilador organizmida estrogen gormoni kamligini ko'rsatadi, shu bilan birga tug'ruqqa ko'nikayotganidan darak beradi. Agar qinda yallig'lanish bo'lsa, bu usul bilan tekshirish natija bermaydi. Shu bilan birga bachadon bo'ynining yetilish darajasiga, bachadon muskullarining oksitosinga sezgirligiga ham ahamiyat berish zarur. Bachadon bo'ynining uzunligi, chanoq o'qiga nisbatan joylashishi, devorlarining qalin-yumshoqligi, kanalining kengligi kabi belgilarga qarab 4 ta «yetilganlik» darajasi tafovut qilinadi. Bu homiladorlikning 38-haftasidan boshlab aniqlanadi.

Bu jadvalni har bir feldsher-akusherlik punktida, tug'ruqxona zallari, oilaviy poliklinikalarda ko'zga ko'rinadigan joyga osib qo'yish kerak. Buni har bir akusher bilishi, o'z ish faoliyatida ishlata olishi zarur. Chunki bu jadval homilaning vaqtidan o'tib tug'ilishidan tashqari, akusherlik asoratlarning oldini olishga ham yordam beradi. Tug'ruq kechikayotganida homila ahvolini bilish uchun ayolni 8-10 ta zinapoya pog'onasidan yuqoriga chiqarib, so'ngra homila yuragini eshitib ko'rish usuli ham bor. Bunda, agar homilada gipoksiya bo'lmasa, uning yurak urishi 5-10 martaga tezlashadi, sekinlashsa - bu homilada gipoksiya borligini bildiradi. Bu tug'ruqni tezlatish usullarini qo'llash zarurligidan darak beradi. Homila ahvolini bilish uchun hozirgi davrda uning yurak faoliyatini yozib oladigan elektrokardiograf va fonokardiograf kabi apparatlardan va UTT dan foydalanilmoqda.

Muddatidan o'tgan homiladorlikni aniqlashga yordam beradigan ultratovush tekshirishidir. Bunda homila bosh suyagi qattiqlashganligi, homila oldi suvi miqdori biroz kamayganligi aniqlanadi.

Hozirgi davrda klinikalarda muddatidan o'tgan homiladorlikni aniqlashda amnioskopiya (optik tizimi yordamida bachadon bo'yni orqali homila pufagi holati hamda suvi rangiga ahamiyat berish), qondagi estrogen, progesteron, gonadotropin va boshqa gormonlarni tekshirish usullari keng qo'llanilmoqda. Ona qoni va homila qon aylanish tizimlari alohida-alohida bo'lganligi uchun qon hech qayerda bir-biri bilan aralashmaydi. Yo'ldoshlar kapillyar qon tomirlar orqali ona bilan bola o'rtasidagi moddalar almashuvini ta'minlab turadi. Shuning uchun ham yo'ldosh homilaning ovqatlanishini, nafas olishini, moddalar almashuv natijasida hosil bo'lgan chiqindilarning ajralishini ta'minlaydigan a'zo hisoblanadi. Agar yo'ldoshda turli morfologik o'zgarishlar bo'lsa, moddalar almashuvining barcha turiga ta'sir etadi.

Ayrim yosh onalar yuqorida aytib o'tilgan ba'zi ma'lumotlardan xabardor bo'lsalar ham, dard boshlanmasdan oldin tug'ruqxonaga bormaydilar, bu esa ko'ngilsiz voqealarga sabab bo'ladi.

Homilador ayolni tug'ruqxonaga yotqizib tekshirilsa, to'liq ma'lumotlar olishdan tashqari, davolash choralari ham ko'riladi. Homilaning muddatidan o'tib tug'ilishi ona va bola uchun xavfli deganimizning sababi shundaki, yo'ldosh qon aylanish tizimi faoliyati susayishi bilan bir qatorda ona va bola organizmida moddalar almashinuvining barcha turlari ham buziladi.

Homilaning muddatidan o'tib tug'ilishi ko'pincha bahor, qish oylarida, organizmida vitaminlar kamaygan davrda uchraydi. Bizning sharoitimizda vitaminlarga boy ho'l va quruq mevalar mo'l bo'lganligi uchun homiladorlikning muddatidan o'tishining oldini olish mumkin.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda ko'proq ilk va homilaning surunkali gipoksiyasi yoki uning nobud bo'lishi, tug'ruq davrida esa dardning sustligi, chanoqning funksional torligi kabi asoratlar kuzatiladi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda nimalar qilish va tug'ruqni qanday boshqarish kerak?

Shuni ham aytib o'tish kerakki, homilani tug'dirishga harakat qilishdan oldin uni har tomonlama tekshirib, aniqlash lozim. Agar homila yetilishi uchun tug'ruq vaqti uzayayotgan bo'lsa, biroz (42-haftagacha) kutish va homila ahvolini yaxshilaydigan dorilar berib turish mumkin. Homiladorlikning vaqtidan o'tayotgani haqiqiy bo'lsa, uning tug'ilishi vaqtida yordam berish lozim. Bunda ayolning o'zi tug'a oladimi yoki dard boshlanishini kutmay, operatsiya yo'li bilan tug'dirish zaruriyati paydo bo'ladimi, degan masalani o'z vaqtida hal qilish kerak. Agar ayolda homiladorligida va avvalgi homiladorliklarida qandaydir asorat, ichki a'zolar kasalliklari bor bo'lsa, tug'ruqqa 3-4 kun qolganda homilani kesar kesish operatsiyasi bilan olingani ma'qul. Homilaning tug'ilishi vaqtidan o'tgan bo'lsa (ahvoli yomon bo'lmasa), bachadon og'zini yetarlicha «yetiltirishda» hamda bachadon mushaklarini oksitosin moddasiga sezuvchanligini oshirish uchun homilador organizmiga prostaglandinlardan yuboriladi. Shunda ham enzaprost va glyukoza aralashmasidan odatdagidek 6-8 tomchidan qon tomirga asta-sekin yuboraverish kerak, bu esa bachadon og'zining yetarli «yetilishiga» yordam beradi.

Dard tutishi muntazam bir tekis va qog'anoq parda butun bo'lsa, shuningdek bachadon bo'yni sekin-asta ochila hoshlasa, 7-8sm gacha, agar homila ko'ndalang yoki haddan tashqari katta bo'lmasa, uni asta-sekin igna yordamida yirtish mumkin. Qog'anoq parda bachadon bo'yni ochilmasdan turib yirtilsa, tug'ruqda har xil asoratlar paydo bo'lishi mumkin.

Enzaprost yuborilganda ayol va homila ahvolini diqqat bilan kuzatish kerak. Zarurat bo'lib qolganida (bachadon muskullarining tez-tez qisqarishi, yo'ldoshning oldin ko'chish belgilari, homila ahvolining yomonlashishi) enzaprost yuborishni to'xtatib asoratlarning oldini olish mumkin. Barcha homilador ayollarda gemoglobin va ko'p tuqqan xotirlarda, ayniqsa ilgari homiladorlik va tug'ruq vaqtida qon ketgan ayollarda qon ivish tizimini oldindan aniqlash zarur.

Homilaning ona qornidagi asfiksiyasining oldini olish uchun glyukoza eritmasi (20ml) va kokarboksilazani (50ml) qon tomiriga yuborish lozim.

Tug'ruq jarayonini boshqarish usullari

Tug'ruq jarayonini kuzatilib, dard tutayotganida bachadon mushaklarining haddan tashqari qisqarishiga yo'l qo'ymaslik va og'riqsizlantirish uchun vaqti-vaqti bilan spazmolitik (atropin, papaverin, no-shpa) dorilar berib turish lozim. Tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun hozir peridural analgeziya qo'llanadi. Agar tug'ruq davomida biron- bir asorat (dardining birlamchi va ikkilamchi sustligi, homila asfiksiyasi) sodir bo'lib qolsa (odatdagicha tegishli boblarga qaralsin) zarur yordam ko'rsatiladi. Chanoq funksional tor bo'lsa (bunga ko'proq yirik homila, homila bosh suyagining qattiqlashishi sabab bo'ladi), uning darajasiga qarab kesar kesish operatsiyasi qo'llaniladi.

O'rgatuvchi testlar:

1. Muddatdan o'tgan tug'ruqni olib borishning qanday 2 ta turini bilasiz?

Tug'ruq dardini tug'ruq tayyorlov bo'limida chaqirish.

Jarrohlik yo'li bilan.

2. Muddatdan o'tgan tug'ruqning 2 ta natijasini ayting:

kesar kesish amaliyoti;

tug'ruq tabiiy yo'llari orqali tugashi.

3. Homiladorlikning muddatidan o'tishi, agar uning davomiyligi:

294 kun.

42 hafta.

43 hafta.

4. Homiladorlik muddati o'tishini keltirib chiqaruvchi 4 ta nazariyani

ayting:

neyrogumoral;

gormonal;

immunologik;

progesteronli blok.

5. Homila muddati o'tishining qanday 3 ta sababi klinik tor chanoqqa olib

keladi?

O'ta yetilgan yirik homila.

Tug'ruq faoliyatining sustligi.

Miometriyning funksional yetishmovchiligi.

6. Muddatidan o'tgan homiladorlikda homilada qaysi asoratlarda ko'proq rivojlanadi?

Surunkali gipoksiya.

Tug'ruqda jarohat.

Homilaning tug'ruqda nobud bo'lishi.

7. Muddatidan o'tgan homiladorlikni ona tomonidan seziladigan 4 belgisini

ayting.

Muddatiga yetgan homiladorlikda (38 – 40 hafta) bachadon bo'ynidagi biologik tayyorgarlikning bo'lmasligi.

Homiladorlik 40 haftasidan keyin qorin aylanasi kamayishi.

Homila o'lchamlarining kattaligi sababli bachadon tubining baland turishi, pastki segment gipertonusi va homila oldida yotgan qismining balandda joylashganligi.

Organizmning estrogen bilan to'yinganligi pasayishi, qonda estradiol, platsentar laktogen, kortikosteroidlar, trofoblast globulin miqdorining kamayishi.

8. Homiladorlik paytida muddatidan o'tganlikning homila tomonidan seziladigan belgilari:

homila harakat faolligining kuchayishi va susayishi;

KTGda yurak urish soni ritmining o'zgarishi;

homila biofizik ko'rsatkichlarining susayishi.

9. Muddatidan o'tgan homiladorlikka xos UTT 4 belgisini ayting:

yo'ldosh qalinligining kamayishi, unda kista, petrifikatlar aniqlanishi kamsuvlik;

qog'anoq suvlari zichligining ortishi;

homila, yo'ldosh va bachadon qon aylanishining pasayishi.

10. Qaysi 4 sabab tufayli homilada muddatidan o'tganda surunkali gipoksiya va chaqaloqlarda asfiksiya rivojlanadi?

Fetoplatsentar yetishmovchilik.

Homilaning gipoksiyaga sezgirligining ortishi.

Nafas olish buzilish sindromlari.

Pnevmonopatiyalar.

11. Kechikkan tug'ruq uchun qanday 6 asorat xos:

tug'ruq kuchlari sustligi;

homilaning ona qornida dimiqishi;

homilaning tug'ruqda nobud bo'lishi;

tug'ruqning III va ilk chilla davrida qon ketishlar;

jarrohlik yo'li bilan tug'ruqlar ko'payishi;

ona va bola jarohati.

12. Hozirgi paytda muddatidan o'tgan homiladorlikda tug'dirishning 2 usulini ayting:

tabiiy tug'ruq yo'llari orqali;

jarrohlik yo'llari bilan tug'dirish.

13. Qaysi 2 sabab muddatidan o'tgan homiladorlikda klinik tor chanoq rivojlanishiga olib keladi?

Yirik homila.

Homila boshi konfiguratsiya qobiliyatining yo'qolishi.

14. Muddatidan o'tgan homiladorlik diagnostikasida qo'shimcha usullar:

UTT

amnioskopiya, amniosentez

gormonal tekshiruvlar

qog'anoq suvlarini biokimyoviy tekshiruv

homila kardiokografiyasi

15. Muddatidan o'tgan homiladorlikda kesar kesishga ko'rsatmalar:

30 yoshdan oshgan I-tug'uvchilar;

katta homila;
homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi;
homila chanog'i bilan kelishi;
akusherlik anamneziga moyillik;
tug'ruqqa biologik tayyorgarlikning yo'qligi.

16. Muddatidan o'tgan homiladorlikda yo'ldoshni ko'rganda nimalar aniqlanadi?

Yog'li o'zgarishlar.

Kalsifikatlar.

Pardalarning sariq- yashil tusga bo'yalishi.

17. Muddatidan o'tib ketgan va cho'zilib ketgan homiladorlikka ta'rif bering?

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlik deb, homiladorlik 42 haftadan oshsa va muddatidan o'tib ketganlik belgilari bilan bola tug'ilishida aytiladi.

Cho'zilib ketgan homiladorlik- bu homiladorlik muddati 42 haftadan o'tib, muddatidan o'tib ketganlik belgilarisiz bola tug'ishidir.

18. Chaqaloqlarda muddatidan o'tib ketganlik 5 belgisini ayting:

bosh suyaklari qattiq;

chok va liqildoqlar toraygan;

homila yog'siz;

homila vazniga nisbatan o'lchamlarining katta bo'lishi;

oyoq -qo'llar kaftlari «hammom» dan keyingi holatga o'xshashi.

19. Homiladorlik muddatidan o'tib ketishiga olib keluvchi 6 ta asosiy omilni ayting:

MNS dagi kamchiliklar, vegetativ muvozanatning buzilishi (parasimpatik asab tizimi ustun bo'lishi);

gormonal omillar;

bachadondagi estrogen reseptorlar sonining kamligi;

simpatik- adrena tizimi faoliyatining buzilishi;

autoimmun buzilishlar;

homilada nuqsonlar rivojlanishi.

XVII BOB

AKUSHERLIKDA REZUS-OMIL

Maqsad. Rezus immunizatsiyali ayollarda homiladorlikning kechishi, davolash choralari, homila va chaqaloqning gemolitik kasalligi, gemolitik kasallik diagnostikasi, chaqaloqlar gemolitik kasalligini davolash va rezus immunizatsiya holatining oldini olish choralari bilish.

Raja. 1. Rezus immunizatsiyali ayollarda homiladorlikning kechishi.

2. Davolash choralari.

3. Homila va chaqaloqning gemolitik kasalligi.

4. Gemolitik kasallikning diagnostikasi .
5. Chaqaloqlar gemolitik kasalligini davolash.
6. Rezus - immunizatsiya holatining oldini olish choralari.

Chala tug'ish, o'lik tug'ish va perinatal davrdagi o'limning sabablaridan biri ona va homila qonining rezus-omil, AVO-tizimi bo'yicha immunologik nomuvofiqligi hisoblanadi.

1940 yil Landshteyner va Vinnerlar birinchi marta insonlar eritrositida agglyutinogen bortligini isbotladilar va uni «rezus-omil» deb atadilar.

Rezus-omil eritrositlarda 85% hollarda mavjud bo'lib, bunday insonlar rezus-musbat (Rh «+»), 15% hollarda rezus- omil bo'lmaydi va ular rezus-manfiy (Rh «-») insonlar guruhiga kiradilar.

Rezus-omilning bor yoki yo'qligi insonning qaysi qon guruhiga xos ekaniga yoki uning yoshi, qaysi jinsga mansub ekanligiga bog'liq emas.

Rezus- omilning xossalariidan biri uning nasldan-naslga o'tishidir.

Rezus-omil protein bo'lib, u asosan eritrositlarda, kamroq hollarda leykosit va trombositlarda joylashgan. Rezus-omilning sifat bo'yicha bir-biridan farq qiluvchi asosiy turlari mavjud: D antigeni 85%, S antigeni 70%, E antigeni 30% odamlarda mavjud. Gemolitik kasallik ko'pincha ona va homila qonining D omili bo'yicha mos kelmasligi tufayli rivojlanadi.

Antigen rezus manfiy odam qoniga tushib, uni immunlaydi va antirezus –antitanalar ishlab chiqarishiga sabab bo'ladi.

Qoni rezus - manfiy ayollarning immunlanishi ular qoni rezus-musbat homila bilan homilador bo'lganlarida, yoki ayol organizmiga rezus – musbat qon yuborilganda ro'yobga chiqadi (gemotransfuziya, gemoklizma, izogemoterapiya).

Rezus-omilga bo'lgan immunizatsiya sun'iy abort, homila tashlash va bachadondan tashqaridagi homiladorlikdan so'ng ham vujudga kelishi mumkin.

Shuni aytish kerakki, rezus-omil bo'yicha immunologik nomuvofiqlik barcha rezus- manfiy qonli ayollarda emas, balki 5- 10% hollarda uchraydi.

Birinchi bor homiladorlikda uchramagan rezus-immunizasiya 2-3-4 homiladorliklarda uchraydi. Agar sun'iy abort qilinsa, homila tashlash, gemotransfuziya va boshqa hollarda ham og'irlik darajasi ortib, antitanalar titri ortadi. Shu tufayli homila tushish, chala tug'ish, chaqaloqlardagi gemolitik kasalliklar kabi asoratlar yuzaga keladi.

HOMILADORLIKNING KECHISHI

Rezus - immunizatsiyali ayollarda homiladorlikning kechishi sog'lom ayollardagidan birmuncha farq qiladi. Homilador ayol umumiy holsizlikka, uyquchanlikka, havo yetishmasligi, ba'zan qisqa muddatga hushdan ketish, qorin ostida doimiy og'riqdan shikoyat qiladi. Rezus - immunizatsiyali ayollarda homiladorlikning I yarmidagi toksikozlar 50% , homila tushish havfi 47%, qon bosimining pasayishi (gipotoniya) 23% hollarda kuzatilgan. Homiladorlikning II yarmidagi toksikozlar ham ko'p uchraydi: shishlar-13%, nefropatiya-16%. Kamqonlik va uning asoratlari ham ko'p hollarda kuzatiladi.

Bundan tashqari, jigar faoliyatining buzilishi ham kuzatilgan.

Homila tomonidan esa surunkali gipoksiya, yurak urishining o'zgarishi hollari kuzatiladi.

Homiladorlikda rezus-immunizatsiya holatini aniqlash uchun ilk bor ayollar maslahatxonasiga kelgan barcha homiladorlarning qanday rezusga mansub ekanligi aniqlanadi. Agar sensibilizatsiya bo'lmasa 2 oyda 1marta, sensibilizatsiyali ayollarda 32 haftagacha har oyda 1marta, 32- 35 haftagacha oyiga 2 marta va keyin har haftada qon tekshirib turiladi. Agar rezus-manfiy bo'lsa, turmush o'rtog'ining qon guruhi va rezusi aniqlanadi, chunki rezus – musbat qon guruhi aniqlansa, rezus–immunizatsiya holati kelib chiqishi mumkin bo'ladi. Rezus-immunizatsiya diagnozi laborator tekshirish usullaridan qonda antirezus-antitanalar titri aniqlangach qo'yiladi. Lekin rezus-immunizatsiyaga xos bo'lgan asoratlar titr oshmasdan ham yuzaga kelishi mumkin. Bunday asoratlar: homila tushish xavfi, erta toksikozlar va homiladorlikda gipertenziya holatlari, homilada gemolitik kasallik, o'lik tug'ilishi, tug'ilgan chaqaloqlardagi bilirubinli ensefalopatiya va boshqalardan iboratdir.

Davolash. Barcha rezus – manfiy homiladorlarga (immunizatsiya kuzatilmasa ham) va rezus – antitana titri 1:2 bo'lgan hollarda ham ambulator yoki stasionar sharoitida 3 marta nospetsifik, desensibilizatsiya qiladigan davolash choralarini 10-12 kun davomida homiladorlikning 10-12, 22-24, 32-34 haftalarida o'tkaziladi:

- ovqatlanish ratsioni belgilanib oqsilga boy , vitaminlarga boy ovqatlar buyuriladi.

- glyukozaning 40%-20-40 ml eritmasi 3,0-5,0 askorbin kislota eritmasi bilan 10-15 kun yuboriladi.

- vitaminlardan: prenavit 1 tabletkadan kuniga, IV- 6% -1,0 kunora teri ostiga, 6 V 5%-1,0 kun ora teri ostiga 10 kun yuboriladi. E vitamini 10%-1,0 kunora mushak orasiga 10 kun yuboriladi.

- kokarnit 1 ampuladan m/o 6 kun, kokarboksilaza 50 mg har kuni 10 kun davomida yuboriladi.

- antigistamin vositalardan: dimedrol, pipolfen, suprastin 1 tabletkadan kechasiga buyuriladi.

- temir preparatlari: globeks, maltofer, tardiferon, ferrumlek va boshqalar 1 tabl. 2 mahal ovqatdan keyin ichiladi. Agar kamqonlik kuzatilsa ferkayl yoki kosmofer mushak orasiga yoki venofer venadan yuboriladi.

- metionin 0,5 dan, rutin 0,02g dan, folat kislotasi 0,02 g dan, kuniga 3 marta.

- kislorod ingalyatsiyasi 3-4 marta buyuriladi.

- deksametazon 12 mg har 12 soatda 2 marta buyuriladi.

- akusherlik anamnezida nuqsonlari bo'lgan, homiladorligi asoratli kechuvchi ayollar, antitanalar titri yuqori bo'lgan ayollar albatta shifoxonaga intensiv davolash uchun yotqiziladi.

- alloplastika, plazmoferez, gemosorbsiya tadbirlari o'tkaziladi

- qonda antitanalar titrini aniqlash ham muhim: 32 haftagacha 1 oyda 1 marta, 32-35 haftadan keyin har haftada aniqlanadi.

- dinamikada ultratovush yordamida 20-24 haftada tekshirib turish juda muhim ahamiyatga ega. Bunda yo'ldoshdagi o'zgarish holatlari, homilaning qimirlashi, nafas olishi, gepatomegaliya, qorinda suv yig'ilishi holatlarini kuzatish mumkin.

Vaqtidan ilgari 35-37 haftalikda tug'dirib olish uchun quyidagi holatlarni aniqlash kerak.

1. Rezus – antitanalar titri o'sib borishi;

2. Og'ir akusherlik anamnezi: o'lik bola tug'ilgan bo'lsa, chaqaloqning gemolitik kasalligi aniqlangan bo'lsa, qon quyish hollari kuzatilgan bo'lsa.

3. Homila ahvoli o'zgarish hollari kuzatilsa: o'ta yoki sekin qimirlash, yurak urish nuqsonlari kuzatilsa, FKGda o'zgarishlar bo'lsa.

Homilani vaqtidan oldin tug'dirilganda homila vazni 2500g dan kam bo'lmasligi kerak.

Rezus-immunizatsiyali homiladorlikda ko'p uchraydigan asoratlardan biri chaqaloqlarning gemolitik kasalligidir.

HOMILA VA CHAQALOQLARNING GEMOLITIK KASALLIGI

Homila va chaqaloqning gemolitik kasalligi ona va homila qonining rezus-omil, AVO-tizimi va juda kam hollarda qonning boshqa omillari bo'yicha immunologik nomuvofiqligi natijasida yuzaga keladi.

Ona qonida paydo bo'lgan immun antitanalar (antirezus va guruhiiy) homila qoniga o'tib uning eritrositlari bilan reaksiyaga kirishadi (antigen-antitana reaksiyasi). Bunda homila eritrositlari gemolizga uchraydi va toksik bog'lanmagan bilirubin hosil bo'ladi. Homilada gemolitik kasallik rivojlanadi. Eritrositlarning parchalanishi homilada anemiyaning, bog'lanmagan bilirubinning yig'ilishi sariqlikka olib keluvchi sabablardan biridir. Kamqonlik va sariqlik GK ning asosiy simptomidir.

Og'ir hollarda, bog'lanmagan bilirubin kritik hajmiga yetganda, o'zining toksik ta'sirini bir qator hujayra funksiyalariga xususan oksidlanish – fosforlanishga ko'rsatadi. Bog'lanmagan bilirubin yog'larda yaxshi erigani uchun birinchi navbatda miya hujayralaridagi yadrolarni jarohatlaydi. Bunda bolada bilirubin ensefalopatiyasi simptomlari paydo bo'ladi va kasallikning yadroviy sariqlik deb nomlangan turi rivojlanadi. O'sib boruvchi kamqonlik va intoksikatsiya yurak yetishmovchiligi, jigar funksiyasining buzilishi, gipoproteinemiyaning rivojlanishi hamda tomirlar o'tkazuvchanligining oshishiga olib keladi. Anasarka rivojlanadi.

Gemolitik kasallikning tashxisi

1) Ayol anamnezini o'rganish. 2) Rezus va guruhiiy antitanalar titrini aniqlash. 3) Homila yurak faoliyatini o'rganish. 4) Homila oldi suvlarini tekshirish (amnioskopiya, amniosentez). 5) Ultratovush skanerlash ma'lumotlariga asoslanadi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining uchta asosiy turi farqlanadi:

1. Shish turi.
2. Sariqlik turi.
3. Kamqonlik turi.

Gemolitik kasallik quyidagi asosiy darajalarga ajratiladi: yengil, og'ir, o'ta og'ir, homilaning antenatal nobud bo'lishi. Gemolitik kasallikning asosiy simptomlari (shish, sariqlik, kamqonlik)ning namoyon bo'lish darajalari yig'indisiga qarab aniqlanadi.

Gemolitik kasallikning shish turi, eng og'ir ko'rinishi bo'lib, bu turida homila ko'pincha o'lik tug'iladi yoki tug'ilganda hayotining dastlabki soatlarida o'ladi. Bola teri va teri ostida shish, assit, teri rangi och rangda tug'iladi. Ba'zan yengil sariqlik bo'lishi mumkin. Bolaning ahvoli og'ir, jigar va taloqning kattalashishi va assit sababli qorni kattalashadi. Jigarning pastki chegarasi kindikkacha, ba'zan yonbosh suyaklar sohasigacha bo'ladi. Suyuqlik nafaqat qorin bo'shlig'ida, balki plevra va perikardda ham yig'iladi.

Qonni tekshirib ko'rilganda kamqonlik kuzatiladi: Hb-120-130 g/l da, eritrositlarda 1-1,5 mln.gacha bo'ladi.

Gemolitik kasallikning sariqlik turida chaqaloq sariqlik bilan tug'iladi yoki hayotining dastlabki soatlarida sariqlik paydo bo'ladi. Sariqlik qancha erta boshlansa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Sariqlik kasallikning og'ir turida yashil tusga kiradi, sariqlik forması eritrositlar gemolizi natijasida hosil bo'ladigan bog'lanmagan bilirubin hosil bo'lishi sababli paydo bo'ladi. Bola nimjon, uyquchan bo'ladi, ko'krakni yaxshi emmaydi, qusadi, ba'zan umuman ko'krakni emmay qo'yadi.

Gemolitik kasallikning anemik turi eritrositlar ko'p parchalanishi sababli kelib chiqadi. Kasallikning asosiy belgisi - bu kamqonlik hisoblanadi. Chaqaloqlar asosan sog'lom tug'iladi. Hb miqdori 100g/l dan kamaygan bo'ladi.

Gemolitik kasallikning 3ta bosqichi (og'irlik darajasi bo'yicha) farqlanadi (17.1.-jadval).

CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGINI (CHGK) DAVOLASH

Anemik formadagi CHGK davolash uchun gemoglobin miqdori 100 g/l dan kam bo'lganda, chaqaloq qon guruhiga mos keluvchi rezus - musbat eritromassani quyish kerak.

Sariq-anemik turdagi CHGK ni davolashda quyidagi asosiy davo usullaridan foydalanish lozim: qonni almashtirib quyish, fitoterapiya, fermentlarning induktorlari yordamida davolash, infuzion terapiya.

1. Qonni almashtirib quyish. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloq hayotining 1-2-sutkasida qonni almashtirib quyishga ko'rsatmalar:

- sariqlikning darhol tug'ruqdan keyin yoki birinchi soatlarida paydo bo'lishi.

- bog'lanmagan bilirubin miqdori kindik qonida 68,14 mmol/l va yuqori bo'lsa.

- bilirubinning o'sishi chaqaloq hayotining birinchi soatida 6,8 mmol/l ga teng va bundan ko'p.

- tug'ruqdan keyin gemoglobin (150 g/l va bundan past) va gematokritning (40% va bundan past) quyi miqdorlarida.

Rezus -konflikt (ixtilof) chaqirgan GK da har doim rezus-manfiy qon 150mg/kg miqdorida 7 yoki 7 b retseptlari asosida tayyorlangan, saqlash muddati 3 kundan oshmagan qon ishlatiladi.

17.1-jadval

Gemolitik kasallikning og'irlik darajalari

Asosiy klinik belgilari	Gemolitik kasallikning og'irlik darajalari		
	I	II	III
Kamqonlik (kindikdagi Hb miqdori, g/l)	150	150-100	100
Sariqlik (kindik qonida bilirubin miqdori, mkmol/l)	85,5	85,5-136,8	136,9
Shish sindromi	Teri osti shishi	Shish va assit	Universal shish (anasarka)

2. Fototerapiya yoki yorug'lik bilan davolashning ta'siri chaqaloq terisining yuqori qatlamlarida yig'ilgan bog'lanmagan bilirubinni kunduzgi yorug'lik yoki ko'k lampalar nurlari bilan parchalashga qaratilgan. Fototerapiya uzluksiz yoki impulsli rejimda, mavjud lampa turiga yozilgan yo'riqnomadagi sxema bo'yicha boshlab to sariqlik yo'qolguncha amalga oshiriladi.

3. Jigar mikrosomal fermentlarining induktorlari- fenobarbital, zikсорin va benzonol- jigardagi glyukuroniltransferaza tizimini jadallashtirish va bilirubin intoksikatsiyasini kamaytirish maqsadida qo'llaniladi. Fenobarbital va zikсорin chaqaloq hayotining birinchi kunidan boshlab 3-5 kun davomida 10 mg dan 3 mahal, benzonol 10 mg miqdoridagi sutkalik dozasini 3ga bo'lib 5 kun davomida berish kerak.

4. Infuzion terapiya. GK paydo bo'lgan birinchi kundan to bog'lanmagan bilirubinning miqdori turg'un pasayguncha olib boriladi. U o'z ichiga: gemodez 6-10ml/kg, glyukoza 5-10% 8-10 ml/kg, albumin 10-20 5-8ml/kg, plazma 5-10 ml/kg ni tomchilab vena ichiga quyishni oladi. Kolloid va kristallik eritmalarining nisbati 1:1 bo'lishi kerak.

Gemolitik kasalligi bo'lgan chaqaloqlarni 3-5 kun laktogen bilan oziqlantirish kerak, chunki jismoniy toliqish eritrositlar gemolizini oshirishi mumkin. Ona sutida antitanalarning mavjudligi oziqlantirishga qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi, vaholanki antitanalar bolaning oshqozon- ichak yo'lida parchalanadi. Biroq, bilirubin miqdori pasayib, sariqlik kamaygandan keyingina ko'krak berish maqsadga muvofiq.

GKning oldini olish va davolashga qaratilgan chora- tadbirlarni to'g'ri tashkil etish, ona va homila qonining rezus va guruhiiy nomuvofiqligida bolalar perinatal kasalligi va o'limining kamayishiga olib keladi.

REZUS- IMMUNIZATSIYA HOLATINING OLDINI OLISH CHORALARI

1. Qon quyilganda rezus va guruhi bo'yicha mos keluvchi qondan foydalanish muhimdir.

2. Rezus- manfiy ayollarda I-homiladorlikni iloji boricha saqlab qolish, abortlarning oldini olishi kerak.

3. Rezus-immunizatsiyali va rezus-manfiy (immunizatsiya bo'lmasa ham) homiladorlarni vaqtida hisobga olish, davolash chora- tadbirlarini vaqtida boshlash.

4. Rezus-manfiy ayollarga antirezus-gammaglobulinni tug'ruqdan keyin 48 soat ichida yuborish, abortdan keyin, bachadondan tashqari homiladorlikda, yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chish hollarida ham albatta antirezus-gammaglobulinni yuborish muhimdir. Immunoglobulin- antirezusni (200mg dan) m/o ga 1 marta qilinadi. Kesar kesish va bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tozalangandan keyin bu doza ikki barobar oshirilgan dozada qilinadi.

5. Abortlarning oldini olish uchun oilaviy poliklinikada, uyda to'g'ri tushuntirish ishlarini olib borish, bachadon ichki vositalaridan foydalanish ayollarda uchraydigan barcha asoratlarning oldini olishning muhim omilidir.

Masalalar:

1. 24 yoshli birinchi bor homilador bo'lgan ayol, oilaviy poliklinikaga 12 haftalik muddatdagi homiladorlik bilan murojaat qildi. Qon guruhi A (II), Rh (-) (pasportidan).

I. Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

A. Qondagi antitanalarni aniqlash.

B. SPID.

V. UTT.

G. Dopplerometriya.

D. Biokimyoviy qon tahlillari.

2. Rezus- manfiy ayolda homiladorlik davrida qanday asoratlar kuzatiladi?

A. Homilaning vaqtidan oldin tushishi.

B. Muddatidan o'tib ketish.

V. Gemolitik kasallik.

G. Kolpit.

D. Surunkali gipertenziya.

3. 32 yoshli qayta homilador ayol homiladorlar patologiyasi bo'limiga yo'llanma bilan yuborildi. Yo'llanmadagi tashxisi homiladorlik 35-36 hafta. Rezus- konfliktli homiladorlik (titr AT 1:32)

I. Statsionar shifokorining taktikasi?

A. Muddatidan oldin tug'ruq bilan yakunlash.

B. Qondagi antitanalarni aniqlash.

V. UTT.

G. Dopplerometriya.

D. Biokimyoviy qon tahlili.

II. Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi gemolitik kasallikning ko'rinishlari.

A. Anemi.

B. Sariq tusli.

V. Shish.

G. Virusli.

D. Ko'p kamerali.

O'rgatuvchi testlar:

1. Rezus- manfiy nomutanosiblikdagi homiladorlikda homilaning ahvolini baholash uchun qonda nima tekshiriladi?

Qon guruhi.

Rezus- omil.

Kumbs sinamasi.

2. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi simptomlarini ayting.

Giperbilirubinemiya.

Kamqonlik.

Terining sariq rangi.

Tanadagi shishlar.

3. Rezus- manfiy homilador ayolda necha marta antitanaga tekshiruv o'tkaziladi?

32 haftagacha oyda bir marta.

35 haftadan har haftada.

32-35 haftalardan boshlab oyiga ikki marta.

4. Rezus- manfiylik bo'yicha izoimmunizatsiya diagnostikasi.

Anamnezi.

Rezus - antitanalarga test, onasining rezus aloqadorligini aniqlash.

Erining rezus aloqadorligini aniqlash.

Anti-rezus-antitanalarni aniqlash.

5. Homilador ayollarda rezus - sensibilizatsiyaning sabablari.

Qon guruhi to'g'ri kelganda, bola Rh(+), ona Rh(-) bo'lganda.

Rezusi to'g'ri kelmaydigan qon quyilsa, autogemoterapiya olish.

32 kunligida o'z- o'zidan yoki sun'iy abort qilinsa.

Bachadondan tashqari homiladorlikda.

Homila ichida sensibilizatsiya.

AVO bo'yicha to'g'ri kelmagan Rh(+) bolaning Rh(-) onadan tug'ilishi.

6. Homilaning 37 – 38 haftasida muddatadan ilgari tug'dirishga ko'rsatmalar.

Antitanalar titri baland 1:8.

Homilaning UTTda ahvolining yomonlashuvida.

Amniotik suyuqlikda bilirubin optik zichligining oshishi.

7. Rezus-konfliktli homiladorlarda homila gemolitik kasalligining og'irligini aniqlash usullari.

Amnioskopiya, amniosentez.

UTT.

Homilani biofizikaviy profilini aniqlash.

Homila a'zolarini o'lchash.

8. Homiladorlik kechishida antirezus antitanalarning ahamiyati?

Antirezus antitana titrining borgan sari oshib borishi yoki «sakrovchi» holatda oshishi yomon prognostik belgi hisoblanadi.

Antirezus antitananing titri va chaqaloq gemolitik kasalligi (CHGK)ning og'irligi orasida to'g'ridan-to'g'ri bog'lanish yo'q.

Antirezus antitananing titri past bo'lganda ham og'ir, ham yengil shakli CHGK ro'y berishi barobar.

Antirezus antitananing yuqori titrida CHGK og'ir shakli uchramaydi.

9. Rezus-konfliktli homiladorlikda uchraydigan eng ko'p asoratlari?

Homiladorlikning muddatiga yetmasligi.

Kamqonlik rivojlanishi.

Homila gipoksiyasi, homilaning antenatal o'limi.

Homila va chaqaloq gemolitik kasalligi.

Homiladorlar erta toksikozi va gipertenziya holatlari.

Homila gipoksiyasi.

10. Homila va chaqaloq GK shakllari?

Anemik.

Sariqlik.

Shishli.

11. Chaqaloqlar va homila GK tasnifi?

Yengil daraja.

O'rta daraja.

Og'ir daraja.

12. Yengil darajali GK uchun xos?

Kasal bolalarning 50% da bo'ladi.

Ante- va prenatal davrda davolanishga muhtoj emas.

Tug'ilishda Nb darajasi 120 – 150 g/l.

Tug'ilganda bilirubin 3,5 mg% dan kam emas.

Neonatal davrda bog'lanmagan bilirubin ko'pi bilan 20 mg%, gemoglobin kamida 80 g/l.

13. O'rtacha og'irlikdagi GK uchun xos?

Kasal bolalarning 25 – 39% ida bo'ladi.

Neonatal davrda homila ichi gemotransfuziyasi buyuriladi.

O'rta darajadagi kamqonlikda gemoglobin 70 – 120 g/l.

Neonatal davrda qon almashtirish kerak.

Kindix qonida bilirubin – kamida 3,5 mg%.

14. Rezus-konfliktli homiladorlikdan tug'ilgan chaqaloqlarda qanday tekshiruvlar o'tkaziladi?

Rezus va ABo bo'yicha homila qon guruhi tekshiruvi.

Kindix qonida bilirubin konsentratsiyasi.

Gemoglobin.

Eritrositlar soni.

Kumbs bilvosita sinamasi.

GK bilan tug'ilgan chaqaloqda gemoglobin kamayishi va bilirubin ko'payishining sababi?

Yo'ldoshdan o'tgan rezus antitanalar homila eritrositlarini aggl'yutinat-siyaga olib keladi.

Eritrositlar yemirilishidan giperbilirubinemiya va kamqonlik rivojlanadi.

15. CHGK ni davolash asoslari?

Qon almashtirish.

Qon almashtirish mos rezus- manfiy qon bilan bajariladi.

Dezintoksikatsion terapiya.

Gepatostimulyatorlar.

Antianemik davo.

16. Erida Rh (+) qon bo'lsa, Rh (-) bo'lgan homiladorni davolash?

Nospetsifik desensibillovchi terapiya.

Glyukoza, askorbin kislota, E, B₁, B₆ vitaminlari, kokarboksilaza.

Antigistamin dorilar (dimedrol, pipolfen, suprastin).

Kislorod ingalyatsiyasi, umumiy kvars nurlash.

17. CHGK ni zamonaviy davolash (o'ta va og'ir darajasi) usullari:

Plazmoferez.

Qorin ichi gemotransfuziyasi.

Tomir ichi gemotransfuziyalari.

18. Rh (-) homiladorlarga qanday muddatlarda nospetsifik desensibillovchi terapiya o'tkaziladi?

10-12 hafta.

22-24 hafta.

32-34 hafta.

19. Immun-konfliktli homiladorlikka nimalar xos?

Homila antigen tarkibi birinchi haftalarida rivojlanadi.

Homila va ona Rh konflikti.

Ona organizmining himoya funksiyasi hisobiga bo'ladi.

Eritrositlar yemiriladi.

Ona antigenlari irsiy yo'l bilan o'tadi.

XVIII BOB

JINSIY A'ZOLARGA ALOQASI BO'LMAGAN KASALLIKLARNING HOMILADORLIKKA VA TUG'RUQQA TA'SIRI

18.1. HOMILADORLIK VA KAMQONLIK

Maqsad.

Anemiya haqida tushuncha, kasallik etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davr kechishini o'rganish.

Reja.

1. Anemiya haqida tushuncha.
2. Anemiya tasnifi, tarqalishi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi
3. Anemiyada diagnostika metodlari.
4. Homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davr asoratlari.
5. Davolashning asosiy tamoyillari.

Anemiya – faqat bizning Respublikamizdagi muammo bo'lib qolmay, balki butun dunyoda uning ko'p tarqalganligi, iqtisodiy hayotda va insonlar sog'ligiga o'tkazayotgan ta'siri kattadir.

JSST ma'lumotlariga ko'ra temir tanqisligi kamqonligi (TTK) bilan dunyo bo'yicha 800 mln odam kasallangan, 100 ta bemordan 95 tasini ayollar tashkil qiladi. Homiladorlarda eng ko'p uchraydigan ichki kasallik kamqonlik hisoblanadi. Bu asosan temir mikroelementining yetishmasligidan kelib chiqadi. Kamqonlik kasalligi homiladorlikda, tug'ruqda va chilla davrida ko'p asoratlari sodir bo'lishiga sabab bo'ladi. Bunda homilaning hayoti ham xavf ostida qoladi.

M.A.Nabiyeva (1984), Yu.Q. Djabbarova (1990) va X.K.Farmonqulov (1994) larning tekshirishlariga ko'ra homiladorlar ekstragenital kasalliklari ichida TTK birinchi o'rinda turadi. Barcha anemiyalar ichida esa TTK 75-95 % ni tashkil qiladi.

TTK ning muammoligi uning keng tarqalganligidir. O'zbekistonda fertil yoshidagi ayollarda 70 %, homilador ayollarda 91,2 % uchraydi (B.X. Hamzaliyev 1990, D.A. Azimova 1994, SH.I. Karimov 1994, S.M. Bahramov, X.K. Farmonqulov, 1996, I.Z. Zokirov 1997.)

Orol atrofidagi ekologik holatning jiddiyligi ayollarning sog'ligiga ta'siri katta. O'sib kelayotgan kasalliklar orasida birinchi o'rinda ayollar kamqonligi kasalligi turadi. Bu kasallik so'nggi 10 yil ichida 5 baravar oshgan. (O.A. Ataniyozova, 1997). JSST (1996) ma'lumotlari bo'yicha kamqonlik bilan og'rigan ayollarda tug'ruq paytidagi o'lim, sog'lom ayollarga nisbatan 5-10 barobar ko'p uchraydi.

Gemoglobin 80 g/l dan past bo'lsa, homilador ayolning qon yo'qotishga tolerantligini pasaytirib yuboradi. Gemoglobin 60 g/l dan pasayib ketsa, sirkulyator dekompensatsiya tinch holatda hansirash, yurak minutlik xajmining oshishi bilan yaqqol namoyon bo'ladi.

Tug'ruq, abort, qon yo'qotish va boshqa asoratlari tug'uvchi ayolning o'limiga sabab bo'lishi mumkin (IMAGO, 1989).

Gemoglobinning 40 g/l dan pasayib ketishi ayolning anemik yurak yetishmovchiligi va o'tkir gipoksiyadan o'lim ko'rsatkichini oshiradi.

Gemoglobin 40 g/l dan past bo'lgan ayol uchun 100 g qon yo'qotish ham tug'ruq paytida sirkulyator shok va o'limga olib kelishi mumkin. (IMAGO, 1989).

O'zbekiston Respublikasi SSV tavsiyasiga ko'ra anemiya tug'ruqqa va homiladorlikka qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. (1999). Ammo amaliyotda akusherlik komplekslariga gemoglobini 70-30 g/l ni tashkil etadigan ayollar murojaat etmoqdalar. Ko'pincha bunday ayollar birinchi tug'uvchilar bo'lib, ularda preeklampsiya, akusherlik patologiyalarini uchratish mumkin. Bu

esa akusher- ginekologlarni ekstremal holatga tushiradi. Ular aniq va yuqori darajadagi akusherlik, gematologik, anesteziologik, reanimatsion yordamini talab qiladi.

Tasnifi:

Temir tanqisligi kamqonligi (TTK) homiladorlar organizmida shunday holatki, bunda tashxis ko'rsatkichlari bo'lib :

- Gemoglobin miqdorining 100 g/l yoki bundan ham pasayishi
- Eritrositlar $3,5 \times 10^{12}$ l/l yoki bundan ham pasayishi
- Rang ko'rsatkichi 0,85 gacha
- Gematokrit sonining pasayishi 33 % yoki bundan ham pastroq
- Zardobdagi temir miqdori 10,746 mkmol/l dan kamayishi hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda homiladorlar kamqonligining bir necha xil tasniflari mavjud. Klinisistlar orasida ko'p tarqalgani I.A Kassirskiy va G.A Alekseyev (1962, 1970) larning tasnifi hisoblanadi. Bu usulga asosan kamqonlikning kelib chiqish sabablariga ko'ra xillari quyidagicha:

1. Qon yo'qotish natijasida vujudga keladigan (postgemorragik) kamqonlik.

2. Qon tarkibidagi moddalar almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga keladigan kamqonlik:

- temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik;
- 12V (folat kislotasi) yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik;
- eritropoezning buzilishi natijasida yuzaga keluvchi (dieritropoetik)

kamqonlik;

- suyak iligida qon hosil bo'lishining pasayishi natijasidagi (gipoplastik) kamqonlik;

3. Qizil qon tanachalarining yorilishi natijasida yuzaga keladigan (gemolitik) kamqonlik. Buning sabablari: allergik shok, sepsis, nomuqobil guruhdagi qon quyish, zaharlanish va boshqalar.

Kasallikning og'irlik darajasiga ko'ra prof. Yu.Q.Djabbarova (1982) quyidagicha ajratishni taklif qildi.

Kamqonlik birlamchi yoki surunkali, ya'ni homiladorlikdan oldingi yoki ikkilamchi, ya'ni homiladorlik davridagi kamqonlikka bo'linadi. Yana shuni aytish mumkin, temir yetishmasligining 3 bosqichi mavjud:

1- temir moddasining zahira yeridan yo'qolishi (kamayishi); 2- uning qon zardobidan yo'qolishi; 3- uning qizil qon tanachalaridan yo'qolishi.

Homiladorlarda anemiyaning hamma turlari uchraydi, lekin ko'pincha temir tanqisligi anemiyasi kuzatiladi. TTA qon zardobida, suyak ko'migida temir moddasining kamayishi bilan xarakterlanadi. Buning natijasida gemoglobin hosil bo'lishi buziladi, gipoxrom anemiya, to'qimalarda trofik o'zgarishlar vujudga keladi. (L.I Idelson, 1977, 1979)

Homiladorlar TTA si va homiladorlikdan oldin ham bo'lgan surunkali TTA si uchraydi. TTA si eritrositlar sonining kamayishi (eritropeniya) va gemoglobin sonining kamayishi (gipoxromiya) bilan xarakterlanadi.

KAMQONLIKNING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Temir moddasi organizmda juda muhim rol o'ynaydi. U faqat miogloblin va gemoglobin hosil bo'lishidagina emas, balki juda ko'p fermentlar tarkibiga kirib, organizmdagi muhim vazifalarni bajaradi. Bu fermentlar sitoxrom, piroksidaza, katalazadir. Temir moddasining yetishmasligi organizmdagi moddalar almashinuvining buzilishiga, kislorod tashilishining buzilishiga olib keladi. Bu esa o'z navbatida tanada Nb va eritrositlar hosil bo'lishini keskin o'zgartiradi. Kamqonlikka olib keluvchi sabablardan biri qon yo'qotish. O'tkir va surunkali qon ketishlar (yara kasalligi, bivosilda) va boshqa kasalliklarda (tanadagi zahira temir moddasining ko'plab sarflanishi kuzatiladi).

Bundan tashqari, temirning ko'p sarflanishiga tez-tez homilador bo'lish (tug'ishlar orasi 3 yildan kam), bolani uzoq emizish, sifatsiz ovqatlanish, turli somatik va infeksion kasalliklar: revmatizm, bezgak, brusellyoz; oshqozon-ichak, buyrak kasalliklari sabab bo'ladi.

Temir yetishmasligi holati giposideroz deyiladi. Giposideroz inson hayotining 3 davrida uchraydi: emib yurgan davrida, balog'at yoshga yetganda va voyaga yetgan yoshidagi ayollarda.

To'qimalarda temir yetishmasligi mazkur fermentlar ishini susaytiradi, to'qimalarning nafas olishini jiddiy ishdan chiqaradi. To'qimalarda temir yetishmovchiligi kamqonlik hali yuzaga chiqmay turib yuz bergan bo'lishi ham mumkin, chunki odatda organizm mavjud temir zahirasidan birinchi navbatda gemoglobin sintezi uchun foydalanadi. Kamqonlik aksariyat hollarda organizmda temir yetishmay qolishining tobora og'irlashib borishidan yuzaga chiqadi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik organizmda oqsil almashinuviga yomon ta'sir ko'rsatadi, natijada jigarda transferrin ishlanib chiqishi yomonlashadi, oqibatda temirning ichak yo'llarida hazm bo'lishi susayadi. Organizmda oqsil yetishmasligi qon yaratilishiga ta'sir etadi, chunki gemoglobinning asosiy massasi globinli oqsil kompleksidan tashkil topadi. Homilador ayollarda kamqonlik kuzatilsa, qon zardobida umumiy oqsil kamaygan bo'ladi.

Homilador ayollarda kamqonlikning ko'p uchrashiga ularda sarflanayotgan temir, ovqat bilan tushayotgan temir moddasining yetarli qoplanmasligi sabab bo'ladi. Odam organizmida temir miqdori odatda 3,5-5,0g ga teng bo'ladi. Shundan taxminan 3,0-4,0 g temir Nb ulushiga to'g'ri keladi. 300 - 500 mg temir oksidlovchi fermentlar tizimiga sarf bo'ladi, 300 - 400 mg temir muskul to'qimalarining miogloblin tarkibida bo'ladi, 500 - 1000mg temir depo sanalgan a'zolar: jigar, taloq, ichaklarning shilliq pardasida to'plangan bo'ladi. Shundan ko'rinib turibdiki, odam organizmida temir erkaklarnikiga qaraganda ayollarda 2-3 barobar ko'proq sarflanadi. Ayol har hayz ko'rganda 13000 mg temir yo'qotadi, bundan tashqari, homiladorlik va tug'ishlarda ko'p qon yo'qotishga to'g'ri keladi.

TTK homiladorlikda temir deposining kamayishi va uning ba'zi sabablar bilan to'ldirilmasligi oqibatida yuzaga keladi. TTK ning homiladorlarda yuzaga chiqishiga surunkali gastrit, enterokolit, xolesistit, pankreatit, gijja invaziyasi,

gipotireoz, latent infeksiya o'choqlari (tonzillit, pielonefrit) sabab bo'ladi va bu kasalliklarda temir moddasining so'rilishi buziladi. Ovqat tarkibidagi vitaminlar, oqsil, mikroelementlar va temir moddasining yetishmovchiligi ham muhim ahamiyatga ega. Ushbu kasallikning kelib chiqishiga tez tug'ish, virusli kasalliklar bilan og'rish, qon yo'qotish katta ta'sir ko'rsatadi va homiladorlik anemiyasining kelib chiqishiga muhit yaratadi. Neyrogormonal qayta qurilish ta'siri ostida suyak ko'migining giperplaziyasi rivojlanadi. Bunda fiziologik gipervolemiyaning holati, tizimning qon shaklli elementlari tarkibi o'zgaradi. Bu o'zgarishlarning hammasi homiladorlikning fiziologik kechishini ta'minlashga qaratilgan va homilaga yaxshi sharoit yaratib beradi.

Gipervolemiya holati o'zida :

- Aylanuvchi qon hajmini
- Aylanuvchi eritrositlar hajmini
- Aylanuvchi plazma hajmi oshishini mujassamlashtiradi.

Homiladorlarda TTK ning vujudga kelishida homiladagi qon hosil bo'lish jarayoni ham ikkinchi darajali ta'sir ko'rsatadi.

Qon hosil bo'lish jarayoni homiladorlikning 19-kunidan boshlanadi va 3 ta bosqichdan iborat: sariqlik xaltasida, homila jigarida, suyak ko'migida. Bunda homila gemoglobinni hosil qilish uchun ona organizmining zahiralardan foydalanadi: temir, oqsil, vitamin, tuz, mikroelementlar.

Homila faqatgina ona organizmidagi temirdangina foydalanib qolmay, balki oxirgi 3 oy ichida o'zining jigarida 200-400 mg temir moddasini yig'adi.

Homiladorlarda TTK ning rivojlanishiga uchlamchi sabab bo'lib ona organizmining temir moddasiga bo'lgan ehtiyojining har doimgiga nisbatan oshishi hisoblanadi. Bunda ovqat tarkibidagi temir moddasi normada bo'ladi.

To'rtlamchi sabab tez-tez homilador bo'lish va tug'ish natijasida temir deposining to'ldirilmasligi hisoblanadi. Homiladorlik davrida ayol 700-800 mg temir yo'qotadi. Bu yo'qotishni 2-3 yil davomida ayol organizmi to'ldiradi.

Mavjud tasniflarning hech biri homiladorlik vaqtida yuzaga keluvchi anemiyalarning nima sababdan vujudga kelganligini tushuntirib bera olmaydi.

Yu.Q. Djabbarova o'zining gestatsion davrdagi TTK tasnifini taqdim etgan. Bu tasnif akusherlarga ayolning butun homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan so'nggi davrdagi patogenetik asoslangan terapiyasini belgilashga yordam beradi.

REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA TTK TASNIFI

O'tkazilgan tekshirishlar natijasida surunkali TTK 83 % homiladorlarda uchrashi ma'lum bo'ldi. Birinchi marta tug'uvchilarda anemiya temir moddasini yetarli miqdorda qabul qilmaslik natijasida yoki ayolning onasi anemiya bilan og'rigan bo'lsa yoki bemor muddatiga yetmay tug'ilgan bo'lsa kelib chiqadi. O'rttirilgan anemiya bilan og'riydigan homiladorlarning 71 % ini ko'p marta tug'uvchi ayollar tashkil qiladi. Shu toifadagi ayollarning 21 % da har xil turdagi qon ketishlar kuzatilgan (bola tashlash, patologik qon ketish va boshqalar). Homilaning rivojlanishi bilan anemiyaning og'irlik darajasi ortadi va klinikasi yaqqol namoyon bo'ladi.

Homiladorlikdacha	Homiladorlik davrida	Homiladorlikdan keyin
Surunkali TTK (tug'ilgan vaqtdagi defitsit qon yo'qotish)	Anemiya oldi davri	O'tkir postgemorragik anemiya
Gipoxrom anemiya bilan kechuvchi surunkali infeksiyali yallig'lanishli ekstragenital kasalliklar	Alimentar anemiya	Homiladorlikda bo'lgan anemiyaning zo'rayishi
	Postgemorragik anemiya	
	Homiladorlar anemiyasi	
Aralash xili	Anemiyaning immun shakli	

Organizmida kamqonlikning vujudga kelganligini quyidagi belgilarda ko'rish mumkin:

Shikoyatlari: umumiy holsizlik, yengil jismoniy kuchlanishdan so'ng tez charchash, hansirash, yurak urib ketishi, darmonning qurishi, ishtahasizlik, uyquchanlik, bosh aylanishi va boshqalar.

Klinik belgilari: teri rangining oqarishi, soch to'kilishi, tirnoqlarning o'zgarishi, yurakning tez urishi, qon bosimining pasayishi. Yurak auskultatsiyasida funksional sistolik shovqinni aniqlash mumkin. Kasallikning qachondan boshlab rivojlanganligi to'g'risida har xil trofik o'zgarishlar ma'lumot beradi: tirnoqning qoshiqsimon tusga kirishi, sinuvchanligi, soch jilvasining yo'qolishi, terining quruqlashuvi.

Laboratoriya belgilari: Nb miqdori 110g/l va bundan past; qizil qon tanachalari miqdori $3,5 \times 10^{12}$ g/l va past; gematokrit 34%dan past; qon tusi 0,8dan past, zardobda temir miqdorining pasayishi, gipovolemiya, gipoproteinemiya, gipoksigenemiya.

Ekstragenital kasallik (revmatizm, yurak nuqsoni, buyraklar, jigar, OIT ning shikastlanishi) simptomlari sifatida anemiya 47-60 % homiladorlarda aniqlanadi. Bu paytda qon zardobidagi temir miqdori norma chegarasida bo'ladi.

Anemiya oldi davri. Yaqqol klinik ko'rinishlarsiz kechadi. Bizdagi ko'rsatkichlar bo'yicha 61 % homiladorlarda uchraydi. Bular o'zlarini sog'lom deb hisoblaydilar. Yashirin temir tanqisligini aniqlashda qondagi transferrin miqdori va transferrinning temir bilan to'yinish koeffitsientini aniqlash orqali aniqlanadi. Yashirin temir tanqisligi bilan og'rigan ayollar yuqori xavf guruhiga kiritilgan.

Anemiya oldi davri ko'pincha ko'p abort qilinganlarda, qon yo'qotganlarda, ekstragenital patologiyasi borlarda, tez-tez va ko'p tug'uvchilarda, laktatsion davrda homilador bo'lgan ayollarda ko'p uchraydi. Bunday homiladorlar tezda charchash, ishtahaning yo'qolishi, ta'm bilish buzilishidan shikoyat qiladilar. Ba'zan kamqonlikni erta toksikoz bilan adashtirishadi. Davolanmagan anemiya pre eklampsiyaga olib kelishi mumkin. Bu bemorlarga profilaktika choralarini qo'llash tavsiya qilingan. O'z vaqtida berilgan temir preparatlari, kobalt,

vitaminlar, glyukoza anemiya oldi davrining oldini oladi va anemiyaga o'tib ketmasligini ta'minlaydi.

Alimentar anemiya - 13% ayollarda dispeptik o'zgarishlar natijasida (jig'ildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishi), go'sht mahsulotlarini eyishdan bosh tortish, ta'm bilish buzilishi, qusish, ya'ni erda toksikoz belgilarining namoyon bo'lishi, gastroenterokolitning zo'rayishi natijasida kelib chiqadi. Davolash va profilaktika choralari temir preparatlari, vitaminlar, mikroelementlar, glyukoza, oqsil moddalari, dezintoksikatsion va desensibilizatsion moddalarni parenteral yuborish.

Postgemorragik anemiya - qon yo'qotish, bachadondan tashqari homiladorlik, abortning boshlanishi, yelbo'g'oz, yo'ldoshning barvaqt ko'chishi, bachadonning yorilishi natijasida kelib chiqadi. Anemiyaning o'tkir yoki sekin kechishi organizmdagi temir moddasining zahirasiga, qon ketish darajasi, muddati, takrorlanishiga bog'liq. Tekshirilgan homiladorlarning orasida anemiyaning bu turi 3% ni tashkil qiladi.

Odatda bemor qonni kam-kam porsiyalab yo'qotganida hech narsadan shikoyat qilmaydi, lekin gematologik ko'rsatkichlari pasayib ketadi. Anemiyada o'tkir qon yo'qotish tana massasining 0,3-0,5 % ini tashkil qilsa, gemorragik shokka olib keladi va zudlik bilan infuzion va intensiv gemostaz terapiya o'tkazishni talab qiladi.

Homiladorlar anemiyasi. Homiladorlar anemiyasi deb, homiladorlik kacha yoki birinchi trimestrda gemoglobin miqdorining 120 g/l yoki bundan baland bo'lishiga aytiladi. Ko'pincha anemiya 20-haftadan boshlanadi. Bu holat homilada qon yaratilishi va fetoplatsentar kompleksning funksional holati bilan bog'liq.

Anemiyaning xarakterli xususiyatlari – kamqonlik, homilador ayolning normal ovqatlanishi va hech qanday qon yo'qotmasligi natijasida ham kelib chiqishi mumkin. Bu kasallik asta-sekin rivojlanib boradi. Tekshiruvlar natijasida ekstragenital kasalliklar aniqlanmaydi (qon, buyrak, jigar, o'pka, OIT, YuQTS patologiyalari). Kasallikning eng yuqori cho'qqisi homiladorlikning 28-34- haftalarida namoyon bo'ladi.

Anemiyaning rivojlanishida birinchi galda temir miqdori ba'zi vitaminlar (A, B, C, D, E), mikroelementlar (kobalt, marganes, rux, selen, nikel) kamayishi, moddalar almashinuvining buzilishi, plazma oqsillarining kamayishi muhim rol o'ynaydi.

Bizningcha, homiladorlikdagi eritropoezning pasayishiga asab tizimi boshqarilishining buzilishi, steroid gormonlarning oshishi, asosan estradiol va estronlarning, oshqozon sekretsiasining pasayishi ta'sir qiladi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, gemopoezning buzilishiga homiladorlik davridagi immunologik siljishlar ham o'z ta'sirini o'tkazadi.

Kasallik anamnezini o'rganish natijasida anemiyagacha bo'lgan immunologik siljishlar bilan kuzatilgan holatlarni o'tkir virusli infeksiya kasalliklar (gripp, angina), homilaning tushib qolish xavfi, egizak homila, rezus immunizatsiya, dermatoz, surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash mumkin. Bu

anemiyaning davolash kompleksiga desensibilizatsiyaovchi, dezintoksikatsion va immunostimulyator moddalari kiritilgan.

Temir tanqisligi anemiyasining asosiy sabablari: temir moddasini tug'ilgandan keyin yetarli darajada qabul qilmaslik, muvozanatlashtirilmagan ovqatlanish (oqsilning kunlik miqdori 120-150 g dan kam), o'tkazilgan o'tkir gastrit, enterit, ichak disbakteriozi natijasida OIT so'rish funksiyasining buzilishi, ekologiya buzilishi, suvning yuqori minerallanishi, ovqat mahsulotlarining pestitsid, gerbitsid, nitratlardan zaharlanishi va boshqalar hisoblanadi. Ikkinchi marta tug'uvchilarda quyida sanab o'tilgan omillardan tashqari, abort natijasida qon ketish, tug'ruq operatsiyalari TTKning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.

Homiladorlarda gematologik ko'rsatkichlarning pasayish darajasini aniqlash kerakligi klinik jihatdan isbotlangan, chunki jarayonning rivojlanish darajasi homila va onaning hayotiga xavf tug'diradi.

18.2.-jadval

Anemiyaning og'irlik darajasi bo'yicha tasnifi

Og'irlik darajasi	Gemoglobin , g/l	Eritrotsit, $\times 10^{12}/l$
Yengil	110-91	3,6-3,2
O'rta	90-71	3,3-2,6
Og'ir	70-51	2,8-1,8
O'ta og'ir	50 dan past	2,2-1,5

Kanqonlik diagnostikasi

Kanqonlik diagnostikasi uchun har tomonlama yig'ilgan ma'lumotlar katta ahamiyatga ega.

1. Irsiy kasalliklar, oilada nechanchi farzand bo'lib tug'ilgan, ota-onasining yoshi, qancha vaqtgacha ko'krak suti bilan emizilgan, yoshlikdagi faolligi.

2. Ilgari qanday kasalliklar va yuqumli kasalliklar bilan og'riganligi.

3. Jinsiy a'zolarining o'tkir va surunkali kasalliklari.

4. Hayz faoliyati.

5. Homiladorlikning kechishi, asoratlari.

6. Ovqatlanish sifati.

7. Ish va uy sharoitlari.

Laborator tekshiruvlar :

- Klinik qon tahlili

- Gematokrit, retikulotsit, trombosit

- Temir miqdori

- Qon tarkibidagi ferritin, transferrin miqdorlarini, transferrinning temir bilan to'yinish foizini aniqlash

TTK ning taqqoslama tashxisi uchun qo'shimcha diagnostik usullar

- Suyak ko'migi morfologiyasi (gemoglobin 60 g/l dan past bo'lganda)

- Eritrositlarning osmotik rezistentligi

- Qon ferritini
- Umumiy oqsil va qondagi oqsil fraksiyasi
- Bilirubin va qon fermentlari (ALT, AST, xolinesteraza)
- Revmo-proba
- EKG
- Xolesterin, β -lipoproteid, qondagi qand miqdori
- Qon elektrolitlari (kaliy, kalsiy, natriy)
- Mochevina qon kreatinini
- Qon ivish tizimi (protrombin indeksi, rekalsifikatsiya vaqti, geparinga tolerantligi, fibrinogen miqdori)
- Qonning gaz tarkibi va kislota - ishqor muvozanati
- Siydik umumiy tahlili (Nechiporenko, Zimnitskiy, Roberg sinamallari)
- Axlat analizi (gijja tuxumlari va yashirin qonga)

Homiladorlar organizmining holatini tekshirishda ishlatiladigan qo'shimcha usullar.

- Ikki kalla qo'lda qon bosimini o'lchash
- Tana vaznini nazorat uchun o'lchash va nazoratga olish
- Qin ajralmalaridan tozalikka analiz olish
- Burun va servikal kanal ajralmalarini patogen mikroflora va antibiotiklarga sezuvchanligini bakterial aniqlash.
- Bachadon bo'ynining yetilganligi va organizmning tug'ruqqa tayyorligini aniqlash (38-haftadan)
- Toksoplazmoz, xlamidioz, qizilcha, uroplazmoz va gripp virusiga qon tekshirish

Fetoplatsental kompleks holatini baholashda qo'shimcha usullar

- Homila va yo'ldosh UTT si
- Homila KTG si

Anemiyali homilador ayolni tekshirish vaqtida zaxm, tuberkulyoz, brusellyozga ham tekshirish kerak. Bemor terapevt, LOR, stomatolog, gematolog, okulist va boshqa mutaxassislar ko'rigidan o'tishi shart.

Homilador ayolni davolash samaradorligini baholash uchun har 10 kunda tekshirish kerak.

TTK da homiladorlikni yuritish

Yengil kechuvchi anemiyaning davolash ayollar maslahatxonasi sharoitida olib boriladi.

Ekstragenital patologiya bilan kechuvchi anemiyaning II-IV darajasi, davolashdan keyingi natijaning yo'qligi, akusherlik anamnezining og'irligi va boshqa akusherlik patologiyalarining bo'lishi homilador ayolni hospitalizatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi. Bu homiladorlarni kasalxonadan chiqarilayotgan vaqtda yuqori xavfdagi dispanser guruhiga o'tkaziladi.

Surunkali anemiya vaqtida shifokor taktikasi: I-trimestrda birinchi ayollar konsultasiysida anemiya kasalligi aniqlangan homiladorlar o'ta jiddiy e'tiborni talab qiladi. Shifokor anemiya etiologiyasini, kasallik muddatini va og'irlik darajasini aniqlashi, oldin o'tkazilgan antianemik terapiyaning effektini aniqlashi zarur.

Homiladorlarda III-IV darajali anemiya aniqlanganida Verlgof kasalligini, suyak ko'migi gipoplaziyasini, gemolitik anemiya kabi kasalliklarni ham aniqlash darkor. Ko'pincha anemiya surunkali jigar kasalliklari (shish,gepatolienal sindrom) yoki buyrak kasalliklari (glomerulonefrit, pielonefrit, o'sma) simptomi bo'lishi mumkin, shuning uchun homiladorlarning bu guruhi o'ta chuqur klinik tekshiruvdan o'tishlari lozim.

Surunkali anemiya bilan og'ruvchi ayollarda homiladorlik odatda ularning holatini qiyinlashtiradi, og'irlik darajasi ortadi. Ayollarni anemiyaning II-III darajasida bosh aylanishi, ko'zning tinishi, bosh og'rigi, umumiy holsizlik, hansirash va yurakning tez urib ketishi bezovta qiladi. Bunday kasallarda teri qoplamasining oqarishi, arterial qon bosimi tushib, sistolik shovqin yuzaga keladi. Kasallikning muddati to'g'risida har xil turdagi trofik o'zgarishlarga, qoshiqsimon tirnoq, ularning sinuvchanligi, soch jilvasining yo'qolishi, to'kilishi, terining quruqligiga qarab baho berish mumkin.

Gemolitik anemiya, suyak ko'migining gipoplaziyasi va aplaziyasi, leykoz, Verlgof kasalligi, homilador bo'lishga qarshi ko'rsatma sanaladi. TTK ning og'ir darajasida homiladorlikning 12 haftagacha bo'lgan muddatda uni to'xtatish tavsiya qilinadi.

Homiladorlikning 12 haftasidan so'ng, anemiyaning III-IV darajasida homiladorlikni to'xtatish to'g'risidagi masala o'ta ehtiyotkorlik bilan hal qilinishi lozim, chunki bu vaqtda yetarli darajada qon yo'qotilishi mumkin. Shu bilan birga homiladorlikni to'xtatish uchun og'ir sabablar: 40 yoshdan kattaligi, oldingi tug'ruqdagi qon ketish, revmatizmning aktiv fazasi, endokardit, aortal va mitral klapanlar stenozi, og'ir yurak yetishmovchiligi, surunkali gepatitning aktiv fazasi, jigar sirrozi, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi, III darajali tireotoksikoz. Homiladorlikni to'xtatishdan oldin statsionarda asosiy kasallikni bir kurs davolash, qon ketish profilaktikasini o'tkazish lozim.

II darajali anemiyali homiladorlarning yuqori xavf guruhdagilari uchun tekshiruv va davolash-profilaktika chora-tadbirlari tashkil qilinadi, ular o'zida 4 haftalik intervalda 20-30 kundan iborat bo'lgan 2-4 kurs statsionar davolashni mujassam etadi. Statsionardan chiqarilganidan so'ng ambulator davolash davom ettiriladi.

TTKning yengil darajasidagi homiladorlar ambulator davolashni statsionar va kunduzgi statsionar sharoitda qabul qiladilar. O'rtacha og'ir darajadagi anemiyada ambulator davo foyda bermaganda, qo'shimcha ekstragenital va akusherlik patologiyasi bo'lganida homiladorlikning 28-32 haftasida rejali va profilaktik gospitalizatsiya qilinadi, 38- haftadan esa , tug'ruqqa tayyorlashga yotqiziladi.

Homiladorlikning 28-32 haftasidagi gospitalizatsiya TTKning profilaktikasi va davolashni hamda bachadon-platsenta qon aylanishining yaxshilanishi, preyeklampsiya yuzaga kelishining profilaktik choralarini ko'zda tutadi.

TTK ni davolash ham poliklinika, ham statsionar sharoitida kompleks bo'lishi shart, bu terapiya o'zida dietoterapiyani, medikamentoz terapiyani, qo'shimcha patologiyaning zararli omillarni yo'qotishni mujassam etadi.

TTK bilan og'ruvchi homiladorlarning iste'mol qiladigan ovqati yuqori kaloriyalı bo'lishi (3000-3500 kkal) va tarkibida kasallikni davolash uchun kerakli qo'shimchalari bo'lishi kerak.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, temir moddasi mol go'shtida, jigar, tuxum sarig'ida, shivitda, petrushkada ko'p bo'ladi. Bu mahsulotlar organizmning temir moddasiga bo'lgan talabini to'la qondira olmaydi. Shuning uchun temir preparatlarini iste'mol qilib turish kerak.

Ferropreparatlar suyak ko'migiga faollashtiruvchi ta'sir o'tkazadi.

Eritrositlar sonining oshishini ta'minlaydi, rang ko'rsatkichi oshadi. Peroral preparatlar bilan davolash uzoq muddat olib borilishi kerak (4-6 oy).

TTK ning I-darajasi bilan xastalangan homilador ayollar konsultatsiyasi sharoitida davolanishadi.

Temir tanqisligini to'ldirish uchun tarkibida temir bo'lgan preparatlar buyuriladi.

Globeks tarkibida temir (II) fumarat, folat kislota, B₁₂, elementar sink mavjud. 1 kapsula (100mg)dan 2 mahal kuniga buyuriladi. 15 kun.

Totema-tarkibida temir glyukonat, marganes, mis bor. Bunday maxsus tarkib temir, marganes va misning birgalikda ta'siriga asoslangan. 1 ampula (50mg) 100 ml suvga qo'shib ichiladi, kuniga 2-3 ampuladan.

Kamqonliklikning o'rta og'ir va og'ir darajalarida temir moddalarni parenteral qo'llash mumkin.

Ferkayl 1 ampula (2 ml 100mg temir III)dan m/o 1 marta kuniga 5-10 kun yuborish.

Kosmofer 1 ampulani (2 ml 100mg temir III) 10ml 5% glyukoza eritmasi bilan v/i 1 marta kuniga 5-10 kun yuborish.

Venofer 1 ampulani (5 ml 100 mg temir III) 200ml 0,9% natriy xlor eritmasida v/i kunora 3-5 marta yuborish.

Maltofer 1 ampula (2 ml 100mg temir III)dan m/o 1 marta kuniga 5-10 kun yuborish.

Markaziy asab tizimi faoliyatini normallashtirish uchun: pustirnik yoki valeriana eritmasi (1 qoshiqdan 2 mahal), trioksazin yoki seduksen (1 tabletka kechqurun), biopassit, novopassit 1 tabletkasi kechasiga buyuriladi.

Organizmni desensibilizatsiya qilish uchun: kalsiy glyukonat (0,5 g dan 1-2 marta), dimedrol yoki pipolfen (0,025 g kechqurun).

Oqsil yetishmovchiligini davolash uchun: dietoterapiya, almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar qabul qilish – metionin (0,25 g dan 4 mahal), glutamin kislota (0,5 g dan 3 mahal).

Organizmi mikroelementlar va vitaminlar bilan to'yintirish uchun pregnavit (1 draje 2-3 mahal), vitrum prenatal, materna.

Atsidoz va gipoksiyaning profilaktikasi: glyukoza 10 % li 20 ml vena ichiga 10-12 in'eksiya.

Homila gipotrofiyasi va gipoksiyasining oldini olish uchun: glyukoza, kokarboksilaza (50-100 mg vena ichiga), vitaminlar, almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar, oksigenoterapiya o'tkaziladi.

Dietetoterapiya homiladorlar anemiyasini davolashda muhim ahamiyatga ega, homiladorlar rasioni oqsil, vitaminlar, mikroelementlar, temir moddalarining ko'payishi hisobidan kengayishi lozim. Homiladorlikning birinchi yarmida oqsilning bir kunlik miqdori 110 g, yog'-80 g, uglevod - 350 g, taomning umumiy kaloriyasi 2800-3000 kkal. Homiladorlikning ikkinchi yarmida oqsil miqdorini 120g, yog' -90 g, uglevodni 400 g gacha oshirish kerak (ovqatning umumiy kaloriyasi 3100-3200 kkal).

Oqsilning asosiy manbai go'sht, jigar, til, buyrak, tuxum, sut mahsulotlaridir. Temir moddasi go'sht mahsulotlari iste'mol qilinganda, o'simlik mahsulotlarini iste'mol qilingandagiga nisbatan 8,5 marta ko'proq so'riladi. Odam organizmi yog', go'sht, pishloq, tvorog, suzma, qaymoq, tuxum kabi mahsulotlardan oladi. Bemorlarning ovqatlanish ratsioniga o'simlik va sariq yog'ni ishlatish maqsadga muvofiq (paxta, pista, soya, ko'pincha 25 g).

Uglevodlarni buyurishda kletchatkaga boy o'simlik mahsulotlariga ahamiyat beriladi: javdar noni, sabzavotlar (tomat, sabzi, qovoq, kartoshka, lavlagi, karam, rediska), tarvuz, qovun, mevalar (anor, olma, o'rik, gilos, behi, olxo'ri, olcha, anjir, limon, mandarin, apelsin va boshqalar), quruq mevalar (turshak, kishmish, qoqi), yong'oqli mevalar (pista, bodom), rezavor mevalar (na'matak, maymunjon, malina, qulupnay), dukkaklilar (loviya, makkajo'kori, no'xat, betaga, marjumak, sholi). Qo'ziqorin va achitqilar mikroelementlarga boy. Homiladorlarning har kunlik ratsionida albatta ko'katlar va ismaloq, ko'k piyoz, shovil, shivit, petrushka va boshqalar bo'lishi kerak. Agar ratsionda mevalar yetishmasa sharbatlar (olma, o'rik, pomidor, sabzi) va kompot, kisellarni kiritish mumkin. Mevalar, ko'katlar, sabzavotlar homiladorlar ratsionida muhim o'rin tutadi. Ularning ba'zilar kraxmal manbai bo'lsa, boshqalari oqsil, qand manbaidir. O'simlik mahsulotlari mineral tuzlar, mikroelementlar va vitaminlarga boy. O'simliklar tarkibidagi kletchatka hazm qilish jarayonida ichaklardan so'rilmaydi, shuning uchun ham u homiladorlikda ichaklar peristaltikasiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Gestatsion davr

Bu davrda quyidagi asoratlar kuzatiladi:

1. Preyeklampsiya
2. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi
3. Tug'ruqdan oldin suv ketishi
4. Homila rivojlanishining to'xtash sindromi, homila ichi gipoksiyasiga olib keluvchi fetoplatsentar yetishmovchilik.

5. Muddatidan oldingi tug'ruq
6. Tug'ruq dardlarining kuchsiz bo'lishi.
7. Uchinchi va erta tug'ruqdan so'nggi davrda gipotonik qon ketish.
8. Koagulopatik qon ketishi.
9. Loxiometr va bachadon subinvolyutsiyasi.
10. Gipogalaktiya.
11. Tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasallik.
12. Onalar o'limi va kasallanish darajasining oshishi.
13. Homilalar o'limi va kasallanish darajasining oshishi. Perinatal patologiya: asfiksiya, tug'ruq jarohati, tana vaznining kamayishi, anemiya, immun yetishmovchiligi bilan bog'liq infeksiyalanish xavfi va melenaning rivojlanishi.

14. Temir tanqisligi natijasida bolalarda temir yetishmovchiligi kamqonligi:
 - psixomotor rivojlanishning orqada qolishi;
 - so'zlashish nuqsoni va o'qishning sustligi;
 - jismoniy faolligining pasayishi;
 - aqliy rivojlanishdan orqada qolish (yengil darajasidan o'rtacha og'ir darajagacha)
- Bolaning bosh miyasi temir tanqisligiga o'ta sezgir bo'ladi

Ma'lumki, TTKda kasalga qon quyish maqsadga muvofiq bo'lmaydi. Zamonaviy immunologiyada biz qon quyishni to'qima transplantatsiyasi sifatida qaraymiz. Bu onaning holatiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, chunki OITS, zardob hepatiti yuqish xavfi bor. Shuning uchun qon quyishdan oldin resipient va donorning qon guruhini rezus-omilga tekshirish lozim. Kasalxonada transfuzion terapiyani terapevt va akusher-ginekolog ko'rsatmasiga ko'ra mas'ul shifokor-transfuziolog amalga oshirishi kerak. Bundan tashqari, akusherlik kompleksida qon xizmati juda yaxshi yo'lga qo'yilgan bo'lishi kerak. Navbatchi donor va tibbiyot xodimlarining manzil va telefonlari bo'lishi lozim. Bu choralar gepatit, OITS va mononukleoz infeksiyalar yuqishining oldini oladi. Tug'ruq zallarida har doim eritrotsitar massa va qon zardobining zahiralari bo'lishi lozim. Zahiralarning to'ldirilishi va ishlatilishi qattiq nazoratga olinishi kerak. Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki gemotransfuziya reja asosida ish kunining birinchi yarmida soat 13⁰⁰ gacha olib borilsa, gemotransfuzion asoratlar kamayadi.

Qon va uning komponentlarini quyish quyidagi maqsadlarda amalga oshiriladi:

- globulinlar va plazma hajmini to'ldirish uchun;
- o'tkir sirkulyator gemik va to'qima gipoksiyasining oldini olish uchun;
- bachadon va yo'ldoshda qon aylanishini yaxshilash uchun, kislorod transportining oshishi, qon komponentlari bilan ta'minlash, tug'ruqda og'ir anemiya, o'tkir asfiksiya va gipoksiyaning profilaktikasi va davolash maqsadida;
- tug'ruqda va tug'ruqdan so'ng bachadon qisqarishini yaxshilash;
- tug'ruq dardlari susayishi, gipotonik va atonik qon ketishi, bachadon subinvolyutsiyasining tug'ruqdan so'nggi profilaktikasi;

- eritrotsitlar, trombositlar, qon ivish omillari o'rnini to'ldirish bilan gemostaz tizimini korrektsiyalash. Bu holat, birinchidan, yo'ldosh ajralgandan keyingi qon ketishini kamaytiradi, ikkinchidan, koagulopatiya va trombositopeniyaning oldini oladi;

- tug'ruqdan so'nggi yiringli kasalliklar profilaktikasi organizmning immun himoyasini oshiradi;

- gipogalaktiyaning profilaktikasi, laktasion davrda ko'krak sutining miqdori va sifatini yaxshilaydi.

Qon quyish har bir holatda individual tartibda olib borilishi kerak.

Og'ir darajali TTKga preyeklampsiya, proteinemiya qo'shilib kelgan bo'lsa, 100-200 miqdorda yangi tayyorlangan qon plazmasi, 3 kundan ortiq saqlanmagan eritrositar massa yuboriladi. Tug'ruqqacha bo'lgan davrda qon preparatlari ishlatiladi. Agar gemoglobin 60 dan past bo'lsa, operatsiya vaqtida III-IV darajali bemor 500 ml dan ko'p qon yo'qotsa, koagulopatik qon yo'qotish xavfi yuqori bo'lganda qon plazmasining 6-8 dozasi, kriopresipitat yuboriladi. Agar ular bo'lmasa yangi eritrositar massa transfuziya qilinadi.

Og'ir darajali TTKni qon preparatlari bilan kompleks davolashda quyidagi ko'rsatmalar bo'yicha davolash tavsiya qilinadi :

- tug'ruqqacha tayyorgarlik (gemoglobin 70 g/l va bundan past bo'lganda);

- anemiya va preyeklampsianing birgalikda kelishi;

- gipoksiyaning rivojlanishiga qo'shimcha xavf bo'lishi: katta homila, infantilizm belgilari, ko'psuvlik, 2 ta va bundan ko'p homila va boshqalar;

- kesar kesish operatsiyasi;

- birinchi va uchinchi tug'ruq davri (gemoglobin 60 dan kam);

- qon ketishi (yo'ldoshning oldin kelishi, tug'ruq yo'llari jarohati, tug'ruqdan keyingi patologiya);

- yangi eritrositar massa barcha qonun-qoidalar bilan tug'ruqqacha bo'lgan davrda transfuziya qilinsa, massiv qon ketish, TTIQI sindromi, gemorragik shok, bir litrdan ko'p bo'lgan massiv gemotransfuziya qo'llashni o'z ichiga oladi.

Kamqonlikning oldini olish va davolash yo'llari.

Laborator usullardan: qonni klinik tekshirish; gematokrit, retikulositlar, trombositlar sonini aniqlash; qon zardobidagi temir va ferritin miqdorini aniqlash hamda transferrin temir bilan to'yinganligi koeffitsientini aniqlash.

Homiladorlikda kamqonlikning oldini olish uchun quyidagilarga rioya etish kerak:

1. Har kuni kun tartibiga qat'iy rioya qilish, yetarlicha dam olish, vaqtida to'yib uxlash, bu o'z navbatida markaziy asab ishini faollashtiradi.

2. Ertalabki badantarbiya, cho'milish va boshqa gigiyena shartlariga rioya qilish.

3. Ochiq havoda sayr qilish.

4. To'g'ri ovqatlanish kamqonlikning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Homilador ayol kuniga 5-6 mahal ovqatlanishi zarur. Bunda u oqsilga, vitaminlarga boy ovqatlarni iste'mol qilishi kerak. Bular: go'sht, baliq, jigar, tuxum, sut mahsulotlari: qatiq, sut, brinza va boshqalar. Sabzovotlarni qaynatib,

pishirib emas, balki xomligicha eyish mumkin: piyoz, sabzi, pomidor, bodring; ho'l mevalardan: uzum, o'rik, olma, gilos, limon, apelsin va boshqalar.

5. Nv miqdori homiladorlikning 1-6 oyligida oyiga 1 marta, oxirgi 3 oyligida oyiga 2 marta tekshirilib boriladi.

TTK da ayollar reabilitatsiyasi

TTK ni kamaytirish uchun fertil yoshdagi ayollarda tug'ruq intervallari kamida 3 yil bo'lishi kerak, har bir homiladorlikda gemoglobin va eritrosit ko'rsatkichlari normal bo'lishi kerak.

Ovqatlanishni ratsionallashtirish, normal kun tartibi, sog'lom turmush tarzini olib borish to'g'risida tushuntiruv ishlarini olib borish kerak.

Reabilitatsion choralarni UASH olib borishi kerak. Asosiy e'tiborni anemiyaga olib keluvchi ekstragenital kasalliklarga qaratish kerak. TTK bilan og'ruvchilarda "yuqori xavf guruhi"ni tashkillashtirish va ular orasida profilaktika choralarni olib borish nazorati alohida ahamiyatga ega.

TTK li ayollarda kontrasepsiyani hamma turlarini ishlatish mumkin. BIS fonidagi giperpolimenoreya bundan istisno hisoblanadi. Bu holatda spiralni olib tashlash kerak.

18.2. HOMILADORLIK VA PIELONEFRIT

Maqsad: pielonefrit haqida tushuncha, kasallik etiologiyasi, patogenezi, tashxisi, homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechishini o'rganish.

Reja.

1. Pielonefrit haqida tushuncha.
2. Pielonefrit tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.
3. Pielonefritda diagnostika metodlari.
4. Homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davrning asoratlari.
5. Davolashning asosiy tamoyillari.

Pielonefrit homiladorlikda tez-tez uchrab turadigan homiladorlarning hayoti uchun xavfli kasallik hisoblanadi.

Pielonefritda asosan buyrak jomlari, kosachalari yallig'langan bo'ladi. Bunday yallig'lanish holati homiladorlikda tug'ruq vaqtida hamda chilla davrlarida uchraydi. Pielonefrit sur'ati (chastota) o'rtacha 3–30% hisoblanadi. Shu jumladan homiladorlik davrida 48% tug'ayotgan ayollarda 17%, chilla davrida 35% uchrab turadi. Pielonefrit kasalligining kelib chiqishi va rivojlanishiga asosan ikki xil muhim sharoit sababchi bo'ladi. Bulardan biri buyrakning qon bilan ta'minlanishining buzilishi va siydik yo'llarida siydikning to'xtab qolishi hamda organizmda kasallik chaqiruvchi mikroorganizmlar mavjudligidir.

Kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarga 65% enterobakteriya, 1% ichak tayoqchasi, klebsiella, protey, 23% enterokokk, kamdan-kam stafilocokk va hokazolarni kiritish mumkin. Infeksiyaning asosiy manbai asosan ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanishi, furunkullar, siydik yo'llarining yallig'lanishi, kasallangan tishlar mavjudligi, murtak bezlarining surunkali yallig'lanishi hisoblanadi.

Infeksiyalar organizmda: qon orqali, limfa bezlarining yo'llari va siydik chiqaruv yo'llari orqali tarqalishi mumkin.

Infeksiyaning tarqalishi uchun qulay sharoitlardan biri homiladorlik davrida yuqori siydik yo'llarida siydik chiqarish jarayonining buzilishi hisoblanadi. Bunga qisman homilador bachadonining o'ng tomonga burilgan holatda joylashishi va bu siydik yo'llarining bosilishi natijasida buyrak jomlarida, siydik yo'llarida siydikning to'xtalib qolishiga olib keladi. Bunday holatda infeksiya rivojlanishiga qulay sharoit tug'iladi.

Buyrakda siydik ajralib chiqishi va qon aylanishi buzilishiga asosiy sabablardan yana biri, homiladorlik davrida progesteron gormonining siydik yo'llariga, buyrak jomlariga ta'siri hisoblanadi.

Gormon progesteron siydik yo'llarini, buyrak jomlarini bo'shashiga olib keladi. Bu esa siydik yo'lining to'xtalib qolishiga sabab bo'ladi. Bunday sharoitda organizmda biror infeksiyaning manbai mavjud bo'lsa, siydik yo'llariga tushib, uning yallig'lanishiga olib keladi. Pielonefrit ko'pincha o'ng buyrakda va birinchi homilador bo'lgan ayollarda ko'proq uchraydi.

Pielonefrit – 86,6% da homiladorlikning ikkinchi yarmidan (22 – 28 hafta) tuqqan ayollarning chilla davrida 4-6-9-12- kunlaridan kasallik boshlanishi mumkin.

Kasallik asosan o'tkir va surunkali davom etadi. O'tkir boshlangan pielonefritda tana harorati ko'tariladi, ko'pincha ayollar qaltirab (oznob), keyin isitma chiqaradi, boshi qattiq og'riydi, ko'ngli ayniydi, vaqti- vaqti bilan qusishi mumkin, keyinchalik kuchli terlash sodir bo'lib, tana harorati biroz pasayadi. Nafas olishi tezlashadi. Tomir tez-tez urib turadi (taxikardiya), til usti karashlangan bo'ladi. Kasallarning umumiy ahvoli yomonlashib, holsizlik, lanjlik hollaridan shikoyat qiladilar.

Belda (buyrak yaqinida) og'riq paydo bo'ladi. Og'riq qorin pastki qismiga, jinsiy a'zolarining lablariga, oyoqning son qismiga va siydik yo'llari bo'ylab tarqaladi. Bel (buyraklar) sohasiga mushtum bilan yengil urilganda buyrak jomi yallig'langan tomonida og'riq seziladi (Pasternaskiy belgisi musbat bo'lib chiqadi).

Kasallar tez-tez siyadi, siyish vaqtida og'riq sezadilar. Pielonefrit surunkali davom etganda beldagi og'riq sustroq seziladi, lekin beldagi og'riqni zo'raytirish kasallar gavda harakati bilan bog'liq ekanligidan shikoyat qiladilar.

Kasallarning boshi og'riydi, tez-tez charchaydilar, tanada umumiy behollikni sezadilar, Pasternaskiy belgisi kuchsiz mushat bo'lib chiqadi, 16 % homilador ayollarda pielonefrit bilan birga kamqonlik, 20 % qon bosimining yuqori bo'lishi (gipertoniya) sodir bo'ladi.

Kasallikni aniqlash asosan uning klinik belgilariga, laboratoriya va endoskopik tekshirishlarga asoslanadi. Bel (buyrak) sohasidagi og'riq homiladorlikning 3-oyigacha kuchli bezovta qiladi. Homiladorlikning qolgan oylarida bel sohasidagi og'riq susayadi, chunki siydik chiqaruvchi yo'llari birmuncha bo'shashib, kengaygan bo'ladi, bu esa og'riq kamayishiga olib keladi.

Qonda leykotsitlarning soni ko'payadi va leykotsitoz, chapga siljish sodir bo'ladi. Leykotsitlarning ko'payishi asosan tayoqchasimon leykotsitlarning hisobiga sodir bo'ladi. Qonda protein kamayadi (proteinemiya), mochevina miqdori ko'payadi.

Siydik tekshirilganda uning tarkibida proteinlar bo'ladi (proteinuriya), leykotsitlar ko'p miqdorda aniqlanadi (leykotsituriya). Leykotsitlar, eritrotsitlar ham bo'lib, gematuriya hollari sodir bo'ladi. Siydikni bakteriologik tekshirish shartdir. Bunda 1 ml siydikda 10/5 darajasidan ortiq mikroob donachalari topilsa, bu pielonefrit deb tashxis qo'yishga asos bo'ladi.

Siydikni Zimniskiy, Nechiporenko, Addis – Kakovskiy usullari bilan tekshirilib buyrak funksional holati aniqlanadi.

Homiladorlik davrida pielonefrit kasalligi bilan kasallangan ayollarda homiladorlikning quyidagi asoratlarni kuzatish mumkin.

1. Homiladorlikning taxminan 16 – 24-haftalarida 6% gacha bola tushishi sodir bo'ladi, chunki bu davr ichida homila shikastlanadi, infeksiya va intoksikatsiya ta'sirida homila o'sishdan orqada qoladi, tug'ilgan taqdirda ham umumiy vazni kam bo'lib tug'iladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq esa osongina yuqumli kasalliklar bilan tez-tez kasallanadigan bo'lib qoladi.

2. 25% homila vaqtidan ilgari (chala tug'ilishi) mumkin.

3. 44 – 80 % hollarda homiladorlik gipertenziyasi kuzatiladi.

4. Normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi yuz beradi.

5. Homiladorlik davrida pielonefrit bilan kasallangan ayollar ko'pincha chilla davrida uchraydigan endometrit va chilla davridagi septik kasalliklarga duchor bo'ladilar.

Pielonefritning o'tkir klinik formasida esa quyidagi asoratlarni uchratamiz: bakterial shok; buyrak to'qimalarining nekrozi; yiringlashning butun tanaga tarqalishi (septikopiemiya).

Homiladorlik davrida sodir bo'lgan pielonefritni asoslab, tug'ruq vaqti kelganda tug'ruqni boshqarishda albatta spazmolitiklar qo'llash tavsiya etiladi. Agar pielonefrit bilan og'rigan ayollarda homiladorlikda gipertenziv asoratlari davom etayotgan bo'lsa yoki gipertenziya asorati tez-tez xuruj qilsa (qaytarilsa), bu asoratni davolashdan qoniqarli natija olinmasa, homiladorlikni sun'iy yo'l bilan tugatish kerak bo'ladi. Bu hollarda homiladorlikni tugatish uchun, dardni chaqiruvchi va kuchaytiruvchi dorilar bilan tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Homiladorlikni operatsiya yo'li bilan tugatish tavsiya qilinmaydi. Kesar kesishni faqat homilador ayolning hayoti kuchli xavf ostida qolgandagina qo'llash mumkin.

Quyidagi hollarda homilani davom ettirish qat'iy man etiladi: pielonefrit yakka buyrakda sodir bo'lgan bo'lsa; surunkali pielonefritda gipertoniya (qon bosimining ko'tarilishi) va azotemiya hollari ro'y berganda; surunkali pielonefritda buyrak faoliyati susayganda (SBY).

Pielonefrit kasalligi bilan homilador ayol homiladorlikning birinchi 3 oyligida kasallansa, homiladorlikni davom ettirish man etiladi. Chunki bu davr homilaning hayot uchun zarur bo'lgan ichki a'zolarining shakllanish

davri hisoblanadi. Homilani sun'iy yo'l bilan tushirish o'tkir davom etayotgan pielonefrit kasalligini davolab, kasallikning asosiy belgilari yo'q bo'lgandan keyin amalga oshiriladi.

Davolash. Pielonefritli ayolni faqat davolash muassasalariga olib borish zarur, uy sharoitida, ambulatoriya sharoitida davolash man qilinadi.

Pielonefritni davolashda birinchi 3 oylikda antibiotiklardan penisillin beriladi, 1 kunda 10000000 ED m/o yuboriladi. Yana yarim sintetik aprid (ampitsillin) 1 tabletkadan (750 mg) dan 2 mahal kuniga yoki Xikonsil 1 kapsula (500mg) dan 3 mahal 5 kun, amoksitsillin-TEVA 1g m/o 3 mahal 5 kun davomida yuboriladi. Antibiotiklarni tana harorati normallashgandan keyin yana 2 kungacha davom ettirish tavsiya qilinadi. Agar kasallik og'ir davom etsa, antibiotiklar (megasef 750 mg v/i 3 mahal kuniga 3-5 kun davomida) venaga yuboriladi.

Homiladorlikning 3 oylikdan keyingi oylarida kuchli antibiotiklarni davolash uchun ishlatish mumkin, chunki 3 oydan keyin homilaning hayot uchun zarur ichki a'zolari shakllanib bo'lgan bo'lib, yo'ldosh to'la-to'kis shakllanadi, o'zining ish faoliyatini boshlaydi, homilani dorilar ta'siridan bir muncha saqlash qobiliyatiga ega bo'ladi.

Antibiotiklardan aprid (ampitsillin) 1 tabletkadan (750mg) 2 mahal 7 kun, amoksiklav 600 mg dan 3 mahal v/i, keyin 1tabletkadan (1000mg) dan 2 mahal 5 kun, amoksil 500mg dan 3 mahal 5-7 kun ifsef, seftriakson (lendasin) 1g dan kuniga 2 mahal v/i, zitrotsin 500 mgdan 1 mahal 3 kun 5 kun davomida tavsiya qilinadi.

Homilador ayollarga antibiotiklardan tetratsiklin, levomitsetin, streptomitsin buyurish mumkin emas, chunki antibiotiklar homilaga salbiy ta'sir qilib, hayot uchun zarur bo'lgan ichki a'zolarida turli kasalliklar (anomaliyalar) sodir bo'lishiga sabab bo'ladi.

Buyrakdagi yallig'lanishga qarshi beriladigan dorilardan urolesan 15 tomchidan 3 mahal 7 kun, 5-NOK 2 tabletkadan 4 mahal 4 kun, keyinchalik 1 tabletkadan 4 mahal yana 10 kun davomida beriladi. Furodonin 0,1g dan 4 mahal 4 kun, 0,1g dan 3 mahal 10 kun davomida beriladi. Furazolidon 0,1g dan 4 mahal 4 kun, 0,1g dan 3 mahal 10 kun, urosulfan 0,5g dan 4 mahal 10 - 12 kun.

Chilla davrida pielonefritni davolashda biseptolni 2 tabletkadan 2 mahal 10 kun davomida yuborilsa, yaxshi natijaga erishiladi.

Organizمنى dezensibilizatsiya qilish maqsadida suprastin 0,025 dan yoki pipolfen 0,025 dan 3 mahal ichiriladi.

Siydik yaxshi ajralishi uchun spazmolitik moddalardan baralgin 5 mahal yoki no-shpa 2 ml m/o, papaverin 2% - 2,0 m/o yuboriladi. Platsentaning to'siq faoliyatini ko'chaytirish uchun E vitamini 30% -1,0 m/o 5-10 kun davomida tavsiya qilinadi.

Bachadon muskullari qisqaruvchanligini kamaytirish maqsadida gestagen (dyufaston), spazmolitik (magneziya, no-shpa, papaverin) va tokolitiklar (ginepral) buyuriladi.

Davolash mobaynida yuboriladigan suyuqlik miqdori 1 kunda 2 litrgacha tavsiya etiladi (5% glyukoza, fiziologik eritma va h.k.), og'iz orqali suyuqlik

ichishga maslahat beramiz. Go'shtni qaynatilgan tarzda iste'mol qilinadi. Sabzavot va ho'l mevalardan ko'proq iste'mol qilish kerak. Sho'r-achchiq va qovurilgan ovqatlarni iste'mol qilish qat'iyan man qilinadi.

O'rgatuvchi testlari:

1.TTK mezonlari:

eritrotsitlar $3,5 \times 10^{12} / l$ va undan past
gematokrit 34% dan past
rang ko'rsatkichi 0,8 va undan past
temir moddaning darajasi 10 mkg/l va undan past
gemoglobin 110 g/l va undan past

2.Gestatsion pielonefrit klinikasi:

tana harorati $38 - 40^{\circ}C$ ga ko'tarilishi, bel sohasida og'riq, tez-tez siyish, og'riq bilan bel sohasida og'riq, Pasternaskiy simptomi musbat, titrash, quvvatsizlik, terlash

3.Og'ir kamqonlikda tug'ruqqa tayyorlash usullari:

qon ivish xususiyatini tekshirish
klinik - biokimyoviy tekshiruv
vitaminlar, oqsil va temir moddalari bo'lgan dorilar berish
homila surunkali gipoksiyasini davolash
eritrotsitar massa, plazma quyish

4.Pielonefritni homiladorlik paytida davolash:

antibiotiklar qo'llaniladi, spazmolitiklar, ko'p suyuqlik ichiriladi, o'rinda yotish tartibi.

sefalosporinlar buyurish

vitaminlar, quvvatni oshiruvchi, dezintoksikatsion davolash

5.Gestatsion pielonefrit bilan kasallangan bemorlarda siydik tahlillari qanday bo'ladi?

bakteriuriya

siydikda oqsil paydo bo'lishi

siydikda leykotsitlar miqdori oshishi

Nechiporenko usulida leykotsitlar soni 2000 dan ortiq

6.Gestatsion pielonefrit profilaktikasi:

ratsional suyuqlik ichish, sho'r ovqatlarni kamaytirish

kolpit va uretritni o'z vaqtida davolash

antibiotik va sulfanilamidlarni profilaktik buyurish

7.Pielonefrit va uning homiladorlikda homilaga ta'siri:

homilaning gipotrofiyasi

homilaning vaqtidan oldin tug'ilishi

chaqaloqlarda yiringli septik kasalliklar

yuqori perinatal o'lim

8.Pielonefrit rivojlanishida infeksiya qanday 2 yo'l bilan tarqaladi?

gematogen yo'l

uretra orqali yuqoriga chiquvchi yo'l

9. Homiladorlik pielonefritida ko'p uchraydigan asoratlarni sanab o'ting:
homiladorlikning barvaqt to'xtashi
homiladorlikda gestozlarning qo'shilib kelishi
homila gipotrofiyasi
homilaning antenatal o'limi
ko'psuvlik
NJYBK

10. Buyrak kasalliklarida homiladorlikka qarshi qanday 3 ta ko'rsatmani bilasiz?

surunkali pielonefrit, buyrak yetishmovchiligi
yagona buyrak pielonefriti
barqaror gipertenziya yoki azotemiya bilan kechadigan surunkali pielonefrit

11. Temir yetishmasligi anemiyasida qanday 4 ta og'irlik darajasini bilasiz?

1-darajada - yengil-Hb 110-91 g/l
2-darajada - o'rtacha-Hb 90-71 g/l
3-darajada - og'ir-Nb 70-51 g/l
4-darajada - o'ta og'ir-Nb 50 g/l va undan past

12. Temir tanqisligi bilan o'tadigan kamqonlik rivojlanishida 6 ta asosiy omilni sanab bering:

yoshi
anamnez
ekstragenital kasallik borligi
ovqatlanish xususiyati
homiladorlik muddati
ushbu homiladorlik asorati

13. Surunkali temir tanqisligi anemiyasi bo'lgan ayollarni profilaktika va davolash maqsadida 3 marta rejalı gospitalizatsiya qilish homiladorlikning qaysi muddatlarida o'tkaziladi?

I-20-22 haftada-organizmda Fe tanqisligini davolash

II-28-32 haftada- kamqonlik o'ta avj olgan davr, Fe tanqisligini to'ldirish maqsadida davolash kursi o'tkaziladi

III- 36-38 haftada tug'ruqqa tayyorlash

14. Anemiyada homiladorlikka 5 ta qarshi ko'rsatmani sanab bering:

III-IV darajadagi temir tanqisligi anemiyasi
gemolitik anemiya
suyak ko'migi gipo- va aplaziyasi
leykoz

og'ir kechuvchi yoki tez-tez xurujlanuvchi Verlgof kasalligi

15. Pielonefrit bilan tug'ruqni olib boring:

tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruqni chaqirish
Nima sababdan pielonefrit o'ng tomonda ko'proq uchraydi
o'ng tuxumdon venasi siydik yo'llarini siqib qo'yishi
bachadon bilan o'ng siydik yo'lining siqilishi

16. Buyrak kasalliklarida homiladorlarni 4 marta gospitalizatsiya qilish muddatlari va maqsadlari?

1 – 12 haftalik homiladorlikning o'sishini hal qilish uchun

2 – 22 – 24 haftalikda yo'ldosh yetishmovchiligi davosi va preyeklampsiyaning oldini olish uchun.

3 – 32 – 34 haftalikda profilaktik davo, preyeklampsiyani va yo'ldosh yetishmovchiligini davolash uchun

4 – 37 – 38 haftalikda tug'ruq oldi tayyorgarligi uchun.

17. O'tkir pielonefritga xos 4 asosiy simptom?

Tana harorati 39 – 40 gradus, qaltirash, holsizlik

Belda og'riq, siydik yo'li bo'ylab og'riq, sonda og'riq

Pasternaskiy belgisi (musbat)

Peshobda oqsil va leykotsitlar

18. Pielonefritda qon va peshob tahlilidagi o'zgarishlar?

leykotsituriya

bakteriuriya

qonda neytrofil leykotsitoz

19. Pielonefrit tashxisida laborator usullar (peshob)?

Peshobning umumiy tahlili

Nechiporenko sinamasi

Addis – Kakovskiy sinamasi

Zimnitskiy sinamasi

20. Pielonefritda tug'ruqdagi 4 ta asorat?

NJYBK

Vaqtidan ilgari tug'ruq

Tug'ruqdan oldin va erta suv ketish

Tug'ruqdan keyin va ilk chilla davrida qon ketish

21. Homiladorlikda kamqonlikning qaysi 4 ta turi ko'p uchraydi?

Fe tanqisligi

B₁₂ (folat kislota) yetishmasligi

Gemolitik

22. TTK ning 4 ta rivojlanish xavfi qanday?

Akusherlik anamnezida qon ketishlar, operatsiyalar

Surunkali infeksiya o'choqlari, ekstragenital kasalliklar borligi

Oqsil, Fe, vitaminlari kam bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilish

Homiladorlik asoratlari (qayt qilish, preyeklampsiya, bola tashlash xavfi)

23. Kamqonligi bo'lgan ayollarda qanday 5ta homiladorlik asoratlari uchraydi?

preyeklampsiya rivojlanishi

bola tashlash

Surunkali gipoksiya va homila gipotrofiyasi

NJYBK

Homilaning antenatal o'limi

24. Kamqonligi bo'lgan ayollarda tug'ruq vaqtidagi 5 ta qanday asoratlar uchraydi?

Tug'ruqdan oldingi va erta suv ketishi

Homilaning intra- va postnatal o'limi

Tug'ruq kechishining sustligi

NJYBK

Tug'ruqdan oldingi va keyingi qon ketishlar

25. Homiladorlikning qaysi muddatlarida ko'pincha pielonefrit aniqlanadi?

12 – 15- haftalarida

24 – 29- haftalarida

32 – 34- haftalarida

39 – 40- haftalarida

26. Tug'ruqdan keyingi davrning qaysi kunlarida pielonefrit asoratlari kelib chiqadi?

2 – 15- kunlarida

10 – 12- kunlarida

27. Pielonefrit qo'zg'atuvchilari?

Grammanfiy ichak tayoqchalari

Ko'k yiring tayoqchasi

Protey

Kandidalar turidagi zamburug'lar

Stafilokokklar

28. Homiladorlikda pielonefritning formallari?

O'tkir

Surunkali

Latent kechuvchi

Gestatsion

29. Homiladorlarda pielonefritni davolash?

Vitaminli parhez, suyuqliklar, siydik haydovchi o'tlar

Tizza-tirsak holatida kuniga 10 – 15 daqiqa bir necha marta va sog' tomonda yotish

Antibakterial terapiya

Dezintoksikatsion terapiya

Spazmolitiklar

Uroseptiklar

Desensibillovchi terapiya

XIX BOB

HOMILADORLIK ILK TOKSIKOZLARI

Maqsad:

Talabalarga ilk toksikoz etiologiyasi va patogenezi, tasnifi to'g'risida tushuncha berish, ushbu patologiyani davolash va profilaktikasini o'rgatish.

Reja:

1. İlk toksikoz tushunchasining tahlili.
2. İlk toksikozlar tasnifi.
3. İlk toksikoz etiologiyasi va patogenezi.
4. İlk toksikozlarni davolash va profilaktikasi.

Homiladorlik toksikozlari (HT) tushunchasi homiladorlik tufayli yuzaga kelgan va homiladorlik tugashi bilan bartaraf bo'ladigan barcha patologik holatlarni o'z ichiga oladi. HT ona va bola tomonidan asoratlarga olib kelishi mumkin, ba'zan ekstragenital patologiyalarga ham sabab bo'ladi.

Toksikozlar – ayol organizmida homiladorlik tufayli vujudga keladigan patologik holat bo'lib, ko'pgina simptomlar bilan namoyon bo'ladi, ulardan asosiysi markaziy asab tizimi, qon tomirlari holatining va moddalar almashinuvining buzilishidir.

Erta paydo bo'ladigan toksikozlar asosan asab, endokrin tizimi, ovqat hazm qilish yo'llari, immunologik va boshqa tizimlar holatiga bog'liq bo'ladi. Bunda ayolning ko'ngli ayniydi, qayta-qayta qayt qiladi, so'lagi oqadi va hokazo.

Hozirgi kunda 50 dan ortiq nazariyalar borki, ularda erda paydo bo'ladigan toksikozlar turlicha talqin qilinadi. Bizda kortiko-visseral nazariya keng tarqalgan bo'lib, 1950 yil boshida mashhur akusherlar S. M. Bekker, A. P. Nikolayev, A. A. Lebedevlar buni I. P. Pavlovning asab tizimi sistemasi faoliyatini o'rganish nazariyasiga asoslangan holda talqin qiladilar. Bu nazariya bo'yicha erda paydo bo'ladigan toksikozlarda reflektor reaksiya izdan chiqadi. Refleks esa bachadondagi asab oxirlarining homila tuxumi ta'sirlashi natijasida vujudga keladigan impulslaridir. Evropa va Amerika Qo'shma Shtatlari olimlari XG gormonning (xoriogonik gonadotropin) ko'p ishlanib chiqishi natijasida jigar faoliyati buziladi, deb hisoblaydilar. 1937 yilda fransuz olimi Brindooan va boshqalar erda gestoz (to'xtovsiz qusish) XG gormoni konsentratsiyasi normallashtirish borgan sari ayolning ahvoli yaxshilana borishini kuzatganlar.

Etiologiyasi: ilgari tuxum hujayra ekzotoksinlar manbai deb hisoblanganligi uchun toksikoz deb nomlanardi, lekin hozircha hech kim toksin topmagan.

Patogenezi. Erda toksikoz rivojlanish mexanizmini tushuntiruvchi nazariyalar: reflektor, nevrogen, gormonal, allergik, immunologik, kortiko-visseral.

Zamonaviy nazariyalarga ko'ra: ilk va kechki toksikozlar ayol organizmining rivojlanib borayotgan homiladorlikka moslasha olmayotganligi tufayli kelib chiqadi. Homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmida uchraydigan hamma toksikozlar ko'proq anamnezi og'irlashgan homiladorlarda yuzaga keladi. Ularda

aniq patologik ko'rinishlar bo'lmasa-da, homiladorlik qo'zg'atuvchi omil bo'lib hisoblanadi va homiladorlik asoratlariga olib keladi.

1. Neyrogumoral nazariya: ichki a'zolar va ichki sekretsia bezlari faoliyati buzilganligi natijasida moddalar almashinuvining neyrogumoral boshqarilishi ham izdan chiqadi, oqibatda qondagi oqsil, mikroelementlar, elektrolitlar, gormon va mediatorlarning o'zaro munosabatlari o'zgaradi, bu esa qonda to'la oksidlanmagan moddalar hosil bo'lishi va boshqa ichki a'zolar qatori jigar faoliyatining buzilishi esa ayol organizmining zaharlanishiga olib keladi.

2. Allergik nazariya:

Oqsil substansiyalari sifatida ayol organizmiga allergenlar homila va yo'ldoshdan o'tadi.

3. Buyrak bilan bog'liq nazariya:

Homilador bachadon buyrak tomirlarini ezganligi sababli, buyrak ishemiyasi yuzaga keladi va renin ishlab chiqarilishi kuchayadi.

4. Kortiko-visseral nazariya (stress).

5. Endokrin nazariya.

6. Immunologik nazariya.

7. Genetik nazariya.

8. Platsentar nazariya.

9. Gemodinamik nazariya.

10. Ayol va homila o'rtasidagi gematologik konflikt nazariyasi.

11. Intoksikatsiya nazariyasi.

12. Infeksiya nazariyasi.

(30dan ortiq nazariya mavjud).

Homiladorlik ilk toksikozlari 50-60% homilador ayollarda uchraydi, lekin ulardan 10% davolanishga muhtoj bo'ladi. İlk homiladorlik toksikozlari 2 turga bo'linadi:

Erta toksikozlar tasnifi:

1) Ko'p uchraydigan homiladorlik toksikozlari: qusish, ko'ngil aynishi, so'lak oqishi.

2) Kam uchraydigan homiladorlik toksikozlari: Homiladorlik dermatozlari, homiladorlik bronxial astmalari, homiladorlik gepatozlari (homiladorlik yog'li gepatozigacha).

Ilk toksikozlarning eng ko'p uchraydigan shakli bu – qusish.

Qusish klinik holatiga, laborator ko'rsatkichlarga va uchrashiga ko'ra 3 ta darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha og'ir va og'ir daraja.

PATOGENEZI. Homiladorlikda qusish moddalar almashinuvi va elektrolitlar balansi buzilgan homilador va homila holatida degidratatsiyaga olib keladi. Qusishning kelib chiqishida gormonal muhit disbalansi muhim rol o'ynaydi. Bunga esterogenlar yetishmasligi, XG miqdorining yuqoriligi, kortikosteroidlar sekretsiasining kamayishi va parasimpatik asab tizimi faolligining ortishi sabab bo'ladi. Ona va homilaning immunologik mos kelmasligi ham muhim ahamiyatga ega. Eng ko'p homiladorlik qusishi oshqozon

- ichak yo'lida patologiyasi bo'lgan homiladorlarda uchraydi. Qusish elektrolitlar yo'qotilishiga va degidratatsiyaga olib keladi. Suvsizlanish buyrak faoliyati pasayishiga sabab bo'ladi: koptokchalar filtratsiyasi tezligi kamayishi tufayli, sutkalik diurez kamayadi.

Qon plazmasida kaliy va natriy ionlari konsentratsiyasi ortadi, hujayra tashqarisidagi suyuqlik kamayadi. Ochlik rivojlanishi natijasida gipoproteinemiya yuzaga keladi.

Asosiy ozuqa manbai yog'lar hisoblanadi, organizmda glikogenning sarflanishi yog'lar parchalanishini kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida keton tanachalari to'planishiga, lipoliz tezligi ortishiga, erkin yog' tanachalarining ko'payishiga sabab bo'ladi.

Erkin yog' kislotalari jigarda keton tanachalariga aylanishi natijasida og'ir giperlipidemiya dan to'g'ir yog'li infiltratsiyasigacha kuzatilishi mumkin. Ketoasidozning o'zi ham qusishga sabab bo'lib, degidratatsiya va elektrolitlar balansi buzilishlarini kuchaytiradi. Qo'shimcha hujayra ichi va hujayradan tashqaridagi suyuqliklarning kamayishi to'qima va a'zolar gipoksiyasiga, mochevina konsentratsiyasi ortishiga, gematokrit ko'rsatkichi ortishiga (degidratatsiya tufayli), eritrotsitlar va gemoglobin miqdorlarining mos kelmasligiga sabab bo'ladi. Gemoglobin va gematokritning yuqori miqdorlari homiladorlik ilk toksikozining og'ir darajada ekanligidan darak beradi. Bu jarayonlar natijasida metabolik asidoz bilan gipokaliemiya rivojlanadi. Homiladorlikda qusish og'irlik darajasini aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish kerak:

1- qon klinik tahlillari: gematokrit ortishi, gemoglobin, eritrositlar, SOE ortishi.

2- qon biokimyoviy tahlillari: umumiy oqsil va uning fraksiyalari miqdori, fibrinogen, trombositlar ko'rsatkichi, jigar fermentlarini aniqlash.

3- siydik tahlili: nisbiy zichligining ortishi, sutkalik diurezning ortishi, mochevina, kreatinin miqdorini, buyrakdagi jarayon darajasini aniqlash uchun.

4- bu hamma patologik jarayonlar EKG buzilishiga olib keladi, bu esa o'z elektrolitlar balansi buzilishi darajasini ko'rsatadi, EEG .

5- sutka davomida qayt qilishlar sonini sanash va sutkalik diurez bilan taqqoslash.

6- umumiy holatini baholash : shikoyatlari , pulsi , teri quruqligi va boshqalar. Qusishning yengil darajasini davolamasa ham bo'ladi. Og'ir va o'rta og'ir darajalarini davolash shart.

IIk toksikozlar klinikasi .

1-daraja (yengil formasi): asab tizimining funksional holati o'zgaradi. Bunda bosh miyaning faolligi kamayib, po'stloq osti qavatiniki ortadi, vegetativ asab tizimining faoliyati buziladi, ammo moddalar almashinuvi va boshqa a'zo va tizimlar faoliyatida o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Bunda ko'ngil aynish, qusish 4-5 marta, tana vaznining kamayishi 5%, puls 80 ta, AQB me'yorda, UKT va UPT me'yorda, diurez adekvat.

2-daraja (o'rtacha formasi): Toksikozning bu turida asab tizimida o'zgarishlar kuzatiladi. Organizmda uglevod va yog'almashi-nuvi buzilishi natijasida ketoasidoz vujudga keladi. Ichki sekretiya bezlari, jumladan gipofiz, buyrak usti bezi, sariq tana faoliyati va boshqalar buziladi.

Bu turda ayol sutkasiga 10 marta va undan ko'p qayt qiladi. Bunda qayt qilish ovqatlanishga bog'liq bo'lmaydi. Bemor ozib ketadi (1 haftada 3kg), harorati 37,5°S ga ko'tarilishi mumkin, tomir urishi 90—100 gacha ko'tariladi arterial qon bosimi pasayadi. Organizmda suv kamaygani tufayli og'iz quriydi, anemiya kuzatiladi. Ketoasidoz (atseton +++)kuzatiladi, diurez kam. To'g'ri davolansa, kasallik tuzalishi, aks holda og'ir turga o'tib ketishi mumkin.

3 daraja (og'ir formasi): toksikozning bu turi juda og'ir kechib, hayotiy muhim a'zo va tizimlarga putur yetadi, uglevodlar, yog'lar, mineral tuzlar almashinuvi buziladi. Ayolda metabolik asidoz vujudga keladi. Bunda ayol sutkasiga 20—25 marta va bundan ham ko'p qayt qiladi. Bemor ozib, terisi quruqshaydi, bo'shashadi, tilini karash qoplaydi. Qusug'idan atseton hidi kelib turadi. Tanasining harorati 38—38,5°C gacha ko'tariladi. Pulsi tezlashib, daqiqaga 100—120 martaga yetadi. Bemor kam siyadi, unda atseton, ba'zan oqsil va silindrlar bo'ladi. Qonda azot qoldig'i ko'payadi, xloridlar kamayadi, ko'pincha bilirubin konsentratsiyasi oshadi. Organizmda suyuqlik kamayishi tufayli gemoglobin miqdori oshadi, teri shilliq qavatlari sarg'ayadi. Agar davo qilinmasa, organizmda zaharlanish va distrofik o'zgarishlar avj olib, koma natijasida kasallik o'lim bilan tugashi mumkin.

Toksikozning og'ir turida ayolda fiziologik va patologik o'zgarishlar kuzatiladi. Fiziologik o'zgarishlar paydo bo'lishiga sabab me'dadagi ta'sirlovchi va toksik moddalardir. Homiladorlikdagi patologik o'zgarishlar markaziy asab tizimining qo'zg'alishi, moddalar almashinuvi va endokrin bezlar faoliyati buzilishi natijasida vujudga keladi. Qayt qilish markaziy asab tizimi orqali boshqarilib turadi. Uzunchoq miyada qayt qilish markazi bilan birga nafas, yurak-tomir va so'lak ajratish va hid bilish markazi ham joylashgan. Shu sababli qusishdan oldin ko'ngil aynishi ko'payadi, nafas olish chuqurlashadi, periferik tomirlar spazmi (siqilishi) natijasida bemorning rangi o'chadi. Bu holat qayt qilish markazining ta'sirlanishi natijasida vujudga keladi.

Davolash

◆ Parhez.

◆ Davolovchi-himoyalovchi rejim.

◆ Gipnosuggestiv terapiya, markaziy elektroanalgeziya, igna sanchish terapiyasi, refleksoterapiya.

◆ Medikamentoz terapiya: M-xolinolitiklar (atropin), antigistaminlar (pipolfen, diprazin, tavegil), neyroleptiklar (galoperidol, droperidol), dofamin antagonistlari (reglan, serukal). Infuzion moddalar (kristalloidlar, kolloidlar, glyukoza, albumin, natriy bikarbonat 4 %), metabolizmni kuchaytiruvchi moddalar (KKB, riboksin, vitaminlar).

Qayt qilishga bir qator omillarni hisobga olgan holda davo qilinadi. Bular quyidagilardan iborat:

- Qayt qilish markazi faoliyatini normallashtirish.
- Qayt qilish markazini ta'sirlovchi xemoreseptor zonasini blokirovka qilish.
- Me'daning reflektor qo'zg'aluvchanligini qisman susaytirish hamda uning qisqarish faolligini oshirish.

Ilgarilari qayt qilish markazi faoliyatini susaytirishda sedativ va uyqu dorilar ishlatilgan. Hozirgi kunda qayt qilishni to'g'ridan-to'g'ri to'xtatish uchun xolinolitik, antigistamin va neyroleptik preparatlar buyuriladi.

Qusishga qarshi ishlatiladigan preparatlar qayt qilish markazi va xemoreseptor zonaning neyromediator tizimiga, xolinolitik hamda atropinga o'xshash preparatlar (masalan, skopolamin) qusish markazining xolinergik retseptorlariga ta'sir qiladi, ammo yetarli yordam bera olmaydi, bunda bir qator qo'shimcha holatlar: og'iz va tomoqning qurishi, chanqash, qo'zg'aluvchanlik, gallyutsinatsiya va boshqalar kuzatiladi. Qayt qilishga qarshi antigistamin preparatlardan: dimedrol, pipolfen, diprazin va boshqalar qo'llaniladi. Bu preparatlarning asosiy ta'siri sedativ xolinolitik komponentlardir. Gistaminga o'xshash ta'sir etadigan preparatlar kuniga 2 marta 1-2 ml dan qo'llaniladi.

Neyroleptik preparatlardan fenotiazin va butirofenon ham yaxshi yordam beradi, markaziy asab tizimining xemoreseptor zonasiga qaratilgan. Aminazin, etaperazin, metalerazin, triflazin va boshqalar qayt qilishda yaxshi ta'sir etadi. Droperidol qayt qilishda aminazindan ko'ra ancha kuchliroq ta'sir ko'rsatadi, ammo uning nojo'ya ta'siri bo'lganligi tufayli ishlatishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Droperidol qon bosimini pasaytirib yuborishi mumkin. Ortostatik kollaps ro'y bermasligi uchun preparat yuborilgandan keyin kamida 2-3 soat yotish kerak. Droperidolni qo'llagandan so'ng ekstrapiramidal buzilish holatlari — titrash, mushaklarning tortishib qolishi, psixomotor buzilishlar kuzatiladi. Bunday holat ro'y berguday bo'lsa, neyroleptik preparatlar bilan birga atropindan 0,5 ml uxol qilish zarur.

Shunday qilib, bu preparatlar ta'sirida erta yuz beradigan toksikozga xos bo'lgan me'da-ichak atoniyasi ham yo'qoladi, ammo bunda sekretsiya o'zgarmaydi. Dofaminning antagonisti ko'p neyroleptiklarda qayt qilish markazining xolinoreaktiv holatiga ta'sir etmaydi. Shu sababli qayt qilishni to'xtatish uchun xolinolitik preparatlarni ular bilan birgalikda buyurish ham yaxshi yordam beradi. Neyroleptiklar va antigistamin preparatlarni birga buyurish yaxshi natija beradi. Masalan, serukal va dimedrol yoki droperidol va pipolfenlarni buyurish ham foydali. Bular sutkasiga 1-2 ml dan, antigistamin esa 2 ml dan buyuriladi.

Me'daning reflektor qo'zg'alishini normallashtirish uchun novokain ichish buyuriladi. Bundan tashqari, adrenalalin ham me'da muskullari tonusini normallashtiradi. Buning uchun 0,1% li adrenalalin eritmasi 1—2 osh qoshiqdan kuniga bir mahal ichiladi. Qayt qilishga davo qilishdan maqsad uni to'xtatish bo'lib qolmasdan, balki moddalar almashinuvi va elektrolitlar muvozanatini

yaxshilashga qaratilgan bo'lishi zarur. Qayt qilish natijasida ayniqsa glikogen (turg'un bo'lmagan energiya manbai) kamayib ketadi, ketoz holati vujudga keladi.

Toksikoz vaqtida yog' kislotalarning yig'ilishi natijasida asidoz paydo bo'ladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda keton tanachalari ajraladi, ketonuriya holati kuzatiladi.

Yuqorida aytib o'tilgan o'zgarishlarni normaga keltirish uchun infuzion davolash usullaridan foydalanish lozim. Bu asosan uch yo'l bilan amalga oshiriladi: kolloid eritmalar, kristalloid eritmalar va ovqat ratsionini to'g'ri belgilash.

Kristalloid eritmalar: glyukoza, osh tuzi, kaliy xlorid, Ringer-Lokk eritmasi, natriy bikarbonat, glyukoza bilan novokain aralashmasi va boshqalardan iborat. Bu preparatlar asosan organizm qayt qilish natijasida suvsizlanganda buyuriladi.

Parenteral ovqatlantirish uchun glyukoza, aminokislotalarning konsentrlangan eritmasi, albumin, plazmadan foydalaniladi. Infuzion davo bemorning ahvoriga qarab olib boriladi. Qancha suyuqlik yuborish bemorning siydik ajratish qobiliyatiga qarab belgilanadi. Sutkalik diurez 1000 ml dan kam bo'lmasligi lozim. Bemorning gematokrit ko'rsatkichi 39% dan kam bo'lmasligi kerak. Bemor qayt qilganda ko'p miqdorda kaliy tuzini yo'qotadi. Natijada gipokaliemiya vujudga keladi. Bu holat elektrolit almashinuvi muvozanatini va yurak-tomir tizimi faoliyatini izdan chiqaradi.

Gipokaliemiyaning klinik belgilari: taxikardiya, qo'shimcha paroksizm, yurak sohasida og'riq paydo bo'lishi, yurakning tez-tez urishi, «yurakning titrashi», EKG da taxikardiya, aritmiya, miokardda ishemiya belgilari kuzatiladi.

Gipokaliemiyaning davolash uchun kaliy xlorid eritmasi, panangindan 250-300 ml fiziologik eritmaga aralashtirib yuboriladi. «Disol» preparati ham gipokaliemiyaning davolashga yordam beradi, uni 400—800 ml dan kasallik alomatlari yo'qolguncha tomchilatib venaga yuboriladi. Erta toksikozlarni davolash asosan organizmdagi barcha o'zgarishlarni normallashtirishga qaratilgan bo'lishi lozim. Vitamin preparatlaridan ham to'g'ri foydalanish zarur. Buning uchun ayniqsa, bosh miya hujayralari faoliyatini yaxshilovchi moddalar zarur, ular qon orqali hujayralarga yetib boradi. Bunda glyukozaning ahamiyati katta. Vitaminlardan B, C ham juda zarur.

Bemorga kokarnit 1 ampula (3ml) dan 1% 1ml lidakain bilan birga m/o ga har kuni 6-12 kun davomida yaxshi yordam beradi. Kokarboksilaza 100 mg, 0,5% li lipoid kislotadan 4,0 ml, 20% li kalsiy pantotenatdan 2,0 ml, 5% li askorbin kislotasi 6-8 ml tepi ostiga yuboriladi.

Essensial preparatdan 7—10 kun 10 ml dan ukol qilingandan keyin, bemorga ikkinchi turdagi kompleks preparatlar: piridoksilfosfat 0,02 dan 3 mahal, folat kislotasi 0,001 dan kuniga 3 mahal, metionin 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Doprokin (domperidon) 10 mg 2 tabletkadan kuniga 3-4 marta va kechasiga 3—5 kun, keyin 1 tabl. dan 3-4 mahal kuniga tayinlanadi.

Ovqat xillarini buyurishda organizmning ketoasidoz holatiga ahamiyat berish lozim, buning uchun ovqatda uglevodlar, oqsil hamda yog' miqdori

yeterli darajada bo'lishi lozim. Erta paydo bo'ladigan toksikozlarni davolashda bemorga tayinlanadigan ovqat tarkibi toksikozni paydo qilgan omillarga qarshi qaratilgan bo'lmog'i zarur. Ovqat juda issiq bo'lmasligi, me'dani kimyoviy va reflektor jihatdan ta'sirlamasligi zarur. Ayol sutkasiga 6—8 marta oz-ozdan iliq holdagi ovqatni o'rinda yotgan holda iste'mol qilishi kerak. Unga qovurilgan, marinadlangan ovqatlar, piyoz, sarimsoq, garmdori, konditer mahsulotlar, moy (sariyog'dan tashqari) tavsiya etilmaydi. Bemorga qaynatilgan, bug'da pishirilgan ovqatlar, turli bo'tqalar, shirin tvorog, bug'da pishirilgai go'sht, kartoshka pyure berish mumkin. Asal, ilitilgan tuxum, qotirilgan non bersa ham bo'ladi. Mineral suvlarni gazini chiqarib ichish lozim. Yuqorida aytib o'tilgan ovqatlar yengil turdagi toksikozda buyuriladi. Qayt qilish kamaygandan 7 kun o'tgach ayol asta-sekin ovqatlar xilini o'zgartirishi mumkin. O'rtacha va og'ir turdagi toksikoz bilan ayol statsionarga yotqiziladi. Asosan parenteral yo'l bilan ovqatlantirish, glyukoza, elektrolitlar, oqsil moddalari, intoksikatsiyaga qarshi preparatlar, qon o'rnini bosadigan preparatlardan buyuriladi. Asta-sekin suyuqlik miqdori oshiriladi. Ovqat bemorning ahvoliga qarab belgilanadi. Qayt qilish to'xtagandan keyin ham 10 kungacha shu xilda davolashni davom ettirish kerak bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilangani qayt qilmayotganligi, vazning ortib borishiga qarab aniqlanadi. Davo natijasi kasallik varaqasiga yozib boriladi.

Quyidagi holatlar homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma bo'ladi:

Umumiy holatning og'irligi.

yaqin 6-12 soat ichida davolash samara bermasa.

Adinamiya, umumiy holsizlikning kuchayishi, eyforiya.

Taxikardiya, 1 minutda 120 gacha.

Gipotenziya 80 mm sm ust.

Teri sarg'ayishi.

O'ng qovurga ostidagi og'riqlar.

Diurezning kamayishi sutkada 300-400 ml.

Giperbilirubinemiya 100 $\mu\text{mol/l}$, qoldiq azot, mochevina miqdori ko'payishi.

Kompleks davo samaradorligi 1-3 sutka davomida yo'qligi.

So'lak oqishi. So'lak oqishi gestoizning og'ir turida ko'proq uchraydi. Bir kecha-kunduzda bir litrcha so'lak oqishi mumkin. So'lakning doimiy ravishda oz-ozdan oqib turishi bemorning tinkasini quritadi, ammo uning umumiy ahvoliga unchalik ta'sir qilmaydi. Arap so'lak ko'p oqsa, lab bichilishi mumkin, bunda bemorning ishtahasi pasayadi, umumiy ahvoli og'irlashadi, ozib ketadi, uyqusi buziladi.

Patogenezi: estrogenlar og'iz bo'shlig'ining epiteliysiga aktiv ta'sir qiladi, so'lak ajralishini kuchaytiradi, ishtaha kamayadi, umumiy holsizlanish, labda va lab burchaklari terisida maseratsiya holatlari kuzatiladi va suvsizlanish belgilari paydo bo'ladi.

So'lak oqishiga qusishdagi kabi davo qilinadi. Ayolga sharoit yaratib berish, psixoterapiya, fizioterapiya usullaridan foydalanish lozim. Davo

statsionar sharoitida olib boriladi. Bu yerda bemorga tinchlantiruvchi, asab tizimini tartibga soluvchi dorilar (sedativ), vitaminlar, glyukoza va boshqalar buyuriladi. Og'izni marmarak, moychechak, yalpiz eritmasi bilan chayish ham yordam berishi mumkin. Agap so'lak ko'p oqsa, atropindan 0,0005 grammdan kuniga 2 marta berish mumkin. Lab, lunj sohalari bichilganda vazelin, Lassar pastasi surtish lozim. Odatda muolajalardan so'ng so'lak oqishi kamayib, ayolda homiladorlik normal davom etadi.

HOMILADORLIKDA KAM UCHRAYDIGAN TOKSIKOZLAR

Tetaniya (tetania gravidarum). Bo'qoq bezi faoliyati buzilishi natijasida kalsiy almashinuvi izdan chiqadi va ayolda tetaniyaga moyillik tug'iladi. Ba'zi olimlarning aytishicha, bo'qoq bezi faoliyatining ilgari yetishmovchiligi homiladorlikda yaqqol namoyon bo'ladi.

Kasallikda qo'l muskullari («akusher qo'li»), oyoq («balerina oyog'i»), ba'zan yuz, tana, hiqildoq muskullarining tirishishi kuzatiladi. Homiladorlik tugashi bilan bu holatlar yo'qoladi. Davolashda kalsiy preparatlari, paratireoidin, vitamin D₂ ishlatiladi.

Toksikoz og'ir kechganda homiladorlikni muddatidan ilgari to'xtatish lozim bo'ladi.

Dermatozlar. Homiladorlikdagi dermatozlar teri kasalliklari hisoblanib, asosan homiladorlik davrida paydo bo'ladi, homiladorlik tugagandan keyin o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Dermatozlar odatda qichishish bilan kechadi, ba'zan ekzema, eshakyem, eritema, uchuq kabilar toshadi. Dermatozning ko'proq uchraydigan turi (pruritus gravidarum) homiladorlikning birinchi oylarida yoki oxirida paydo bo'lishi mumkin. Odatda u jinsiy a'zolar sohasiga yoki butun tanaga tarqaladi. Dermatozga tashxis qo'yish unchalik murakkab emas. Ammo albatta qon kasalliklari, gijja, ovqat moddalari va doriga allergiya bo'lgan hollarda ehtiyot bo'lib davolash lozim. Davo asosan asab tizimini tinchlantirishga qaratilgan bo'lishi lozim. Bundan tashqari, organizmning qarshilik ko'rsatish kuchini yaxshilash, buning uchun diprazin (pipolfen), dimedrol, kalsiy xlor, vitaminlar va ultrabinafsha nurlar yaxshi yordam beradi.

Ekzema (eczema gravidarum). Bu ham homiladorlikda uchrab turadi va iz qoldirmay tuzalib ketadi, ammo keyingi homiladorlikda yana qaytalashi mumkin. Ekzemaning ko'krak bezi, qorin, son, qo'l terilarida bo'lishi kuzatiladi. Davo choralari asosan, dermatologlar bilan birgalikda olib boriladi. Ko'pincha natriy brom, kofein, kalsiy xlorid va boshqa desensibillovchi moddalardan foydalanish yaxshi natija berishi mumkin.

Homiladorlikdagi kam uchraydigan toksikozlarga uchuq ko'rinishidagi (herpes simplex, herpes zoster) kasalliklar kirib, kamdan-kam hollarda impetigo (impetigo herpetiformis) hodisasi kuzatilishi mumkin.

Ba'zan homiladorlarda tez o'tib ketadigan eshakyem, eritema kuzatiladi.

Homiladorlikda uchraydigan jigarning o'tkir sariq distrofiyasi. Bu kasallik juda kam uchrab, ayolning hayoti uchun juda katta xavf tug'diradi. Bunday patologiyaning kelib chiqishi hali aniq emas. Bunda kasallik tobora avj olib,

jigar faoliyati susaya boradi. Bundan tashqari, qon tomirlarda qon tiqilib qoladi, gemorragik belgilar kuzatiladi, oliguriya (hatto anuriya), shish paydo bo'ladi, oqsil kamayib ketadi. Bemor qayt qiladi, tirishadi, ba'zan koma ro'y berib, kasallik o'lim bilan tugashi mumkin.

Davolash. Darhol homiladorlikni to'xtatish, intoksikatsiyaga qarshi preparatlar: gemodez, glyukoza, oqsilli va lipotrop va xoliretik (srolesim) preparatlardan foydalanish lozim bo'ladi.

Osteomalyatsiya. Kamdan-kam uchraydigan kasallik bo'lib, fosfor va kalsiy almashinuvi buzilishidan paydo bo'ladi. Bunda suyaklarda kalsiy va fosfor deyarli kamayib ketadi. Natijada skelet suyaklari yumshab (chanoq, umurtqa, oyoq va qo'llar) deformatsiyalanishi kuzatiladi. Kasallikning kelib chiqishi hali to'la o'rganilmagan.

Ko'pchilik olimlarning fikricha, osteomalyatsiya hodisasi ichki sekretiya bezlari faoliyati buzilganda, avitaminoz va boshqalarda ko'p uchraydi. Bunda kasallikka diagnoz qo'yilishi bilan darhol homiladorlikni to'xtatish kerak bo'ladi. Kasallikning yengil turi homiladorlikda kuzatiladigan simfizopatiya (simfizit) deb yuritiladi. Simfizopatiyada oyoq va chanoq suyaklaridagi og'riq ayolning yurishini o'zgartiradi, u tez charchaydi, qov sohasidagi suyaklarning bir-biridan ajralgani kuzatiladi. Paypaslaganda og'riydi.

Davolash. Vitamin E 15—20 tomchidan kuniga 3 mahal ichiladi, progesteron (5-10 mg dan) muskul orasiga yuboriladi, simob-kvars lampasi bilan nurlantiriladi. Bunday davolash usullaridan foydalanilganda kasallik asta-sekin yaxshilana boradi.

Masalalar.

I. 24 yoshli D. ismli homilador ayol bo'limga quyidagi shikoyatlar: ko'ngil aynish, qusish 3-5 marta sutkada, ovqat yegandan so'ng, ishtahaning pasayishi, ta'sirchanlik bilan keldi. Oxirgi hafta ichida tana vaznini 1 kg yo'qotgan. Homiladorlik muddati 6-7 hafta. Umumiy ahvoli qoniqarli. Harorati normal. Teri va shilliq qavati odatdagi rangda va namlikda. Pulsi minutiga 90 ta. QB 120/70mm.sim.ust. qon tahlili va siydik tahlili patologik o'zgarishlarsiz.

I. TASHXIS

- A. Homiladorlar ko'ngil aynishi va qusish sindromi
- B. O'tkir ichak zaharlanishi
- V. Homiladorlar eklampsiyasi
- G. Surunkali gastrit
- D. Surunkali kolit.

II. DIFFERENSIAL TASHXIS

- A. Kamqonlik
- B. Gastrit
- V. Pankreatit.
- G. O't-tosh kasalligi.
- D. Revmatizm.

2. Tez tibbiy yordam mashinasida 21 yoshli T. ismli homilador ayolni keltirishdi. Homiladorlik 7-8 hafta. Shikoyati: ko'ngil aynish, qusish sutkasiga 15-16 martadan ko'p, ovqat turmaydi. Holsizlik, apatiya. 10 kun ichida 3,5 kg vazn yo'qotgan. Holati o'rtacha og'ir, ozg'in, og'zidan atseton hidi keladi. Harorati subfebril, teri sariq, quruq. Puls 110 ta minutiga, kuchsiz to'liqlikda va kuchlanishda. QB 90/60mm.sim.ust., yurak tonlari bo'g'iq. Tili oq karash bilan qoplangan, quruq. Qorin yumshoq, og'riqsiz. Diurez 400ml sutkagacha kamaygan. Qonda qoldiq azot, mochevina, bilirubin miqdori oshgan, albumin, kaliy, xlorid, xolesterin miqdori kamaygan. Siydik tahlilida protein- va silindruriya, asetonga reaksiyasi musbat.

I. Tashxis?

A. Homiladorlarning haddan tashqari ko'p qusishi

B. Kolit

V. Qandli diabet

G. SBE

D. Gepatit.

II. Davolash taktikasi

A. Homiladorlikni tezroq to'xtatish

B. Gemodializ

V. Umumquvvatlantiruvchi dezintoksikatsion terapiyasi

G. Buyraklar biopsiyasi

D. Homiladorlikni 20 haftagacha prolongasiya qilish

3. 21 yoshli homilador ayol muddati 7-8 hafta. Shikoyatlari butun tanasidagi qichishish, uyqusizlik, ta'sirchanlik. Laborator tahlillar o'zgarishlarsiz.

I. TASHXIS

A. Dermatit

B. Allergik reaksiya

V. Mexanik sariqlik

G. Qichima

D. Homiladorlar dermatози.

II. QO'SHIMCHA TASHXIS USULLARI

A. UTT

B. Rentgenografiya

V. REG

G. EKG

D. Laparoskopiya.

3. 22 yoshli homilador ayol, muddati 10 haftalik. Tashxis -erta toksikoz, qusish va ko'ngil aynish sindromi. Qusish 12-15 marta sutkasiga, tez ozish.

I. Shifokorning taktikasi

A. Homiladorlikning to'xtatilishi

- B. Kompleks terapiya o'tkazish
- V. Fizioterapiya
- G. LFK
- D. Testometriya.

II. Homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma

- A. Qusish 1-5 marta sutkasiga
- B. Qusish 11-15 marta sutkasiga
- V. Tana vazni pasayishi
- G. Organizmning o'sib boruvchi suvsizlanishi
- D. Gipertenziya

4. 23 yoshli ayol poliklinikaga so'lak ajralish shikoyati bilan murojaat etdi. Oxirgi hayzi 5 hafta oldin.

I. TASHXIS

- A. Ptializm
- B. Stomatit
- V. Quturish
- G. Kimyoviy vositalardan zaharlanish
- D. Tonzillit.

II. QO'SHIMCHA TASHXIS USULLARI

- A. XG tahlili
- B. Bosh rentgenografiyasi
- V. EKG
- G. OIT rentgenografiyasi
- D. Bachadon UTT.

5. 27 yoshli homilador ayol og'ir intoksikatsiya belgilari bilan keldi: taxikardiya 110-120 ta minutiga, QB 80/40 mm.sim.ust., teri va shilliq qavatlari quruq, til karash bilan qoplangan. Anamnezdan: oxirgi hayzi 6 hafta oldin, to'xtatib bo'lmaydigan. qusish, tez ozish. Tashxis homiladorlarning haddan tashqari ko'p qusishi.

I. Qon tahlili:

- A. Gipo-, disproteinemiya
- B. Kreatininemiya
- V. O'zgarishlar yo'q
- G. Leykositoz
- D. Retikulositoz

II. Differensial tashxis:

- A. Ovqatdan toksikoinfektsiya

- B. Pielonefrit
- V. Miokard infarkti
- G. Gipotonik kasallik
- D. Xolesistit.

6. 20 yoshli homilador ayol, muddati 7-8 haftalik, qo'llarda mushaklar tortishuvi paydo bo'ldi.

I. Tashxis.

- A. Miozit
- B. Osteoporoz
- V. Nevrit
- G. MNS shikasti
- D. Homiladorlar tetaniyasi

II. Davolash usuli

- A. Paratireoidin, kalsiy
- B. Homiladorlikni to'xtatish
- V. Fizioterapiya
- G. Ximioterapiya
- D. Vitamin D

7. Muddati 6-7 haftalik homiladorda: qusish sutkasiga 7-8 marta, tana vaznini 3 kg yo'qotish 2 hafta ichida, tomir urishi 90 ta min. QB 110/70 mm.sim. ust., davriy asetonuriya aniqlandi.

I. TASHXIS

- A. Pankreatit
- B. Homiladorlar qusishining o'rtacha og'irlik darajasi
- V. Oshqozon raki
- G. Surunkali gastrit
- D. Homiladorlar qusishining yengil darajasi.

II. FIZIOTERAPIYA USULLARI

- A. Amplipulsterapiya
- B. Elektroforez
- V. Diadinamik tok
- G. Magnitoterapiya
- D. Elektroyuqu, refleksoterapiya

8. Ayol quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi: ko'ngil aynishi, sutkasiga 5-6 marta qusish, bosh aylanishi, diurez 700-800ml sutkasiga, UTT da homiladorlik muddati 7-8 hafta.

I. Sizning tashxisingiz?

- A. Gastrit
- B. Erta toksikoz

- V. Eklampsiya
- G. Preyeklampsiya
- D. Gepatit.

II. TAKTIKANGIZ

- A. Kompleks davolash uchun gospitalizatatsiya qilish
- B. Ximioterapiya
- V. Bachadon amputatsiyasi
- G. Simptomatik terapiya
- D. Homiladorlikni to'xtatish.

9. 27 yoshli homilador ayol quyidagilarga shikoyat qildi: umumiy holsizlik, tez charchash, paresteziya, oyoqlardagi, chanoq suyaklaridagi, mushaklardagi og'riq, yurishning o'zgarganligi, qov birlashmasi palpatsiya qilinganda og'riq sezadi.

- I. Sizning tashxisingiz?
- A. Nevralgiya
- B. Artrit
- V. Homiladorlar osteomalyasiyasi
- G. MNS faoliyatining buzilishi
- D. Revmatizm.

II. TASHXISNI ANIQLASH UCHUN QO'SHIMCHA USULLAR

- A. EGDFS
- B. EKG
- V. REG
- G. Chanoq suyaklari rentgenografiyasi
- D. MRT.

10. 25 yoshli homilador ayol (muddati 7-8 hafta) qabulga keltirildi. Shikoyati: qichishish, ta'sirchanlik, uyqusizlik. Ko'rikda: qorin terisi, qo'l, oyoqlarda tirlangan izlar, mayda juft qizg'ish tusdagi papulalar bor.

- I. Sizning tashxisingiz
- A. Qichima
- B. Homiladorlar dermatosi
- V. Allergik reaksiya
- G. Trixomoniaz
- D. Ekzema
- II. Qo'shimcha tekshirish usullari

- A. UTT
- B. EKG
- V. EGDFS
- G. Teridan surtma olish
- D. KTG

O'rgatuvchi testlar:

1. Homiladorlik ilk toksikozlarining qanday turlarini bilasiz?

Homiladorlar qusishi.

So'lak oqishi.

2. So'lak oqishi nima bilan davolanadi ?

Atropin 0, 005 gramm.

Moychechak damlamasi.

Mavrak damlamasi.

3. Homiladorlar qusishini davolashda qanday davolash vositalari qo'llaniladi ?

Tinchlantiruvchi.

Desensibillovchi.

Infuzion terapiya.

Igna bilan davolash.

4. Erta toksikozlarga qanday 5 ta belgi xos?

Qusish.

So'lak oqishi.

Vaznning kamayishi.

Terining quruqligi.

Organizmning suvsirashi.

5. Homiladorlar qayt qilishining yengil darajasiga qanday belgilar xos?

Sutkasiga 4-5 marta sigacha qayt qilish.

Doimiy ko'ngil aynishi.

Tana vaznining 5% gacha kamayishi.

Bemorning umumiy holati qoniqarli.

Apatiya va mehnat qilish qobiliyatining pasayishi kuzatilishi mumkin.

6. O'rtacha darajadagi qayt qilishning simptomlari:

Sutkasiga 10 va undan ko'p marta qusish.

Tana vaznining suv saqlanishi va 3-5 kg gacha kamayishi (6% oxirgi vaznidan).

7. Og'ir darajadagi qayt qilishning klinikasi:

Sutkasiga 20 marta gacha qayt qilish, so'lak oqishi bilan birgalikda.

Umumiy holatning og'irlashishi, adinamiya, bosh og'rishi, bosh aylanishi.

Tana og'irligining oxirgi vaznidan 10% ko'proqqa kamayishi.

Tana haroratining 38 gradusgacha ko'tarilishi, taxikardiya, gipotoniya.

Teri qoplamalarining quruqligi, og'izdan atseton hidi kelishi.

8. Homiladorlikda qayt qilishning og'ir turida laborator tekshirishlarning ko'rsatkichlari.

Azot qoldiqlari, mochevina, qondagi bilirubinning oshishi.

Gematokritning oshishi, leykositoz.

Albuminlar, xolesterin, kaliy, xloridlar miqdorining qonda kamayishi.

Proteinuriya, silindruriya, siydikda urobilin, o't pigmentlari, eritrotsitlar, leykotsitlarning paydo bo'lishi.

Atsetonga reaksiyaning musbatligi.

9. Homiladorlar toksikozining kam uchrovchi shakllari:

Homiladorlar dermatози.

Tetaniya.

Bronxial astma.

Gepatoz (homiladorlar sariqligi).

Homiladorlar osteomalyatsiyasi.

10. Uzlüksiz qayt qilishda homiladorlikni to'xtatishga asosiy ko'rsatmalar:

Uzlüksiz qusish.

Turg'un subfbrilitet.

Yaqqol taxikardiya.

Tana vaznining faollik bilan kamayishi.

Sariqlik.

Proteinnuriya, silindruriya, asetonuriya.

11. Homiladorlarda qayt qilishni davolashning 3ta tamoyili:

MNS funksiyasini muvozanatlovchi dorilar buyurish (brom, valeriana, triksazin, droperidol, aminazin).

Metabolizmni muvozanatlovchi dorilar.

XX BOB

HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLARI

Maqsad.

UASH homiladorlik davridagi gipertenziv holati simptomlarini aniqlash, asoratlarning oldini olish tadbirlarini o'tkazish, erta tashxis qo'yishga o'rgatish. Kasalxonaga yotqizishgacha bo'lgan davrda tez yordam ko'rsata bilish.

Reja.

1. Preyeklampsiya bilan homiladorlikni olib borish ko'nikmalarini ishlab chiqish.

2. Homiladorlik davridagi gipertenziya holatining asoratlarni aniqlash, kasallikning og'irlik darajasini belgilash bo'yicha bilimlarni ishlab chiqish.

3. EGK ning asoratlangan shakli bilan homilador ayolni o'z vaqtida shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar, ambulator davolash asoslari va davolash bo'yicha bilim va ko'nikmalarni ishlab chiqish.

4. Eklampsiyada va evakuatsiya bosqichlarida shoshilinch yordam ko'rsatish tadbirlari bo'yicha bilimlarni shakllantirish.

5. Homiladorlik davridagi gipertenziv holati bo'lgan ayollarda asoratlarning oldini olish va chilla davrida sog'lomlashtirish bo'yicha ko'nikmalarni ishlab chiqish.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar uchrashi 7% dan 16% gacha o'zgarib turibdi va uning ko'p uchrashi ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda kuzatilmoqda. Onalar o'limining sababi sifatida homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligida 24% ni tashkil etadi, masalan Rossiyada – 26,3%,

O'zbekistonda – 15,4%ga yetib, uchinchi o'rinni egallab turibdi. Ma'lumki, uzoq vaqt davomida onalar o'limi sabablari orasida akusherlik qon ketishlari egallar edi va 12,5 – 18,2% ni tashkil qilgan, lekin onalar o'limining qon ketish sababi tahlil qilinganda o'lgan ayollarning umumiy sonidan yarmi (46,7%) homiladorlik davridagi gipertenziya holati bilan bog'liq bo'lganligi aniqlandi. O'zbekiston bo'yicha homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarda onalar o'limi birinchi tug'uvchilar orasida – 27,5%, Rossiya Federatsiyasida – 54,8%; qayta tug'uvchilar orasida ushbu ko'rsatkich 17,1% va 38,7% ni tashkil etdi, tez-tez va ko'p tuqqanlar orasida esa – 33,2%. Perinatal o'lim homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida 5,3% (18-30%), kasallanish esa 30% (640-780%), homila rivojlanishining orqada qolishi – 40%ni tashkil etadi. So'nggi yillarda dunyoda homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari ko'payib borayotgani, jarayonni ngeztashishi va asoratlarining tez rivojlanishi bilan kechishi qayd etilmoqda. Hozirgi davrda kasallik aniqlanishining sifati yaxshilandi, shu bilan birga homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar xavf guruhining ko'payishiga sabab bo'ldi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar ko'pincha ekstragenital patologiyali ayollarda rivojlanadi (64%). Ekstragenital kasalliklar fonida birgalikda kechadigan homiladorlik davrida gipertenziv holatlar uchrashining ko'payishga moyilligi aniqlanmoqda, bu esa ma'lum darajada oqibatlari og'irlashishiga olib kelmoqda.

20.1. HOMILADORLIKNING IKKINCHI YARMIDA GIPERTENZIV HOLATLARNING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Homiladorlik davridagi gipertenziya holati bu mustaqil kasallik emas, balki ona organizmining moslashish imkoniyati bilan rivojlanayotgan homila ehtiyojlarini qondirish orasidagi nomutanosiblik sindromi hisoblanadi. Homiladorlik davridagi gipertenziya holati – yangi bachadon-platsenta - homila qon aylanishi shakllanishi bilan bog'liq homiladorlikdan kelib chiqqan asorat, gemostaz tizimidagi tomir-trombotsitlar halqasining buzilishi, giperagregatsiya va patologik giperkoagulyatsiya jarayonlarining kuchayishidir. Homiladorlik davridagi gipertenziya holati qon tomirlar torayishi va hayotiy zarur a'zoldagi perfuziyasi bilan ifodalandi. Bunda paydo bo'lgan patologik simptomokompleks hayotiy zarur a'zolar faoliyati buzilishiga (markaziy asab tizimi, buyrak, jigar, fetoplatsentar kompleks) va poliorgan yetishmovchilikka olib keladi.

Etiologiyasi va patogenezi – Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarining eng murakkab jihatlar. Akusherlikdagi hech bir muammo homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar kabi bunchalik sinchkovlik va talabchanlik bilan, eng yangi klinik-laborator va eksperimental tekshirish usullarining qo'llanilishi bilan o'rganilmagan va o'rganilishi davom etmoqda. So'nggi 8-10 yillik davomida homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar kelib chiqishi to'g'risidagi taxminiy nazariyalar 30 dan oshib ketdi, lekin hech biri ushbu ko'p simptomli kasallikning ko'p belgilarini tushuntira olmaydi.

1916 yilda Svayfel eklampsiyani nazariyalar xastaligi deb atagan. O'rganilish jarayonida turli nazariyalar taklif qilingan edi: infeksiyon, intoksikatsion, kortiko-visseral, endokrin, immunologik va genetik.

Ularning har biri alohida homiladorlik davridagi gipertenziv holat kelib chiqishini o'zgacha talqin qilar edi.

Dastlabki vaqtda tan olingan nazariyalardan platsentar nazariyasi hisoblanadi, unda homiladorlik davridagi gipertenziya holati homiladorlarga xos platsentatsiya jarayonidagi immunologik va genetik o'zgarishlar aks ettirilgan.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar rivojlanishida platsentaga asosiy rol ajratiladi, chunki yo'ldosh ajralgandan so'ng kasallik simptomlari yo'qoladi. Platsentar nazariyasi tarafdorlari homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarining rivojlanishidagi turtki hisoblanadigan platsentadan kelib chiqqan gumoral omillarga muhim ahamiyat berishadi. Homiladorlik davridagi gipertenziv holati rivojlangan bemor ayollarda, balki gestatsiyaning ilk bosqichlarida immunologik va genetik xususiyatlarga ko'ra bachadon qon tomirlariga trofoblastning migratsiyasi tormozlanishi yuz beradi, bu esa normal kechayotgan homiladorlikka xos. Bunda bachadonning qiyshaygan qon tomirlari homilador bo'lmagan ayollarning morfologik tuzilishini saqlab qoladi; ularda mushak qavati transformatsiyasi sodir bo'lmaydi. Bachadonni spiralsimon qon tomirlarining ko'rsatilgan morfologik xususiyati homiladorlik avj olgan sari ularning qisilishiga, vorsinkalararo qon aylanishi pasayishiga va gipoksiyaga moyillik yaratadi. Bachadon-platsentar kompleksida rivojlanayotgan gipoksiya, qon tomirlar endoteliysining jarohatlanishiga olib keladi, ularning vazoaktiv xususiyatlari buzilib, qon tomirlar tonusi va mikrosirkulyatsiyaning boshqarilishida asosiy rol o'ynaydigan qator mediatorlar ajrala boshlaydi.

Hozirgi vaqtda ko'pchilik tadqiqotchilar quyidagi xulosaga keldilar: homiladorlik davrida gipertenziv holatlar rivojlanishida bir mexanizm yo'q, ammo, etiologik omillarning biriga ta'sir ko'rsatishi kuzatiladi: neyrogen, gormonal, immunologik, genetik, platsentar.

Etiologiyasiga ko'ra homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar patogenezi ko'proq aniqlangan, uning negizida tarqalgan qon tomirlar spazmi yotadi, bu esa to'qimalardagi ishemik va gipoksik o'zgarishlarga va ularning funksiyasi buzilishiga olib keladi. Gipertenziya qon tomirlar qisilishining aksi hisoblanadi.

So'nggi paytlarda tadqiqotchilar e'tiborini homiladorlik davrida gipertenziv holatlar patogenezidagi prostanoidlar roli o'ziga jalb etmoqda. Prostanoidlar – lipid tabiatli gumoral bioboshqaruvchilar bo'lib, homiladorlik vaqtida platsenta va homila tomonidan ishlab chiqariladi, ular arterial bosimni turli qon tomirlar havzalarida boshqarishadi (birinchi navbatda miometral-platsentar-homila tizimidagi qon yo'nalishida), mikrosirkulyatsiya jarayoniga ta'sir etishadi. Turli yo'nalishda ta'sir ko'rsatib, prostanoidlar nozik tenglashtirilgan mexanizmni, homiladorlik davrida qo'shimcha (bachadon-platsenta-homila) qon aylanishi paydo bo'lishi bilan qon-tomirlar-trombotsitlar tizimidagi dinamik muvozanatni ta'minlaydi. Ushbu mexanizmlar aylanayotgan qon hajmi, aylanayotgan plazma hajmi ko'payishini ta'minlaydi, umumiy periferik qarshiligini pasaytiradi,

buyrakdagi qon aylanishni va buyrak koptokchalar filtratsiyasini kuchaytiradi, yurak yuklamasi va o'pkalarning hayotiy hajmini kuchaytiradi, ona va rivojlanayotgan homilaning o'zaro moslashish jarayonlarini kuchaytiradi. Bular va boshqa moslashish mexanizmlari eng muhim vazifani ta'minlaydi – homiladorlik (homila) rivojlanishi uchun optimal sharoitni saqlash.

Prostanoidlar oz miqdorda ishlab chiqarilib, ular sintezlangan hujayra va to'qimaga ta'sir ko'rsatadi. Lekin ularning biologik tengligi buzilib mikrosirkulyatsiya tizimiga tushib qolishsa, ular organizmga tarqoq ta'sir ham ko'rsatishlari mumkin.

Prostanoidlar bosh miyaning qon tomirlarni harakatga keltiruvchi markazga ta'sir qilib, vegetativ muvozanatni buzadi, refleksogen sinokarotid sohasini ta'sirlab, suv-elektrolitli gomeostazni izdan chiqaradi; biologik faol moddalar (serotonin, gistamin, angiotenzin II), sinergizmi yoki antagonizmini shartlaydi, serebrovaskulyar tizimini va hujayra immunitetini nazorat qiladi, va nihoyat, neuropeptidlar (miya gormonlari) sintezini ta'minlaydi.

So'nggi yillarda ko'pchilik tadqiqotchilar homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari kelib chiqishida ona-platsenta-homila tizimidagi immunobiologik munosabatlar buzilishi katta rol o'ynashi to'g'risida fikr yuritmoqdalar. Ushbu nuqtai nazardan tabiiy killer-hujayralarining interferon ishlab chiqaruvchi xususiyati pasayib, ularning eritish faoliyati kamayishi bilan patologik impulslar hosil bo'lib, immunologik jarayon yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holat rivojlanishi jarayonida hujayralar membranalarining faoliyati buzilishi kuzatiladi, bu membranali oqsillarning (transportli, fermentli, gormonli retseptorlar, antitana va immunitet bilan bog'liq oqsillar) ta'sir mexanizmi o'zgarishida yoki noto'g'ri bo'lishi hisoblanadi, bu o'z navbatida hujayrali tuzilmalar faoliyati o'zgarishiga olib keladi.

Membranalarining lipid bioqavatining to'siqlovchi funksiyasi buzilishi ionlar kanallarining faoliyati buzilishi bilan birgalikda kechadi, birinchi navbatda Ca^{2+} , va shuningdek, Na^+ , K^+ , Mg^{2+} . Ca^{2+} hujayra ichiga mo'l kirishi unda o'rniga kelmaydigan o'zgarishlarga, bir tomondan, energetik ochlik va nobud bo'lishiga, ikkinchi tomondan esa, qo'shimcha mushak kontrakturasiga va qon tomirlar qisilishiga olib keladi. Eklampsiya ko'ndalang chizilgan inushaklar kontrakturasiga bo'lganligi uchun, ehtimol membranalar o'tkazuvchanligi buzilishiga va Ca^{2+} ionlarning hujayra ichiga mo'l kirib borishiga bog'liqdir. A.Conrad (1984, 1985) talvasaga tayyorgarlik rivojlanishida va eklampsiya hurujlarida magniy yetishmovchiligi asosiy ahamiyatga egaligini aytib o'tgan: Mg^{2+} gomeostazning barcha jarayonlarida ishtirok etadi –uglevodli, oqsil almashinuvlarini boshqarishda, fermentlar faollashishida, kaliy va natriy transportida, gemostaz boshqaruvida (trombotsitlar agglyutinatsiyasini bosib turadi, fibrinli laxtani mahkamlaydi, fibrinolizni faollashtiradi). Ca^{2+} va Mg^{2+} antagonizm kuchiga binoan oxirgisi konsentratsiyasining pasayishi hujayralar ichida Ca^{2+} oshishiga, mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga, giperkoagulyatsiyaga va qon tomirlar ichida mikrolaxtalar cho'kishiga yordam beradi.

Kalsiy tanqisligi ham vaskulyar angiotenzinlar aktivligini kuchaytiradi va preyeklamsiya rivojlanishiga turtki bo'ladi. Preyeklamsiya rivojlanishi mumkin bo'lgan yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollarga kalsiyga ega mahsulotlarni ko'proq berish tavsiya qilinadi.

Taxmin qilinishicha, erkin radikallar toksik hisoblanadi va qon tomir devoriga noxush ta'sir qiladi. Yog'lar metabolizmining buzilishi, ayniqsa, to'yinmagan yog' kislotalarni prostosiklin tromboksanlarning sinteziga xalaqit beradi, buning natijasida angiotenzinga sezuvchanlikni oshiradi va trombotsitlar to'planishiga olib keladi. Vitamin E, C, beta-karotinlarning oz miqdorda bo'lishi – preyeklamsiya rivojlanishiga olib keladi.

Rux miqdorining plazmada kamayishi ham preyeklampsiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'rsatilgan gemodinamik va metabolik o'zgarishlar kompleks platsentadagi va hayotiy a'zolardagi distrofik jarayonlar rivojlanishi uchun fon bo'lib xizmat qiladi va ularning disfunktsiyasiga sabab bo'ladi. Homiladorlik davrida gipertenziv holat kechishi davomiyligi cho'zilgan sari platsentadagi involyutsion, giperplastik, distrofik va nekrotik xususiyatga ega og'ir o'zgarishlar yanada chuqurlashib, surunkali platsenta yetishmovchiligi shakllanishi bilan ifodalanadi. Platsenta funksiyalari (nafas olish, oziqlik, ajratib chiqarish, himoya, gormonal) pasayadi, bu gipoksiyaga, homilaning ona qornida rivojlanishi orqada qolishiga, suvlanish patologiyasiga (ko'psuvlik, kamsuvlik) olib keladi, homilaning ona qornida infeksiyalanishi xavfi ortib borishiga, xorial gonadotropin ishlab chiqilishi buzilishiga, estriol, platsenta laktogen va boshqa gormonlar konsentratsiyasi o'zgarishiga, ular orqasidan ona-platsenta-homila tizimidagi turli buzilishlar izma-iz keladi. Platsentaning bachadon devorining bazal membranasi bilan bog'liqligi sustlashadi, homilani "tark etish" aniq xavfi paydo bo'ladi. Bunda homiladorlik davridagi gipertenziya holatiga xos asorat yuzaga keladi – platsentaning barvaqt ko'chishi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holat har doim buyraklar faoliyatining og'ir buzilishi bilan birgalikda kechadi, ular boshqa a'zolardan ko'ra ertaroq va ko'proq jarohatlanadi. Buyrakdagi asosiy o'zgarishlar mikrosirkulyatsiya darajasidagi buyrak gemodinamikasining buzilishi, buyrak parenximasida qon perfuziyasi pasayishi, buyrak koptokchalaridagi filtratsiya tezligi pasayishi, koptokchalar filtri o'tkazuvchanligi oqsillar uchun oshishi, konsentratsion va suv chiqarish faoliyati buzilishi bilan ifodalanadi. Mikrotromboz sohalari naychalarda va koptokchalarda ishemik, shishli va distrofik o'zgarishlar bilan birgalikda kechadi.

Naychalar o'tkazuvchanligining oshishi oqsilning siydik bilan yo'qolishiga olib keladi. Og'ir holatlarda homilador ayolda sutkalik siydikdagi oqsil hajmi 4 g va undan ortiq yo'qolishi kuzatiladi. Buyraklar arterial qon bosimining boshqaruvida asosiy rol o'ynashi sababli, buyrakdagi patologik jarayonlar gipertenziya rivojlanishiga va uzoq muddat ustun turishiga sharoit yaratadi. Ishemiyaga chalingan buyrak ko'p miqdorda renin ajratadi, u o'z navbatida angiotenzinga aylanib yana ham ko'proq vazokonstriksiya va gipertenziyaga

olib keladi. Angiotenzin II miqdorining oshishi aylanayotgan qon hajmini pasaytiradigan aldosteron miqdori oshishi bilan birgalikda kechadi.

Buyrakning chiqaruv funksiyasi buzilganligi sababli gipokaliemiya va gipernatriemiya rivojlanadi, magniy yetishmovchiligi paydo bo'ladi.

A'zolarida gemodinamika buzilishi natijasida buyrak usti bezining faoliyati ishdan chiqadi. Uzoq muddat ichida antidiuretik gormon, 17-OKS, katexolaminlarning persistensiyali tashlanishi o'rin oladi, bu esa qon tomirlar tonusining nazoratini yanada buzadi. Buyrak usti bezining giperfunksiyasi nafaqat homilaning, balki onaning ham buyrak usti bezi po'stlog'ining funksiyasi holdan toyishiga va gipoplaziyasiga olib keladi.

Jigardagi gipoksiya sharoiti va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi oksilanish-qaytarilish jarayonlari sustlashishi va buzilishiga olib keladi, glikogen zaxiralari yo'qotadigan tejamsiz anaerobli glikoliz ustun kela boshlaydi. Dezintoksikatsion funksiya buziladi. Qon aylanishining surunkali buzilishi natijasida qonda oqsillar miqdori pasayishi oqibatida jigarda og'ir patomorfologik o'zgarishlar yuzaga keladi: jigar nekrozlari; ko'p sonli qon quyilishlar, ayniqsa, subkapsulyar turi, jigarning fibroz qavatining taranglashishi bo'lib, hatto uning yorilishigacha; jigarning tizimli yog' bosishi - jigarning o'tkir gepatozi, gepatositlarning parenximatov va yog'li distrofiyasiga olib keladi.

Surunkali qon tomirlar ichidagi qon ivishning borligi o'pkaning katta miqdordagi tromblar, toksinlar, mikroblar bilan "ifloslaydi". O'pka qon tomirlarida immun komplekslar, fibrin tolalari cho'ka boshlaydi, kapillyarlar va alveolyar membranalarining o'tkazuvchanligi ortib boradi. O'pka parenximasi jarohatlanadi. Lekin nafas yetishmovchiligi simptomlari homiladorlik davridagi gipertenziya holatining oxirgi bosqichida kech namoyon bo'ladi.

Homiladorlik davridagi gipertenziya holatida katta miyaning funksional va strukturali o'zgarishlari, boshqa a'zolaridagi kabi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, qon tomirlarda trombozlar paydo bo'lishi bilan asab hujayralarida distrofik o'zgarishlar va perivaskulyar nekrozlar bilan ifodalanadi. Xuddi shu vaqtda mayda nuqtali yoki mayda o'choqli qon quyilishlar rivojlanadi. Miya shishi (ayniqsa og'ir homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida) va bosh miya bosimi ko'tarilishi xos. Ishemik o'zgarishlar kompleksi oxir natijada eklampsiyaga olib kelishi mumkin.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatning uzoq davom etishi, noadekvat terapiya, platsentada, bosh miyada, buyraklarda, jigarda borgan sari kuchaygan strukturali-funksional patologiya, turli ko'p miqdorli "patologik aylanma"lar rivojlanishiga sharoit yaratadi va patologik o'zgarishlar doirasiga yangi sohalarni jalb etadi.

Preyeklamsiyaga olib kelishi mumkin bo'lgan omillar:

- ◆ O'ta yosh homilador ayollar
- ◆ Past ijtimoiy-iqtisodiy sharoit
- ◆ Anamnezida og'ir preyeklamsiya
- ◆ Qandli diabet
- ◆ Ko'p homilali homiladorlik

- ◆ Surunkali gipertoniya
- ◆ Yelbug'oz
- ◆ Rezus mos kelmaslik
- ◆ Semirish
- ◆ 35 yoshdan oshgan ayollar homilador bo'lsa
- ◆ hind va habash millatiga mansub ayollar homilador bo'lsa
- ◆ buyrak kasalliklari
- ◆ yurak kasalliklari

20.2. HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLAR TASNIFI, KLINIKASI VA TASHXISI

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti konsensusga erishish maqsadida homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlarning quyidagi tasnifini keltirgan (XKT 10):

1. Avval mavjud bo'lgan (surunkali) gipertenziya (homiladorlikning 20-haftasigacha aniqlangan yoki tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tgach saqlangan).

2. Avval mavjud bo'lgan gipertenziya proteinuriya qo'shib kechishi bilan (surunkali gipertenziyaga yengil preyeklampsianing qo'shilishi)

3. Homiladorlik tufayli vujudga kelgan gipertenziya, proteinuriasiz (homiladorlik bilan indusirlangan gipertenziya).

4. Preyeklampsia (gestasion gipertenziya proteinuriya bilan): yengil va og'ir darajasi

5. Eklampsia

6. Aniqlanmagan (tasniflanmagan) gipertenziya va/yoki proteinuriya

JSST ekspertlari homiladorlik davridagi arterial gipertenziyaning og'irlik darajasini baholash va olib borish taktikasini tanlash uchun quyidagi klinik mezonlar tavsiya etgan. Gipertenziyani aniq ko'rsatkichi bo'lib diastolik bosim hisoblanadi, u periferik qarshilikni ko'rsatadi va ayolning emotsional holatiga sistolik bosimga qaraganda bog'liq emas.

Gipertenziya tashxisi bir marta o'lchaganda diastolik bosim 110 mm sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchanganda 90 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa. Og'ir gipertenziya tashxisi bir marta o'lchaganda diastolik bosim 120 mm sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchanganda 110 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa. Agar gipertenziya homiladorlikning 20- haftasidan keyin, tug'ruq vaqtida yoki tug'ruqdan sung 48 soat ichida paydo bo'lsa, bu holat homiladorlik tufayli indusirlangan gipertenziya deb yuritiladi. Gipertenziya 20 haftagacha paydo bo'lsa, surunkali gipertenziya deb aytiladi.

Proteinuriya. Normal kechayotgan homiladorlikda buyraklar orqali oqsil ajratilishi ortadi, lekin proteinuriya patologik hisoblanmaydi, agar u 24 soat ichida 300 mg ga teng yoki oshgan bo'lmasa, yoki 300 mg/l teng yoki oshgan bo'lsa, yoki 1+ reagent qog'ozchalari ishlatilganda «botirish» testi toza ifloslanmagan siydikda (faqat yangi olingan siydikning o'rta porsiyasi) hech bo'lmaganda ikki martalik siydik tahlilida (va siydik yo'llari infeksiyasi bo'lmaganda).

Proteinuriyaning paydo bo'lishi homiladorlik davridagi gipertenziv holatining kechki simptomi hisoblanadi va homila uchun xavfi ortib noxush oqibatlar bilan bog'liq. Arterial qon bosimining oshishi proteinuriya bilan birgalikda kechishi preyeklampsiya rivojlanishi to'g'risida ma'lumot beradi. Gipertoniyaning aniqligi va proteinuriya boshlanishi bilan bog'liqligi noaniq. Siydik tahlili homiladorlar gipertenziasining skrinningining ajralmas qismi hisoblanadi. Proteinuriyaning aniq topilishi uchun 24 soat mobaynida to'plangan siydikni ishonchli miqdoriy tekshiruv o'tkazish zarur.

Shishlar. O'rta darajali shishlar homiladorligi fiziologik kechayotgan 50-80 % homiladorlarda kuzatiladi, va ular odatda oyoqlarga, qorin bo'shlig'iga, yuziga tarqaladi. Ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, shishlari bor gipertoniya yoki proteinuriasiz homiladorlar, shishlari yo'q homiladorlarga qaraganda yirikroq bolalarni tug'ishadi. Bu shishlarni homiladorlik davridagi moslashuv mexanizmlarining bir qismi hisoblanishining ishonchli isboti bo'ladi. Shishlar homiladorlik davridagi gipertenziya holati ayollarning 85 % da uchratiladi va odatda tana vaznining tez oshishi bilan bog'liqdir va uni oddiy homiladorlikdagi shishlardan ajratish qiyin. Perinatal o'lim gipertoniya bilan shishlar birikishidan ko'ra, faqat gipertoniya pastroq bo'lishi kuzatiladi. Shishlarsiz o'tayotgan preyeklampsiya, shishlar bilan birga kechayotgan preyeklampsiyadan ko'ra ona va bola uchun xavfliroqligi tan olinganiga ancha bo'ldi.

Hozirgi vaqtda preyeklampsiya tushunchasi to'liq aniqlanmaganligiga qaramasdan, homiladorlik paytida gipertenziv buzilishlari tasnifiga asoslangan holda JSST tomonidan tavsiya etilgan tushunchalarga ko'p amal qilinmoqda:

Yengil preyeklampsiya — diastolik bosim 110 mm sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchanganda 90 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa va proteinuriya (siydikda oqsil miqdori 1 g/lgacha). Ko'pincha simptomsiz o'tib ketadi, lekin tez jadallab og'ir shaklga o'tishi mumkin. Yengil preyeklampsiyada og'irlashuv simptomlaridan biri qo'shilsa:

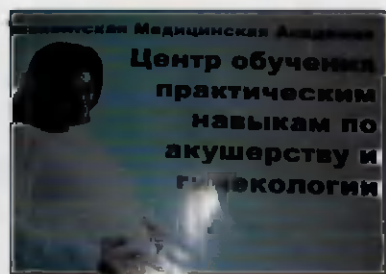
- giperrefleksiya
- bosh og'irishi
- ko'rishning buzilishi
- oliguriya (≤ 500 ml/24 soatda)
- to'sh orqasidagi og'riq (o'ng qovurg'a pastida)
- o'pka shishi
- trombositopeniya (trombositlar soni $<100 \times 10^9/l$, ATA >50 me/l) unda

og'ir preyeklampsiya hisoblanadi

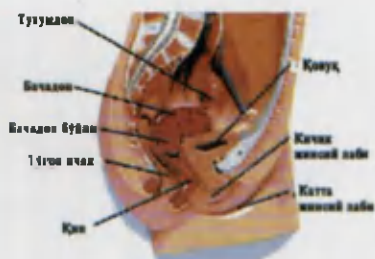
Og'ir preyeklampsiya — diastolik bosim 120 mm sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchanganda 110 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa plus proteinuriya (3g/l yoki undan ortiq)

Yodingizda tuting:

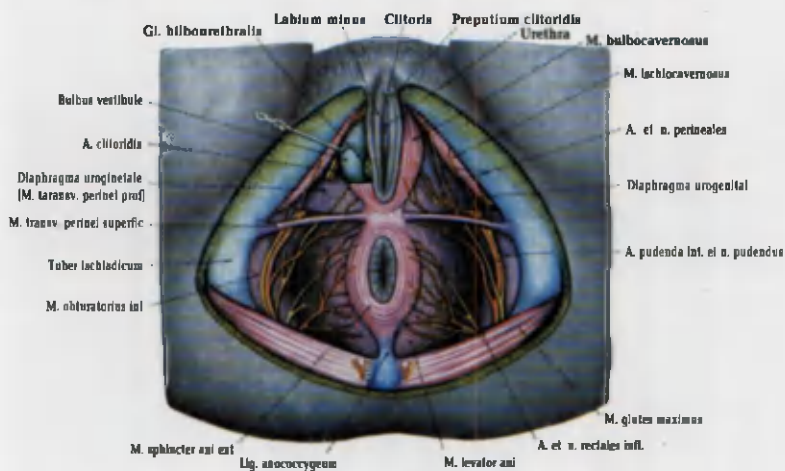
- Preyeklampsiyaning yengil formasi simptomlarsiz kechishi mumkin;
- Agar proteinuriya ko'paysa, u holda preyeklampsiyaning yengil formasi og'iriga o'tayotganining belgisidir;



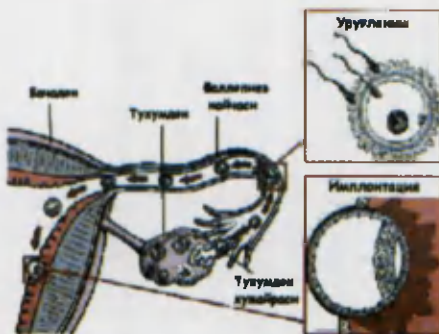
1.1.-rasm. Amaliyot ko'nikmalarni o'rgatish uchun maxsus markazi



3.2.-rasm. Ichki jinsiy a'zolarining tuzilishi



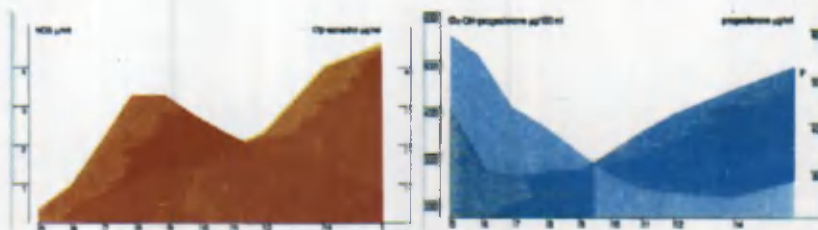
3.5.-rasm. Kichik chanoqdagi yumshoq to'qimalar.



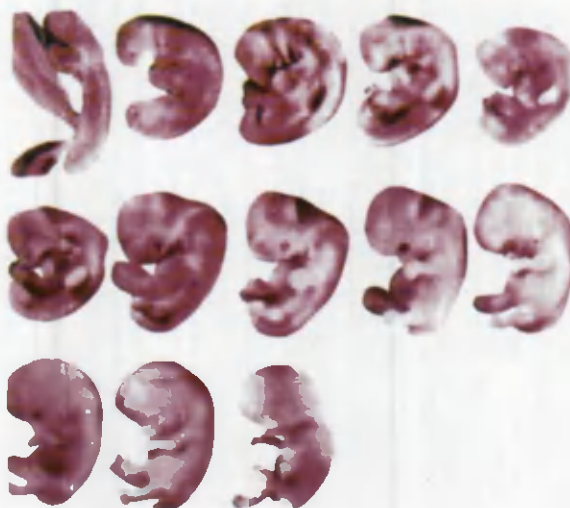
5.2.-rasm. Urug'lanish va implantatsiya



5.3.-rasm. Urug'lanish va implantatsiya



5.6.-rasm. Homiladorlikda XG va estradiol (chapda), progesteron (unga)miqdori o'zgarishi



5.7.-rasm. Homilaning rivojlanishi

	RIVOJLANISH XAFTALARI											
A'zolar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Miya												
Ko'z												
Yurak												
Oyoq-qo'llar												
Tish												
Ouloq												
Lablar												
Tanglay												
Qorin												

5.7.-rasm. Organogenezning kritik davrlari



5.8- rasm. Homiladorlik muddatining etilgan xolati



8.4.-rasm. UTT kabinetida



8.6.-rasm. Leopold-Levitskiyning 3 usuli



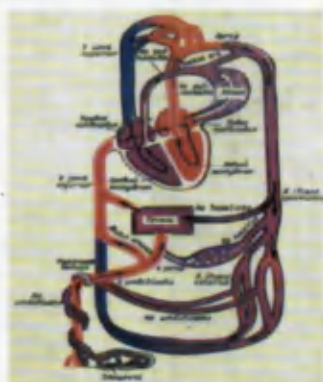
10.6.-rasm. Homila pufagi



10.34. -rasm. Brandt usuli



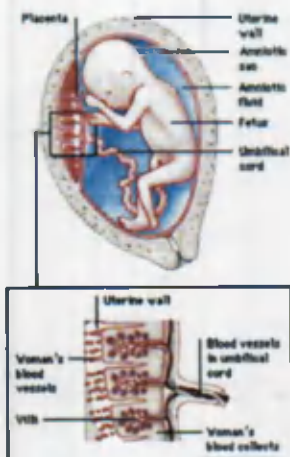
14.1- rasm. Platsentani tuzilishi



14.2.-rasm.Homilaning qon aylanish sistemasi



14.3.-rasm. Chaqaloqning qon aylanish sistemasi



14.5.-rasm. Kindikning anomaliyasi



14.6.-rasm. Kindik homila buyni va oyog'i uralgan



14.7.-rasm. Homilalar mumifikatsiyasi



14.8-rasm. Kindik ko'p marta uralganligi sababli homilani ulimi



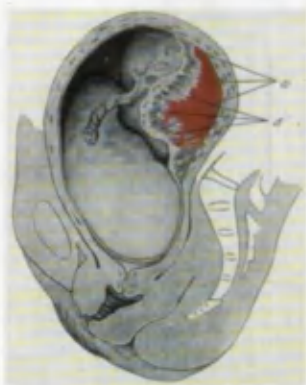
14.10.-rasm. Ultratovush tekshirish usuli



15.1.-rasm. O'ta kam tana vazni 500g bilan tug'ilgan homila



15.2.-rasm. Rivojlanishi to'xtab qolgan homiladorlik



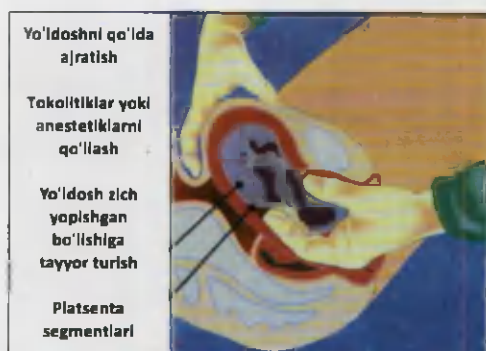
21.2.-rasm. Normal joylashgan
yo'ldoshni markazdan barvaqt kuchishi



21.3.-rasm. Kyuveler bachadoni



21.5.-rasm. Platsentani oldinda yotishining turlari:
a- qirg'og'i bilan; b- markaziy; v- yonhosh



22.2.-rasm. Yo'ldoshni qo'lda ajratish



22.3.-rasm. Bachadonni
bimanual bosish va massaji



28.1.-rasm. Epiziotomiya tikilishi: a- qinning shillik qavatini tikish;
b- mushaklarni tiklash; v- terini tikish



28.2.-rasm. Vakuum-ekstraktor



28.4.-rasm. Akusherlik qisqichlar



a



b



v



g



d



e

28.7.-rasm. Kesar kesish: a- qorin terini kesish; b-aponevrozni qirg'ish; v-homilani boshini kul bilan chiqarish; g- chaqaloqni chiqarib olish; d-platsentani chiqarish; e-bachadon devorlarini tikish

• Tovonlar va oyoqlarning shishlari preyeklampsiyaning ishonarli belgisi bo'lib hisoblanmaydi.

Exlampsiya – ona va bola hayotiga xavf soluvchi holat bo'lib, preyeklampsiyalı bemorlarda bir yoki undan ko'p talvasalar paydo bo'lishi boshqa turdagi miya buzilishlariga aloqasi yo'qligi (epilepsiya yoki miyaga qon quyilishi). Talvasalar tug'ruqdan oldin, perinatal va chilla davrida paydo bo'lishi mumkin va gipertenziya og'irlik darajasiga bog'lanmagan holda yuz beradi.

20.3. DAVOLASH

Homiladorlik davridagi gipertenziya holatini davolashda turli medikamentoz vositalar “patogenetik” deb ishlatiladigan bo'lsa-da, u mazmunga to'g'ri kelmaydi. Hozirgi kunda homiladorlik davridagi gipertenziya holatini patogenetik davolash birgina usuli homiladorlikni to'xtatish hisoblanadi, qolgan barchasi asosan simptomatik effektga ega.

Davomuddati - yengil preyeklampsiyada - I hafta, og'ir preyeklampsiyada - 24 soat, eklampsiyada – 6 soat.

Talvasaga qarshi asosiy terapiya bo'lib talvasaga qarshi preparatlarni adekvat ishlatilishi hisoblanadi. Shifoxonaga yotqizilayotgan ayollar orasida talvasalar davolash yetarli darajada o'tkazilmaganligi sababli kuzatiladi. Hozirgi paytda homiladorlik davridagi gipertenziya holatidagi arterial gipertenziyani davolash amaliyotida keng tarqalgan magniy sulfati tan olindi. Yengil narkotik ta'siridan tashqari, magniy sulfati siydik haydovchi, gipotenziv, talvasaga qarshi, spazmolitik effektga ega va miya ichi bosimini pasaytiradi.

Magniy sulfatining gipotenziv ta'sirini qon tomirlarning pressor moddalarga reaksiyasini pasaytirish imkoniyati bilan bog'lashadi (angiotenzin II, noradrenalin). Mg^{+2} ionlari Ca^{+2} ionlariga antagonistik ta'sir ko'rsatishini bunga qo'shimcha qilib ko'rsatish mumkin.

Magniy sulfati – og'ir preyeklampsiya va eklampsiyada talvasalarni davolashda boshqa talvasalarga qarshi moddalar (diazepam va fenitoin) qatorida tanlash vositasi hisoblanadi. Eklapsiyanı o'rganishdagi sinovlar shuni ko'rsatadiki, magniy sulfat bilan davolangan ayollarda diazepam va fenitoin bilan davolangandan ko'ra, qaytalovchi xurujlar kamroq kuzatiladi, va onalar o'limi ko'rsatkichi bir qancha pasaygan.

Uzoq vaqt davomida akusherlik amaliyoti magniy sulfatning dozasini va yuborish tezligini aniqlashda dastlabki o'rta arterial bosimga (O'rAB) asoslangan.

O'rta arterial bosim ushbu formula bo'yicha hisoblanadi :

$ABo' = SAB + 2 DAB$

(SAB bu sistolik AB, DAB distolik AB)

Sog'lom ayollarda o'rta qon bosim 100 mm s.u.dan oshmaydi. Uning 15 mm s.u dan dastlabkidan oshishi gipertenziyani ko'rsatadi.

Chet el mualliflari magneziyaning yuqori dozirovkasini ishlatish afzalroq deb hisoblaydilar. Ularning fikricha, magniy sulfati bor taqdirda boshqa talvasaga qarshi preparatlar ishlatilishi shart emas, ularni profilaktik maqsadda ishlatish og'ir holatdagi preyeklampsiya va eklampsiyaning xavfli simptomlarida ishlatishga qoldirilishi kerak.

Magneziyaning toksik ta'siri paylarning chuqur reflekslari yo'qolishiga va keyinchalik respirator depressiyaga va nihoyat nafas to'xtashiga olib keladi. Shuning uchun magnezial terapiya o'tkazilayotganda patellyar refleksni va nafas olish sur'ati (yoki kislorod saturatsiyasi) nazorat qilinishi zarur.

Ushbu preparatni tomir ichiga yuborilishi afzalroq, chunki (mushak ichiga in'eksiyalar og'irliqli va 0,5% hodisalarda mahaliy absets shakllanishi bilan asoratlanadi).

Magniy sulfatni og'ir preyeklampsiya va eklampsiyada qo'llash sxemasi :

- Yuklama doza:

- 25% - 15 ml magniy sulfatni (1 – 3 shprisda) vena ichiga 5 daqiqa ichida yuboriladi;

- so'ng har bir dumbaga mushak orasiga magniy sulfatni 10 ml dan novokain bilan birga yuboriladi

- agar talvasa qaytarilsa, 15 daqiqadan keyin 10 ml magniy sulfati vena ichiga 5 daqiqa ichida yuboriladi

- Quvvatlab turuvchi doza

- 10 ml dan mushak orasiga har 4 soatda

- tug'ruqdan keyin yoki oxirgi talvasadan keyin 24 soat ichida magniy sulfatni davom ettirish

- magniy sulfatini har bir qayta yuborishdan oldin quyidagilarga ishonch hosil qiling:

- 1) nafas olish soni 16tadan kam bo'lmasligi kerak

- 2) tizza reflekslari mavjudligi

- 3) oxirgi 4 soat ichida diurezning 30 ml/soatdan kam bo'lmasligi.

Magniy sulfat kiritishni kechiktiring yoki qilmang, agar:

- Nafas olish soni 16dan kam bo'lsa

- Tizza reflekslari kuzatilmasa

- So'nggi 4 soat ichida diurez 30 ml/soatdan kam bo'lsa, antidot qo'llang – kalsiy glyukonat vena ichiga 10% sekinlik bilan nafas tiklanguncha yuboring.

Magniy sulfat bo'lmagan taqdirda diazepam ishlatilishi mumkin, faqat diazepam platsenta orqali erkin o'tishi mumkin, shuning uchun nafasni neonatal buzilishi rivojlanishiga katta xavf bor. Diazepamni talvasani to'xtatish uchun bir marta ishlatilishi chaqaloqda nafas buzilishiga olib kelishi kamdan-kam kuzatiladi. Diazepamni tomir orqali uzoq muddatli ishlatish bachadon-platsenta ishemiyasining patologik ta'siriga oldin chalingan chaqaloqlarda nafas buzilishi xavfini orttiradi. Diazepam qoldiqli asoratlarning ta'siri bir necha kun saqlanib qolishi mumkin.

Diazepamning og'ir preyeklampsiya va eklampsiyada qo'llash sxemasi:

- Yuklama doza:

- * 10 mg (2ml) diazepam vena ichiga 2 daqiqa ichida
- * agar talvasa takrorlansa yuklama dozani takrorlang.
- * Quvvatlab turuvchi doza:

* sedatatsiya holatini saqlab turish uchun 40 mg diazepamni 500 ml fiziologik eritmada vena ichiga tomchilatib yuboring, ammo ayol hushida bo'lishi kerak.

* agar doza 1 soat ichida 30 mg dan ohsa, nafasning sustlashishi kuzatilishi mumkin, bunday hollarda 24 soat mobaynida 100 mg dan ko'p diazepam qo'llamaslik lozim:

- to'g'ri ichak orqali yuborish, agar v'ichiga yuborishning iloji bo'lmasa, 20 mg diazepamni 10 ml li shpritsda to'g'ri ichak orqali yuboriladi. Agar talvasa qaytalinsa, yana qo'shimcha soatiga 10 mg dan diazepam yuborish mumkin.

Yuqori bosimni pasaytirish ($AD > 160/100$ mm sim. ust. teng) va diastolik bosimni 90 va 100 mm sim. ust. teng ushlab turilishi serebrovaskulyar qon quyilishi xavfini kamaytirish uchun zarur. Davolash keyingi xurujlarning oldini olishi mumkin.

So'nggi yillarda gipotenziv preparatlarga munosabat ancha ehtiyotkorona bo'lib qoldi, chunki ularning bir-birini kuchaytiradigan ta'siri kuzatilmoqda. Hozirgi kunda gipertenziyaga qarshi bitta vositani tavsiya etish uchun ma'lumotlar kamlik qiladi, shuning uchun tanlash individual va iqtisodiy sharoitga bog'liqdir. Bundan tashqari, antigipertenziv vositalar gipertenziyani qay darajada ishlatilishi zarari foydasidan ko'proqligi to'g'risida ma'lumotlar yetarli darajada emas. Odatda KB 169-170/110 mm sim. ust.teng bo'lsa, uni tushirishga harakat qilinadi. Lekin KB ning keskin pasayishi bachadon-platsenta qon aylanishining buzilishidan homila nobud bo'lishi mumkin!

JSST tomonidan homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarni davolashga tavsiya etiladigan gipotenziv vositalardan quyidagilarni ko'rsatish mumkin:

1) qisqa muddatli preparatlar:

* gidralazin — tomir ichiga quyiladigan preparatlardan tanlanadi, arteriyalarni kengaytirib, qon oqimiga to'sqinlikni kamaytiradi.

◆ In'eksiya tarzida buyuriladi, odatda tuzli infuzion eritma shaklida.

◆ 50% hodisalarda nojo'ya ta'sirlari kuzatiladi (kuchli bosh og'rish, taxikardiya, bezovtalanish, qo'rquv hissi), yaqinlashayotgan preyeklampsiya simptomlariga o'xshash belgilari paydo bo'lishi mumkin;

gidralazin bo'lmaganda ishlatish mumkin:

◆ nifedipin (kalsiy yo'lakchalarining blokatori), u ham arterial bosimni pasaytiriladi va uni peroral ishlatish mumkin.

◆ afsuski, u bosh og'rishlarga gidralazindan ko'ra ko'proq olib keladi;

◆ labetolol tomir ichiga yuboriladi va nifedipinga yaqinroq (nojo'ya ta'sirlari kamroq);

2) sekinroq ta'sir qiladigan vositalar:

◆ metildopa simpatik asab tizimining gipertenziv faoliyatini susaytiradi va 6-12 soat ichida ko'tarilgan qon bosimini boshqarib turadi.

◆ Dastlabki 48 soat mobaynida haddan tashqari uyqisirashga olib keladi,

♦ metildofa samarali bo'lib, dastlabki sedativ ta'sirdan so'ng bolaga ta'sir ko'rsatmaydigan yagona gipotenziv vosita hisoblanadi.

♦ beta-blokatorlar, oksprenoxol, labetalol va atenolol, simpatik asab tizimining faolligini jilovlab turadi va metildofadan ko'ra nojo'ya ta'sirlari kamroq. klonidin ta'siri ko'p jihatdan metildopaga o'xshash, birdan-bir farqi - oldinroq ta'sir qilishni boshlaydi (taxminan 30 daqiqadan so'ng)

Gidrolazin yoki labetalol keng ishlatiladigan dorilar hisoblanadi. Ikkalasi ham homila distressiga sabab bo'lishi mumkin va shuning uchun doimiy tarzda yurak ritmini nazorat qilish zarur.

20.4. HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI OLIB BORISH

Gipertenziv buzilishlarning yengil turlari bo'lgan ayollar ambulator sharoitida har hafta kuzatilishi zarur: qon bosimini tekshirish, siydik tahlili (proteinuriyani aniqlash uchun), reflekslarni va homila holatini nazorat qilish (bachadon tubini o'lchash orqali homila o'sishi nazorat qilinadi). Arterial qon bosimi yoki siydikdagi oqsil miqdori oshmaguncha talvasaga qarshi, antigipertenziv, sedativ preparatlarni, trankvilizatorlar va diuretiklarni buyurish man etiladi. Agar siydikda oqsil oshib borsa ayolni og'ir preyeklampsiyaga o'xshash qilib olib boriladi. Agar homila holati buzilishi to'g'risida ma'lumot bo'lsa (shu jumladan homila o'sishi to'xtashi belgilari), tug'ruqni barvaqt hal qilish to'g'risidagi muammoni yechish lozim.

Og'ir preyeklampsiya va eklampsiya bir xil olib boriladi, faqat og'ir preyeklampsiya belgilari paydo bo'lishi bilan tug'ruq 24 soat mobaynida sodir bo'lishi inobatga olinsa, eklampsiyada esa – talvasalar paydo bo'lgandan so'ng 12 soat mobaynida. Diastolik arterial bosimni jiddiy nazorat qilish zarur (100 mm sim.ust past, lekin 90 mm sim.ust. past bo'lmasin), suyuqlik balansi (yuborilgan va ajralgan suyuqlik miqdori), hayotiy zarur funksiyalar, reflekslar va homilaning yurak faoliyati nazorati. Qonning ivishi baholanishi zarur. Davolashda eng asosiysi bu magnezial terapiya o'tkazish, yuqorida ko'rsatilgan gipotenziv preparatlar va infuzion terapiya (suv balansi hisobi bilan). Infuzion terapiya chegaralangan bo'lishi zarur – 85 ml/soatiga yoki siydik chiqishi bir soatda 30 ml dan ziyod bo'lsa.

Ayol holati barqaror bo'lishi bilan tug'ruq sodir bo'lishi kerak. Tug'ruqni homila yetilishiga qarab to'xtatish nafaqat ona hayoti uchun, balki homila hayoti uchun ham xavf tug'diradi. Tug'ruq gestatsiya muddatiga bog'liq bo'lmagan holda hal etilishi kerak. Agar tug'ruq yo'llari tayyor bo'lsa, tug'ruqni tezlatish mumkin (amniotomiyadan keyin oksitosin yoki prostaglandin yuborish mumkin). Agar qin orqali tug'ruq 12 soat davomida kuzatilmasa (eklampsiyada) yoki 24 soat (og'ir preyeklampsiyada), yoki homila distressi aniqlangan bo'lsa, shuningdek bachadon bo'yni «yetilmagan» bo'lsa, kesarcha kesishni bajarish kerak.

Tug'ruqdan so'ng 48 soat davomida ayollarni nazorat qilish zarur, chunki eklampsiya qaytalovchi xurujlarining yangidan boshlanish xavfi bor. Talvasaga qarshi davoni tug'ruqdan keyingi 24 soat mobaynida yoki tug'ruqdan keyin ham

davom ettirish kerak, qaysi biri oxiri sodir bo'lishiga bog'liq holda. Gipotenziv terapiyani diastolik qon bosimi 110 mm sim.ust. raqamda ushlab turilishi kerak.

20.5. PROFILAKTIKASI

Homiladorlik paytidagi gipertenziv holatlarning oldini olish hozirgi zamonda murakkab vazifalardan hisoblanadi, lekin shunga qaramay tug'ish yoshidagi ayollarda sog'lomlashtirish ishlarni olib borish maqsadga muvofiqdir. Ayniqsa ekstragenital kasalliklari bor ayollarga katta e'tibor berish zarur. Shu tariqa ayollarni homiladorlikdan tashqari vaqtda sinchiklab tekshirib rejalashtirilgan tarzda homiladorlikka tayyorlash kerak. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar ko'pincha buyrak xastaligiga, hafaqonlikka chalingan, endokrin patologiyasi, yurak qon tomir va jigar kasalliklari bor ayollarda homiladorlik davridagi gipertenziya holati ko'proq rivojlanishini e'tiborga olib, ushbu ayollarda homiladorlik davridagi gipertenziya holatining ilk belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Bundan tashqari, homilador ayol 18 yoshdan kichik va 35 yoshdan katta bo'lsa ham homiladorlikni muntazam kuzatish zarur. Yuqorida ko'rsatib o'tgan homiladorlik davridagi gipertenziya holatiga moyilligi aniqlangan ayollarga homiladorlik paytidagi gipertenziya holatini og'irlashtiruvchi belgilar haqida ma'lumot berish kerak, chunki bu belgilar namoyon bo'lishi bilan homilador tug'ruqxonaga murojaat qilishi og'ir preyeklampsiya va eklampsiyadek homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari asoratlarining oldini olishga yordam beradi.

Masalalar:

1. Tug'ayotgan ayol tug'ruqning II davrida. AQB 190/120 sim.ust. Qorinning oldingi devorida va oyoqlarda shishlar bor. Yuzda mimik mushaklarining uchishi paydo bo'ldi.

Ayolni qaysi yo'l bilan tug'dirish lozim?

A. Ayolni kuchantirishning oldini olib, akusherlik-qisqichlari yordamida homilani tug'dirib olish

B. Kesarcha kesish yo'li bilan

V. Tabiiy yo'l bilan

G. Ayolga akusherlik narkozini berish bilan

2. 23 yoshli homilador ayolda tez yordam mashinasida eklampsiya talvasasi paydo bo'ldi.

Homiladorlik 37-38 hafta. Holati og'ir, es-hushi tormozlangan, rang-ro'yi bo'zargan, oyoq shishlari yaqqol ko'zga tashlanadi. Q/B— 150/100 mm sim ust, puls -98.

Tashxis? Birinchi yordam chora- tadbirlari yig'indisi.

3. 29 yoshli homilador ayol. 3 hafta davomida madorsiz preyeklampsiya holatida Q/B 170/100 mm sim ust., bosh og'rig'i va burun bilan nafas olish qiyinlashgan va kamaygan.

Exografyada fitometrik ko'rsatkichlari 2 haftaga kech qolganligi va kamsuvligi aniqlangan. Dopplerometriyada ikkala bachadon arteriyasi qon aylanishi rezistentligi oshgani va yo'ldoshda qon aylanishi kritik holatdaligi aniqlangan. Qin tekshiruvda bachadon bo'yni „yetilgan“.

Tashxis? Qanday muolaja tadbirlari o'tkazish kerak?

4. 23 yoshli ayol, talvasa uyda sodir bo'lgan. Homiladorlik 37-38 haftalik, ahvoli og'ir, komada, AQB-180/100, tomir urishi- bir daqiqada 98, oyoqlarida shishlar bor. Tashxis?

A. Homilador ayolni olib borish taktikasini aniqlang.

A. Tezkor tug'ruqxonaga olib borish

B. Magneziya sulfat yuborish

V. Kesarcha kesish

G. Tug'ruqni chaqirish

D. Qog'anoq suvlarini yorish.

B. Ehtimol tutilgan asoratlari.

A. Miyaga qon quyilishi

B. O'tkir buyrak yetishmovchiligi

V. DVS sindromi

G. Talvasaning qaytalashi

D. Hamma javoblar to'g'ri.

O'rgatuvchi testlar:

1. Preyeklampsiya oldi simptomini ayting:

Siydikda oqsil izlari.

A/Bning 2 ta qo'lda har xil bo'lishi.

Vaznning patologik o'sishi.

Sistolik va diastolik bosim oralig'i 40mm sim. ust. dan kam bo'lishi.

Yashirin shishlar.

2. Preyeklampsiya bor bo'lgan homiladorlar qaysi mutaxassislar ko'rigidan o'tishi kerak:

Akusher- ginekolog.

Terapevt.

Okulist.

Nevropatolog.

Nefrolog.

3. Preyeklampsiya rivojlanadigan xavf guruhlari:

Ekstragenital kasalliklar.

Oldingi homiladorlikdagi gipertenziya holati.

Kasbga aloqador zararli odatlar.

Ijtimoiy omillar.

4. Qaysi 5 ta EGP fonida preyeklampsiya rivojlanadi.

Qon tomir kasalliklari.

Buyrak kasalliklari.

Jigar kasalliklari.

Endokrinopatiya.

Yog' almashuvining buzilishi.

5. Preeklampsiya profilaktikasining 5 ta asosiy tamoyillari:

Homilador parhezi va gigiyenaga qat'iy rioya qilish.

Oilaviy poliklinikada muntazam nazorat.

Ekstragenital kasalliklarni davolash.

Qizlarni sog'lomlashtirish.

6. Preeklampsiyaga qanday klinik simptomlar xos:

Bosh og'rish.

Ko'rishning buzilishi.

Ko'ngil aynishi.

Qayt qilish.

Epigastral sohada og'riq.

7. Preeklampsiya og'irlik darajasini baholashda qanday mezonlardan foydalaniladi:

Proteinuriya.

Sistolik A/B.

Diastolik A/B.

8. Preeklampsianing xavfli belgilarini ko'rsating?

Sutkalik diurezning 15% ga kamayishi.

Ikkala qo'lda K/B ning 10mm sim ust. ga asimmetriyasi.

Tana vaznining patologik ortishi (haftasiga 350 g ko'p) yashirin shishlar.

Puls bosimining pasayishi.

Gipoproteinemiya.

Trombositopeniya 160 x.10/l va bundan past.

9. Preeklampsiyasi bor bo'lgan homiladorlarni tug'dirishning I davrida qanday asosiy davo choralarini olib boriladi?

Erta amniotomiya.

Tug'ruqni og'riqsizlantirish.

Ichki homila dimiqishini davolash.

Preeklampsiyani davolash.

10. Preeklampsiyada tug'ruqning II davrida quyidagi asosiy tamoyillar qo'llaniladi:

Boshqariluvchi gipotoniya.

Tug'ruqni og'riqsizlantirish.

Homilaning ichki dimiqishini davolash.

Akusherlik qisqichlarini qo'llash.

Preeklampsiyada davolashda qo'llaniladigan asosiy gipotenziv dorilarni ko'rsating:

Magniy sulfat.

Atenalol.

Nifidipin.

11. Preeklampsiyani davolash tamoyillari:

Davolash - himoya rejimini tashkillashtirish.

Gipotenziv terapiya.

Qonning reologik va koagulyasion ko'rsatkichlarini normalashtirish.

Antioksidant terapiya, membranalar faoliyatini tiklash.

Metabolizmni me'yorlash.

XO'OK va homila gipoksiyasi profilaktikasi va davolash.

12. Preyeklampsiyada vaqtdan ilgari tug'ishga ko'rsatmalar:

Preyeklampsiyaning yengil turida, agar 7 – 10 kunlik davo naf bermagan bo'lsa.

Preyeklampsiyaning og'ir turida 2 – 3 soatda intensiv terapiya naf bermagan bo'lsa.

XUOK bo'lgandagi gestozning turli darajasida va davolash fonida homila o'sishi ro'y bermayotgan bo'lsa.

Eklampsiya va uning asoratlari.

13. Preyeklampsiyaning ikki turi:

Erta.

Kechki.

14. Eklampsiyani davolashning 3 tamoyili:

O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi bilan chuqur narkoz.

Hayot uchun zarur a'zolar funksiyasini normallashtirish.

Preyeklampsiyaning intensiv terapiyasi.

15. HELLP sindromi nima?

Preyeklampsiyaning og'ir asoratlaridan biri.

Patologik jarayonning 1 harflari lotin tilida olingan.

N-gemoliz.

EL – jigar fermentlari darajasining oshgani.

LP – trombositopeniya.

16. Preyeklampsiyaning "aralash" turi qachon boshlanadi?

28-30 haftada.

20-24 haftada.

22-26 haftada.

17. Preyeklampsiya simptomlarini belgilang:

Diastolik KB 90 mm sim.ust.dan oshib ketishi.

Proteinuriya.

18. Eklampsiyada birinchi yordam ko'rsatish nimalardan iborat?

Og'izni ochib, tilni tortish.

Og'iz bo'shlig'idan va yuqori nafas yo'llaridan ko'piklarni tozalash.

Neyroleptoanalgeziyani qo'llash.

Tezlik bilan tug'dirish.

19. Preyeklampsiyalı homilador qanday mutaxassis ko'rigidan o'tishi kerak?

Akusher-ginekolog.

Reanimatolog.

Terapevt.

Okulist.

Nevropatolog.

20. Gipertenziv holatlarda ona organizmi uchun qanday noxush asoratlار mavjud?

Yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi.

Miyaga qon quyilib ketishi.

UBY

Ko'z to'r pardasining ko'chishi.

NELLP – sindromi.

21. Gipertenziv holatlarda kesarcha kesishga 3 ta asosiy ko'rsatma qanday?

Eklampsiya.

Eklampsiya asoratlari.

Akusherlik asoratlari.

Gipertenziv holatlarning og'ir turida bachadon bo'yni yetilmaganligi.

O'tkazilayotgan terapiyaning befoydaligi.

22. Eklampsiyaning 4 ta davrini ayting:

Qirish.

Tonik tutqanoq.

Klonik tutqanoq.

Qaytish.

23. Gipertenziv holatlarda homila uchun asoratlarni sanab o'ting:

Gipoksiya.

Asfiksiya.

Gipotrofiya.

Antenatal o'lim.

XXI BOB

HOMILADORLIK VA TUG'RUQDA QON KETISHI

21.1. NORMAL JOYLASHGAN YO'LDOSHNING BARVAQT KO'CHISHI

Maqsad.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishlarga olib keluvchi akusherlik asoratlari bilan tanishtirish. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishini va yo'ldoshning oldinda yotishning bir-biridan differensial tashxisi. Homiladorlik va tug'ruqni olib borish taktikasi.

Reja.

1. Tushuncha, uchrash darajasi
2. Etiopatogenezi.
3. Tashxisi.
4. Klinikasi.
5. Differensial tashxisi, tashxis qo'yish yo'llari.
6. Asoratlari.

7. Davolash usullari. Tug'ruqni boshqarish.

Homiladorlik va tug'ruq normal kechganda yo'ldosh tug'ruqning uchinchi davrigacha bachadonning yuqori segmenti devoriga yopishgancha qolaveradi. Homila tug'ilgach, bachadon qisqarib, ichidagi bosim pasayishi munosabati bilan yo'ldosh ko'chadi.

Ba'zan patologik jarayonlarda normal joylashgan yo'ldosh homila tug'ilgunga qadar tug'iladi. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi homiladorlik va tug'ruqning bachadon bo'yni ochilish davrida ko'proq uchraydi, tug'ruqning ikkinchi davrida yo'ldoshning ko'chishi kam uchraydi.

Bu og'ir akusherlik asorati bo'lib, onalar va bolalar o'limiga olib keluvchi sabablar ichida asosiy o'rinni egallaydi. O'zbekistonda bu asorat iliq iqlim mintaqalariga nisbatan 10 marta ko'proq uchraydi. NJYBK 2-8 % hollarda o'limga olib keladi.

Sabablari. Tomirlar tizimining o'zgarishi bilan davom etadigan kasalliklarda yo'ldosh ko'pinchi barvaqt ko'chadi. NJYBK ko'pincha bachadon va yo'ldoshda degenerativ va yallig'lanish jarayonlari kuzatilganda yuzaga keladi. Platsentaning ko'chishiga bachadon platsentar tomirlarining devorlari yupqalashib, mo'rtlashib, o'tkazuvchanligi oshib, oson parchalanib qon quyilishiga olib keluvchi yoki moyillik tug'diruvchi omil bo'lib hisoblanadi.

Homiladorlikning kech toksikozlari, buyrak kasalliklari, gipertoniya, yurak nuqsonlari, kamqonlik va boshqa kasalliklar oqibatida yo'ldosh tomirlarida o'zgarishlar ro'y berganligi yo'ldoshga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Bachadon devori bilan yo'ldosh oralig'iga qon quyilishi sababli yo'ldosh yopishgan joyidan ko'chadi. Sun'iy abortdan keyin va chilla davrida bachadonning yallig'lanishi yo'ldoshning barvaqt ko'chishiga moyil qilib qo'yadi.

Kindik kalta bo'lganda va homila pardasi kechikib yirtilganda yo'ldosh ko'chishi mumkin. Egizak homiladorlikda birinchi homila tug'ilgach, yo'ldosh ko'chishi kuzatilishi mumkin. Kamdan - kam sabablari: jarohatlar, asab-ruhiy omillar.

Normal joylashgan platsentaning vaqtidan ilgari ko'chishi patogenezi qon tomirlar yorilishi bilan tushuntiriladi, bu vorsinkalararo qon aylanishi buzilishiga olib keladi va qon ketib retroplatsentar gematoma shakllanadi.

Ushbu asoratning uchrashi 1,0dan 5% gacha.

Yo'ldosh barvaqt ko'chganda ro'y beradigan o'zgarishlar

Yo'ldosh barvaqt ko'chganda ro'y beradigan belgilar nihoyatda xilma-xil bo'lib, yo'ldoshning qisman yoki to'liq ko'chganligiga bog'liq bo'ladi (21.1.-rasm).

Yo'ldosh to'liq ko'chganda yo'ldosh va bachadon devori oralig'iga qon to'planib, ba'zan qon bachadon devorlariga so'riladi (21.2.-rasm). Bunda muskul va seroz qavatiga qon quyilishi natijasida bachadon yuzasi qoramtir-qizargan bo'ladi. Bunday o'zgarishni Kyuveler bachadoni deb ataladi va bachadon tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda qisqarish xususiyatini yo'qotadi, nihoyatda ko'p qon ketadi (21.3.-rasm).

NJYBK og'irlik darajasiga ko'ra tasnifi: yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir.

Yo'ldoshning qisman yoki to'liq ko'chishiga qarab klinik manzarasi ham 3 xil darajada kechishi kuzatiladi.

Yengil darajada kechishi. 60% bemorlarda uchrab, bunday yo'ldoshning 15% yuzasi ko'chgan, ayolning umumiy ahvoli o'zgarmagan, tomir urishi, qon bosimi, homila yurak urishi normal bo'ladi. Jinsiy yo'llardan ozgina qon ketadi, ba'zan qon ketishi ham kuzatilmaydi.

O'rtacha og'irlikdagi darajasi 20% bemorlarda uchrab, yo'ldosh yuzasining 40%gacha qismi ko'chgan bo'ladi. Homilador ayol qornining doimiy og'irishidan, umumiy behollik, bosh aylanishi, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladi. Bemorning rangi oqargan, sovuq ter bosgan, qon bosimi 10-15 mm simob ustunidan kamaygan, tomir urishi tezlashgan bo'ladi. Qorin devorlarini paypaslab ko'rilganda bachadon devorining taranglashgani, bachadonning yo'ldosh ko'chgan sohasi do'ppayib chiqqani kuzatiladi. Homila yurak urishi tezlashadi, ba'zan eshitilmay qoladi.



21.1.- Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chish turlari: markazdan qisman, chetdan, markazdan to'liq ajralgan

Og'ir darajasi bemorlarning 20% da uchrab, yo'ldoshning 40%dan ko'proq yuzasi ko'chadi. Yo'ldosh ko'chishining og'ir darajasi birdaniga ro'y berib, ayolning ahvoli nihoyatda og'irlashadi, qornining hamma sohasida qattiq og'riq sezadi, xushidan ketib, qon bosimi pasaygan, tomir urishi sustlashgan, sovuq ter bosib, ranglari oqargan bo'ladi. Bachadonni qorin orqali paypaslaganda bachadon taranglashib, qattiq og'riq natijasida homilaning qismlarini paypaslab aniqlash imkoni bo'lmaydi. Homila ona qornida nobud bo'ladi. Bachadon devori qon tomirlari orqali tromboplastin tanachalarining ko'p miqdorda o'tishi natijasida qonning ivish xususiyati pasaygan (gipofibrinogenemiya) yoki butunlay qon yo'qolganligi (afibrinogenemiya) ayolda yanada qon ketishiga olib keladi. Ayolning hayoti xavf ostida-qoladi. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishining og'ir darajasida buyrakning siydik chiqarish faoliyati buzilgan bo'ladi, ba'zan butunlay faoliyati to'xtaydi (O'BE), buni buyrak faoliyatining o'tkir yetishmasligi deb yuritiladi. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishini yo'ldoshning oldinda kelishi, bachadon yirtilishi, oshqozon yarasining yorilishi,

o'tkir xoletsistit, pankreatit, appenditsit kasalliklari bilan taqqoslab ko'rish va chalkashtirmaslik kerak.

Xavf guruhlari.

1. Homiladorlik asorati: gipertenziv sindrom, preyeklampsiya.
2. Yurak qon-tomir kasalliklari bor homiladorlar.
3. Buyrak kasalliklari va homiladorlik.
4. Qon kasalliklari: tug'ma va orttirilgan koagulopatiyalar.

Tug'ruq jarayoni davomida:

1. O'ta kuchli tug'ruq faoliyati.
2. Tug'ruq faoliyati diskoordinatsiyasi.
3. Asossiz tug'ruq faoliyatini kuchaytirish.
4. Kalta kindik tizimchasi
5. Bachadon ichi bosimining keskin pasayishi, ko'psuvlilikda.

Tashxisi.

1. Ayolning umumiy ahvolini baholash
2. Homila holatini baholash
3. UTT - platsentadagi o'zgarishlarni aniqlash asoratlarning oldini olishga imkon beradi

Olib borish taktikasi.

Ayol va homila holatiga va platsenta ko'chish darajasiga ham bog'liq. Klinik kechishga bog'liq bo'lmagan holda tez TIQI sindromi yoki qon yo'qotish natijasida gipovolemiya rivojlanishi mumkin.

NJYBK da o'tkazish kerak bo'lgan chora- tadbirlarning ketma-ketligi.

1. Bemor shikoyatlarini baholash.
 2. Umumiy ahvolini to'g'ri baholash.
 3. Gemodinamika ko'rsatkichlarini to'g'ri aniqlash
 4. Tashqi akusherlik tekshiruvi:
 - bachadon holatini baholash (tonus, tarangligi, bo'rtib chiqishi, og'riqlilik).
 - homilaning holatini baholash
 5. Tezlik bilan statsionarga olib borish
- Statsionarda qin orqali tekshirish:
- tug'ruq faoliyatini aniqlash
 - xulosa chiqarish va olib borish taktikasini aniqlash: kesarcha kesish yoki

bachadon og'zi ochiq bo'lsa, amniotomiya qilib tabiiy yo'l orqali tug'dirish.

Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishini davolash uning klinik darajasi va tug'ruqda bachadon bo'yni ochilish darajasiga qarab olib boriladi.

Agar yo'ldoshning ozgina qismi barvaqt ko'chgan bo'lib, ayol va homilaning ahvoli o'zgarmagan bo'lsa, ayolni darhol tug'ruqxonaga yotqizib, nihoyatda tinch sharoit yaratiladi, so'ngra koagulopatik qon ketishining oldini olish uchun chora-tadbirlar o'tkaziladi (kontrikal, disinon, ATF, vitamin E, kalsiy glyukonat va h.k.) Spazmolitik dorilardan no-shpa 2ml, papaverin 2ml mushak orasiga, baralgin 5ml qon tomirga yuborish bilan bachadonning qisqarishini to'xtatish amalga oshiriladi. Albatta, homila gipoksiyasiga qarshi dori- darmonlar yuborish ham tavsiya etiladi.

Bachadon bo'yni 3-4sm ochilganda amniotomiya bajariladi. Bu platsenta ko'chishini sekinlashtiradi yoki to'xtatadi. Agar platsenta ko'chishi davom etsa, homila halok bo'lgan taqdirda ham tug'ruq tezkor jarrohlik yo'li bilan tugatiladi.

Homilador ayolni davolash davomida uning tomir urishi, qon bosimi, umumiy ahvolini kuzatib, vaqti-vaqti bilan qorin aylanasi, bachadon tubi balandligini o'lchash, homila yurak urishini eshitib turish kerak. Bundan tashqari, ayolning qon va siydik tarkibi, qonning ivish xususiyatlarini (koagulogramma) tekshirib turish kerak. Agar bu kuzatishlar vaqtida bachadonni paypaslab ko'rilganda hiror joyida do'ppayish, taranglashish, shu joyida og'riq sezilsa, ayolning tomir urishi tezlashib, qon bosimi pasaysa, homila yurak urishi o'zgarishi kuzatilsa, bularning hammasi yo'ldoshning barvaqt ko'chishi davom etayotganligidan darak beradi. Bunday ayolga tezkor yordam ko'rsatish kerak bo'ladi. Bunda homilador ayol tug'ruq paytida bo'lmasa, darhol kesarcha kesish operatsiyasi qilinadi. Operatsiya vaqtida bachadonning mushak tolalari orasiga qon quyilib Kyuveler bachadoni bo'lsa, keyinchalik gipotonik va atonik hamda koagulopatik (qon ivimaslik) qon ketishining oldini olish maqsadida bachadon tanasi, ba'zan bachadonni butunlay kesib olishga to'g'ri keladi.

Tug'ruqning ikkinchi davrida tug'ruqni tezlatish maqsadida homilani akusherlik qisqichlari orqali tortib tug'dirib olinadi.

Xulosa qilib aytganda, yo'ldoshning barvaqt ko'chishining birinchi darajasida operatsiya qilmasdan dori-darmonlar bilan davolab, ayol kuzatilib turilsa, yo'ldosh ko'chishining o'rtacha og'ir va og'ir darajasida tezkorlik bilan operatsiya qilish yo'li bilan davolanadi. Ayolni tug'dirish vaqtida qanday choralar qo'llangan bo'lishidan qat'i nazar, yo'ldosh tug'ilgandan so'ng yengil narkoz berib, bachadon qo'l bilan tekshiriladi, bachadon qisqarishini ta'minlaydigan dori-darmonlar (metilergometrin) va shu bilan birga qon va uning o'rnini bosuvchi suyuqliklar (stabizol, refortan) tomchilab yuboriladi.

Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishining oqibatlari

Yo'ldosh barvaqt ko'chganda homilador ayol organizmida ro'y beradigan o'zgarishlar uning yo'qotgan qon miqdoriga, berilgan yordamning tezligiga, organizmning holatiga bog'liq bo'lib, ayol tug'ruqxonaga qancha tez yotqizilsa, og'ir asoratlar qolishi, shuningdek onalar hamda bolalar o'limi shunchalik kamayadi. Har tomonlama o'z vaqtida tezkorlik bilan yordam ko'rsatilmasa, bachadonning qisman (gipotonik) va butunlay (atonik) qisqarmasligi, qon ivish xususiyatining pasayib ketishi kuzatilishi mumkin. NJYBK xavfli asorat bo'lib, uning natijasida: TIQI sindromi, Kyuveler bachadoni, gipo- va atonik qon ketishi rivojlanadi.

Davolash.

Tez va ehtiyotkorlik bilan tug'dirish. Bunda abdominal kesarcha kesish to'g'ri keladi va bachadon - platsenta apopleksiyasi-Kyuveler bachadoni bo'lsa-bachadonni amputatsiya qilish kerak, TIQI sindromining o'tkir formasi rivojlanganda bachadon ekstirpatsiyasi shart. Tug'ruq birinchi davr oxirida yoki ikkinchi davrida normal joylashgan platsentaning vaqtdan ilgari ko'chishi

kuzatilsa, tug'ruq tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tugatilishi mumkin. Bunday homiladorlarda ham bachadonni tez bo'shatish tamoyiliga amal qilinadi. Akusherlik holatiga qarab akusherlik qisqichlari ishlatiladi yoki homilani bo'laklash jarrohlik amaliyoti bajariladi.

Asosiy profilaktik choralar: buyrak va yurak - tomir kasalliklari, gipertenziv holatlarni o'z vaqtida davolash, abortning oldini olishdan va boshqalardan iborat.

21.2. YO'LDOSHNING OLDINDA YOTISHI

Reja.

1. Homiladorlikda yo'ldoshning joylashishi.
2. Yo'ldoshning oldinda yotishi tushunchasi.
3. Etiologiyasi va patogenezi.
4. Yo'ldoshning oldinda yotishining klinik belgilari.
5. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi sabablari.
6. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi klinik belgilari.
7. Homiladorlikni va tug'ruqni olib borish tamoyillari.

Maqsad:

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishlarga olib keluvchi akusherlik asoratlari bilan tanishtirish. Yo'ldoshning oldinda yotishi va vaqtidan ilgari ko'chishining bir-biridan differensial tashxisi. Homiladorlik va tug'ruqni olib borish taktikasi.

Yo'ldoshning oldinda yotishi- uning noto'g'ri joylashuvi: platsenta bachadon tanasining o'rniga pastki segmentda joylashadi (21.4.-rasm).

Etiologiyasi.

Onalik omillari: A) Endometriy distrofiyasi bilan kechadigan travma va kasalliklar (ko'pincha qayta tug'uvchilarda). B) Endometriy qon bilan ta'minlanishining buzilishiga olib keluvchi bachadon pastki segmentidagi jarrohlik amaliyotlari.

Yo'ldoshning oldinda yotishi urug'langan tuxum hujayradagi o'zgarishlar natijasida ham kelib chiqadi :

♦ Homila eritroblastoz (platsenta kattalashishiga olib keladi).

♦ Trofoblastning nidasion funksiyasi buzilishi, trofoblast fermentativ jarayonlari kechikib rivojlanishi, urug'langan tuxum hujayra o'z vaqtida bachadon tubiga yopisha olmaydi.

Sabablari :

- Platsentaning oldinda kelishi

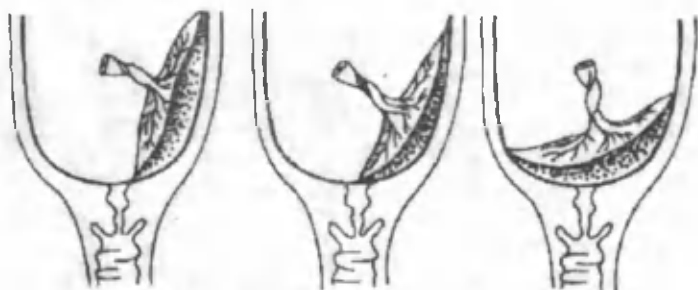
- Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi

Yo'ldoshning oldinda yotishi - noto'g'ri joylashishi hisoblanib, ya'ni bachadon tanasining pastki segmentida va ichki bo'g'iz sohasida joylashishi.

Yo'ldoshning oldinda yotishining 4 darajasi tafovut qilinadi (21.5.- rasm):

1. to'liq (markaziy) – platsenta ichki bo'g'izni to'liq yopib turadi
2. qisman (yonbosh) – platsenta ichki bo'g'izning 2/3 qismini yopib turadi
3. Qirg'og'i bilan– platsenta ichki bo'g'izni 1/3 yopib turadi

4. Platsentaning past joylashishi- platsenta cheti ichki bo'g'izdan 7 sm dan kam masofada joylashadi.



21.4.-rasm. Platsentani oldinda yotishining turlari:
a- past joylashishi; b- qisman; v- to'liq.

Klinikasi.

1. Homiladorlik davrida qon ketish birdan og'riqsiz rivojlanadi, og'riqsiz, tromboz natijasida to'xtashi mumkin, lekin bir qancha vaqt o'tgach yana qaytariladi. Qon ketish ko'pincha homiladorlik uch oyligida bachadon cho'zilishi, qisqarishi natijasida yoki bachadon bo'yni ochilish davrida kuzatiladi. Qon ketish platsentaning bir qismining ko'chishi bilan bog'liq, platsenta to'qimasi cho'zilish xossasiga ega emas, shuning uchun bachadonning pastki qismi cho'zilganda platsenta ko'chadi, vorsinkalararo bo'shliq ochiladi, bachadon - platsenta qon tomirlari yoriladi va ko'p qon ketadi.

2. Kamqonlik rivojlanishi.

3. Homila holatining yomonlashuvi, homila distressi.

Tashxisi.

--Moyillik tug'diruvchi omillar , homilaning noto'g'ri joylashuvi (chanoq oldinda kelishi yoki ko'ndalang joylashishi).

--Ko'p homilalik.

--Ko'p tuqqan 35 yoshli ayol.

--UTT- bu usul aniqligi 90-95%

Yo'ldoshning oldinda yotishida yakuniy tashxis qin orqali tekshirib qo'yiladi (statsionarda jarrohlik blokida). Bunda platsenta yoki uning cheti paypaslanadi. Bu tekshirish usuli qon ketishini kuchaytirishi mumkin.

Quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash kerak:

1. Jinsiy a'zolarining mexanik shikastlari (tirnallish, qin shilliq pardasining yorilishi).

2. Poliplar.

3. Bachadon bo'yni raki

4. Bachadon bo'yni psevdoroziyasi

5. Normada joylashgan platsentaning vaqtidan ilgari ko'chishi.

6. Bachadonning yorilishi.

Olib borish taktikasi

Agar homiladorlik muddati tugamagan bo'lsa, homilador doimiy nazorat va kuzatuvda bo'lishi kerak. Tug'ruq faoliyati bo'lmaganda, homila barqaror holatida va kam miqdorda qon ketganda konservativ davo olib boriladi. Homilador ayol darhol statsionarga yotqiziladi. Bachadon tonusini pasaytiruvchi preparatlar qo'llaniladi. Vitaminlar kiritiladi, homila gipoksiyasi oldi olinadi.

Tug'ruqni olib borish usulini to'g'ri tanlash uchun platsenta old kelishi va uning formasi aniqlidi diagnostik katta ahamiyatga ega (21.6.- rasm).



21.6. -rasm. Platsentaning yonbosh, qirrasi bilan va markaziy joylashishi.

To'liq yoki markaziy joylashganda tug'ruq faqat kesarcha kesish orqali bajariladi (mutloq ko'rsatma). Tug'ruq yo'llari tug'ruqqa tayyor bo'lmasa, platsenta qisman oldinda joylashgan bo'lsa va qon ketish intensiv bo'lsa ham tug'ruq jarrohlik usuli bilan olib boriladi.

Tug'ruq faoliyatlari mavjud bo'lganda, bachadon bo'g'zi ochilgan, platsenta qisman oldinda joylashgan bo'lsa, amniotomiya qilinadi. Homila pardasi yorilishi platsentaning keyingi ko'chishining oldini oladi, homila boshining kichik chanoq bo'shlig'iga tushishiga yordam beradi va bu ko'chgan platsentani siqib qo'yib qon ketishini to'xtatadi.

Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruq sodir bo'lganda bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirib ko'rish, gipotonik qon ketishning oldini olish kerak. Rejali kesarcha kesish homila vazni 2500g dan kam bo'lmaganda va homiladorlik muddati 37 haftadan kam bo'lmaganda bajariladi. Agar qon ketish ayol uchun xavf tug'dirsa, homila o'lchamlari va gestatsion yoshga qaramasdan shoshilinch kesarcha kesish bajariladi.

Asoratlari:

1. Ko'p qon ketishi natijasida gipofiz nekrozi yoki buyrak shikastlanishi.
2. Bachadonning pastki segmentidan tug'ruqdan keyingi davrda ko'p qon ketishi
3. Platsentaning zich birikishi, chunki bachadon pastki segmenti endometriysi yupqa va bu trofoblast invazyasi uchun yetarli emas.

Tekshirish uchun savollar:

1. Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi nima?
2. Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chish sabablari?
3. Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi darajalari?
4. Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi belgilari va diagnostikasi?
5. Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishida olib borish tashxisi?

6. Platsentaning oldinda kelishi nima?
7. Platsentaning oldinda kelishi sabablari?
8. Platsentaning oldinda kelishi turlari?
9. Platsentaning oldinda kelishi belgilari va tashxisi?
10. Platsenta oldinda kelganda olib borish taktikasi?

Masalalar.

1. Ko'p tuqqan ayol, 32 yoshda. Tug'ruq I davri. Muntazam dard boshlangach jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar paydo bo'ldi. Puls – 80 zarba I, qon bosimi – 120/80mm s.u. Shishlar yo'q. Taxminiy tashxis? Qayerda qin orqali ko'rish kerak?

2. Yo'ldoshning qisman oldinda kelishi kuzatilgan qayta homilador birinchi tug'uvchi ayolda bachadon bo'yni 4 sm ga ochilganda homilaning chanoq bilan kelayotganligi aniqlandi. Homilaning taxminiy vazni - 3900 g. Tug'ruqni olib borish taktikasi:

Kesarcha kesish

Erta amniotomiya va tug'ruqni stimullash

Erta epiziotomiya va spazmolitiklarni vena ichiga tomchilatib

Spazmolitiklar yuborish

3. Homiladorlikning 7- oyidagi ayol tug'ruqxonaga og'ir ahvolda: umumiy holsizlik, bosh aylanishi, qorindagi og'riqlardan shikoyatlanib keldi. Ushbu holatini kecha kechqurun yiqilib, ertalab esa dard va kuchli og'riq boshlangani, ozgina qonli ajralma va homila qimirlamayotganidan shikoyatlandi. Bemorning rangi oqargan, pulsi 100 zarba I min. AQB 80/60 mm sim. ust. Bachadon paypaslanganda qattiq va juda og'riqli. Homilaning yurak urishi eshitilmayapti. Vaginal ko'rilganda: bachadon bo'yni qisqargan, 4 sm ochiq, qog'anoq pufagi butun, ajralmalar qonli, ozgina miqdorda.

Tashxis?

A. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi

B. Yo'ldoshning oldinda joylashishi

V. Bachadon yirtilishi

G. Bachadon bo'yni raki

Taktika?

A. Zudlik bilan kesarcha kesish operatsiyasini qo'llash

B. Tabiiy yo'llardan foydalanib ayolni tug'dirib olish

V. Konservativ davo

G. Qisqichlar yordamida homilani tug'dirish

4. QVP ga homilador qorinda og'riq, jinsiy yo'llaridan qon ajralishidan shikoyat bilan keldi. Homiladorlik 35-36 haftasi davrida. Umumiy ahvoli qoniqarli, Puls (min) 90 ta. A/B 130/90-140/90 mm sim ust. Bachadon homiladorlik vaqtiga muvofiq kattalashgan. Homila yurak urishi (min) 160-170, bo'g'iq. Jinsiy yo'llarda qonli ajralma aniqlandi. Tashxis? Qanday choralar qo'llash zarur?

5. Birinchi homiladorlik, vaqtidagi tug'ruq. Bir me'yordagi tug'ruq faoliyati 3 soat davom etayapti. Chanoq o'lchamlari me'yorda. Preyeklampsiya simptomlari bor. Birdaniga qorinda qattiq og'riqlar paydo bo'ldi, xushini yo'qotdi, QB tushib ketdi. Bachadon qattiq, dardlar orasida bo'shashmayapti. Bachadon o'ng tomoni shishdi va bu qismda qattiq og'riqlar. Homilaning yurak urishi to'xtadi. Qin orqali kam me'yordagi qonli ajralmalar. Taxminiy tashxis.

Tashxis?

- A. Normal joylashgan platsentaning vaqtdan oldin ko'chishi
- B. Yo'ldoshning oldinda kelishi
- V. Koagulopatik qon ketishi
- G. Yo'ldoshning noto'g'ri yopishishi
- D. Bachadon gipotoniyasi.

6. Bemorning shikoyati: qorin pastida og'riq va bosh aylanishi. Anamnezida talvasa bo'yicha kesarcha qirqish. Homiladorlik muddati 32-33 haftalik, oyoqlarida shishlar AQB 150/100. Ayolda tasodifan qorinda kuchli og'riq paydo bo'ldi va homilaning qimirlashini sezmay qoldi. Paypaslaganda bachadon qattiq homila qismlari aniqlanmaydi. Homila yurak urishi eshitilmaydi.

A.Tashxis.

- A. Yo'ldoshning oldinda kelishi
- B. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi
- V. Bachadon yorilishi
- G. Ichak tutilishi
- D. Tuxumdon kistasining yorilishi.

B.Olib borish taktikasi.

- A. UTT
- B. Intensiv davolash
- V. Tug'ruq yo'llaridan tug'dirish
- G. Kesarcha kesish
- D. Tug'ruqni chaqirish.

7. Ayolda 8 oylik homila bor. Bir oy oldin oyoqlarida shishlar paydo bo'ldi va AQB 150/100 sim. ust.gacha ko'tarildi. 6 soatdan beri qorin pastida og'riq, jinsiy yo'llaridan qonli ajralmalar kela boshladi. Teri va shilliq qavatlar och pushti rangda. Tomir urishi daqiqada 100, AQB 160/100 sim.ust. Qorin aylanmasi 102sm., bachadon tubi 37sm. Homila yurak urishi bo'g'iq. Paypaslaganda bachadon taranglashgan , oldingi devorida og'riq aniqlanadi. Tug'ruq faoliyati yo'q.

Tashxis.

- A. Yo'ldoshning oldindan kelishi
- B. Bachadonning yorilishi
- V. Bachadon bo'yni raki
- G. Qin varikozining yorilishi
- D. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi.

Davolash taktikasi.

- A. Kesarcha kesish
- B. Tezda tug'ruqxonaga yotqizish
- V. Tug'ruq faoliyatini kuchaytirish
- G. Gemotransfuziya
- D. Spazmolitiklar qilish.

8. 37-38 yoshdagi homilador ayolda homiladorlikda ichi kelgan vaqtida qizil suyuq qon paydo bo'ldi. Og'riq va dardi yo'q. Uyida qon yo'qotish 200ml ni tashkil qildi. Anamnezida ikkita artif. abort, oxirgi abort endometrit bilan kechgan. Umumiy ahvoli qoniqarli, tomir urishi daqiqada 80, AQB 110/70. Bachadon tuxumsimon shaklda, homila to'g'ri joylashgan, homila boshi chanoqdan baland joylashgan, yurak urishi daqiqada 140.

A. Tashxis.

- A. Yo'ldoshning oldinda kelishi
- B. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi
- V. Vaqtidan oldin tug'ruq
- G. Bachadon bo'yni eroziyasi
- D. Qin varikozidan qon ketishi.

B. Olib borish taktikasi.

- A. Qog'anoq suvini yorish
- B. Tug'ruqni chaqirtirish
- V. Simptomatik davolash
- G. Kesarcha kesish
- D. Tug'ruq yo'llaridan foydalanib tug'dirish.

9. 26 yoshdagi 2 - tug'ruq davridagi ayol, dardi sust va qisqa, qindan qon ketishi bilan keldi. Birinchi tug'ruq chilla davrida endometrit rivojlangan. Homila ko'ndalang joylashgan.

A. Tashxis.

- A. Yo'ldoshning barvaqt ko'chishi
- B. Yo'ldoshning oldinda kelishi
- V. Bachadon bo'yni yorilishi
- G. Bachadon yorilishi
- D. Bachadon bo'yni polipi.

B. Davolash taktikasi.

- A. Tug'ruqni davom ettirish
- B. Qog'anoq suvini yorish
- V. Kesarcha kesish
- G. Oksitotsin tomchisi bilan tug'ruqni kuchaytirish
- D. Hech qaysisi to'g'ri emas.

O'rgatuvchi testlar:

- I. Yo'ldoshning oldinda kelishining qanday 3 turi bor?
- To'liq.

Cheti bilan.

Yonbosh.

2. Yo'ldosh oldinda kelganda qon ketishiga xos bo'lgan 4 ta belgini ko'rsating:

Homiladorlik vaqtida to'satdan qonli ajralma kelishi.

Og'riq sezmaslik.

Qon ketishi to'xtab, bir ozdan so'ng yana boshlanishi.

Profuz qon ketishi mumkin (og'riqsiz).

3. Yo'ldoshning oldinda kelishida qanday 4ta klinik simptomlar yuzaga keladi?

Homiladorlikning ikkinchi yarmida birdaniga qon ketishi

Ko'p miqdorda qon ketishi

Tug'ruq faoliyati boshlanishi bilan qon ketishining kuchayishi

Qin orqali ko'rilganda gumbazning 2/3 qismida, oldinda keluvchi katta hosila aniqlanadi.

4. Yo'ldoshning oldinda kelishida qanday 4 ta davolash usulini bilasiz?

To'liq kelganda - "kesarcha kesish"

Qisman kelganda-ko'p qon ketishi natijasida ona hayotiga xavf paydo bo'lsa, "kesarcha kesish"

Qisman kelib, qon ketmaganida amniotomiya qilinadi.

Har xil usul qo'llanilganda, tug'ruq vaqtida, o'tkir kamqonlikka qarshi kurashiladi, qon quyiladi.

5. Yo'ldosh oldinda kelganda tug'ruqning erta chilla davrida qanday 3 ta asorat bo'lishi mumkin?

Yo'ldosh ajralishining buzilishi.

Chilla davridagi septik kasalliklar.

Qog'anoq suvlari emboliyasi.

6. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi patogenezinining 3 momentini ko'rsating:

Vorsinkalararo bo'shlikda qon tomirlarining yorilishi bilan boradigan qon aylanishining buzilishi.

Retroplatsentar gematoma hosil bo'lishi.

Yo'ldoshda infarktlarning hosil bo'lishi.

7. Kyuveler bachadonida qanday 4 xil o'zgarishlar bo'ladi?

Bachadon devoriga qon shimaladi.

Bachadon qisqarish xususiyatini yo'qotadi.

Bachadon va bachadon seroz qavatining jarohati.

Bachadon imbibitsiyasi faqat yo'ldosh maydoni bor joyda emas, balki diffuz ham bo'ladi.

8. Normal joylashgan yo'ldosh barvaqt ko'chishida qon ivuchanligi buzilish patogenezinining 4 ta bosqichini ayting?

Retroplatsentar gematomadan tromboplastin va fibrinolizin qonga o'tadi.

Protrombindan faol trombin hosil bo'ladi.

Trombin qondagi fibrinogeni fibringa aylantiradi.

DVS-sindromi rivojlanadi.

9. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishida 3 xil klinik kechish bor: Yengil.

O'rtacha og'ir.

Og'ir.

10. Yo'ldoshning oldinda joylashuviga olib keluvchi 4 ta sababni ayting:

Endometriyning surunkali yallig'lanishi

Endometriyda abort va operatsiyalardan keyingi chandiqli o'zgarishlar.

Trofoblast nidasion funksiyasining buzilishi.

Bachadon miomasi.

11. Yo'ldosh oldinda kelishi profilaktikasining 2 ta yo'nalishini ayting:

Abortga qarshi kurash

Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini davolash

12. Normal joylashgan yo'ldosh barvaqt ko'chishining yengil formasida qanday 4 ta klinik simptomlar farqlanadi?

Bachadon dard orasida butunlay bo'shashmaydi

Miometriy tonusi oshgan

Homila yurak urishi deyarli o'zgarishsiz

Qonli chiqindilar jinsiy yo'llardan oz miqdorda ajraladi

13. Normal joylashgan yo'ldosh barvaqt ko'chishining oldini olish uchun qanday 3 ta chora - tadbir qilish kerak?

Homiladorlik gipertenziya holatlarini erta aniqlash va davolash.

Surunkali infeksiyani davolash.

Gipertoniya kasalligini davolash.

14. Homiladorlik vaqtida normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishiga olib keladigan 4 ta sababni ko'rsating:

Homiladorlik gipertenziya holatlari.

Ona va bolaning izoserologik nomuvofiqligi.

Ekstragenital kasalliklar.

15. Ko'chish darajasiga qarab NJYBK qanday 2 formasi farqlanadi?

Qisman.

To'liq.

16. NJYBK yengil formasiga qanday klinik belgilar xos:

Yo'ldoshning kichik qismida ko'chgan bo'ladi.

Og'riqli simptomlar bo'lmaydi.

Bachadon normal tonusda.

Homila yurak urishi o'zgarmagan.

Ayolning umumiy ahvoli o'zgarmagan, pulsning biroz tezlashishi kuzatiladi, QB pasaymagan.

Jinsiy yo'llardan kam miqdorda qora qonli ajralmalar keladi.

17. NJYBK og'ir formasining asosiy belgisini ko'rsating?

Gemodinamikaning buzilishi: QB pasayishi, puls kuchsiz, teri qoplami oqargan.

Og'riqli sindrom – og'riq dastlab yo'ldosh ko'chgan qismida, keyin butun bachadon yuzasi bo'ylab.

Homilaning ona qornida nobud bo'lishi, bachadon taranglashganligi sababli homila qismlari aniqlanmaydi.

Bachadon tonusining oshganligi.

O'tkir TIQI - sindromi rivojlanishi.

18. NJYBK o'rtacha og'irlik darajasiga xos 3 klinik belgini ayting

Yo'ldosh yopishgan joyda mahalliy og'riq.

Bachadon tonusi sustroq.

Homila o'tkir gipoksiyasi.

19. NJYBK ni davolashda qanday 4 usul qo'llaniladi?

Davolash usuli akusherlik holati va klinik belgilarga qarab olib boriladi.

Klinik belgilar kuchayib, ichki qon ketish belgilari kuchaysa, kesarcha kesish operatsiyasi o'tkaziladi.

«Kyuveler bachadonida» bachadon amputatsiya qilinadi.

Yo'ldosh qisman ko'chganda, klinik belgilar sust va homila pufagi butunligida amniotomiya qilinadi.

20. NJYBK bilan tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tuqqan ayollarda ilk chilla davrida qanday 3 muolajani bajarish zarur?

Bachadon butunligini va mushaklari kontraktil qobiliyatini aniqlash maqsadida yo'ldoshni qo'l bilan ajratish va olib chiqish.

Yumshoq tug'ruq yo'llarini ko'ruv.

Bachadonni qisqartiruvchi moddalarni yuborish.

21. Yo'ldosh oldinda yotishi 3 formasiga ta'rif bering?

Yo'ldosh to'liq yotishida ichki bo'g'iz butunlay yo'ldosh to'qimasi bilan qoplangan, qin orqali ko'rilganda pardalar aniqlanmaydi.

Yo'ldosh cheti bilan yotganda yo'ldosh pastki qirrasi ichki bo'g'iz chetida yotadi, ichki bo'g'izda pardalar aniqlanadi.

Yo'ldosh yoni bilan yotganda, yo'ldosh bir qismi ichki bo'g'iz sohasida, qin orqali ko'rilganda yo'ldosh bo'laklari bilan pardalar aniqlanadi.

22. Yo'ldosh oldinda yotishi klinikasiga nimalar xos?

Og'riqsiz tashqariga qon ketishi.

Homilador ayol hansirab (holsizlanib qolishi).

Homila oldinda yotgan qismining yuqori turishi.

Homilaning nomuntazam holati.

Homilaning ko'ndalang qiyshiq yoki dumbasi bilan yotishi.

23. Yo'ldosh oldinda yotishida qon ketish xususiyatlari qanday?

Qon ketish vaqti YOYO ning qaysi formasiga bog'liq.

Alvon rangli qon ketadi.

To'liq bezovta bo'lmagan holatda qon ketish qaytalanadi.

Kamqonlik darajasi yo'qotilgan qon hajmiga bog'liq bo'lmaydi.

24. YOYO qon ketishiga xos 5 belgini ayting?

Qonli ajralma homiladorlik davrida to'satdan boshlanadi.

Og'riqlar bo'lmaydi.

Qon ketish to'xtab, birozdan keyin yana boshlanadi.

Ko'p miqdorda qon ketishi mumkin.

Kamqonlik keltirib chiqaradi.

25. YOYO davolashni tanlashdagi 7 omilni sanab o'ting?

Qon ketish vaqti.

Qon ketish miqdori.

Bemor umumiy ahvoli.

Tug'ruq yo'llari holati.

Yo'ldosh oldinda yotishi turi.

Homiladorlik muddati.

Homila holati.

26. NJYBK davolashni tanlashdagi 4 omilni sanab o'ting?

Yo'ldosh ko'chish darajasi.

Ko'chish paydo bo'lish vaqti.

Homila holati.

Tug'ruq yo'llari holati.

27. NJYBK da tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirishning 5 shartini ayting?

Ko'chganlik yengil formasi.

Kam miqdorda qon ketish.

Ayolning qoniqarli ahvoli.

Homilada gipoksiya belgilari bo'lmasligi.

Tug'ruq faoliyati yaxshi tiklangan va bachadon bo'yni 4 sm ga ochilgan.

28. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirayotganda NJYBK da, tug'ruqni tezlatishning 6 usulini sanab o'ting?

Amniotomiya.

Ivanov – Gaus bo'yicha terisiga qisqich qo'yish.

Homilani oyog'idan aylantirib tortib olish.

Vakuum – ekstraktsiya yoki akusherlik qisqichlari qo'yish.

Homilani yemirish operatsiyasi.

Homila dumbasi bilan yotganda dumbasi bilan tortib olish.

29. Homiladorlik II yarmida qon ketishga shikoyat qilib kelganda, UASH ning vazifasi?

Zudlik bilan bemorni tez yordamda tibbiy xodimlar hamrohligida tug'ruqxonaga yotqizish.

30. Poliklinika va ayollar maslahatxonasida homiladorlik II yarmida qon ketishining oldini olishning 4 usulini ayting.

Abortlar sonini kamaytirish maqsadida kontraseptivlarni keng targ'ib qilish.

Bachadon ichi aralashuvlaridan keyin albatta yallig'lanishga qarshi profilaktik muolaja buyurish.

Genitaliy a'zolari surunkali kasalliklarini o'z vaqtida to'g'ri davolash

EGK ni o'z vaqtida davolash.

31. NJYBK dagi 6 asosiy belgilarni sanab o'ting?

Bachadon tonusining ortishi va taranglashuvi.

Ichki qon ketish belgilari.

Homila yurak urishi o'zgarishi.

Qorinda og'riq.

HGH belgilari.

Kamqonlik kuchayishi.

32. Homiladorlikning qaysi 4 asorati NJYBK ga olib keladi?

Gestozlar.

Ko'psuvlik.

Ko'p homilalik (egiz homila).

Kindik o'ta kalta bo'lishi.

33. Platsenta oldinda kelishi profilaktikasining 2 ta yo'nalishini ayting:

Abortga qarshi kurash.

Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini davolash.

XXII BOB

TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRI VA ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISH

Maqsad.

Tug'ruqning uchinchi davri va ilk chilla davrida qon ketish sabablari bilan tanishtirish (platsentaning noto'g'ri yopishishi va tug'ilish jarayonining buzilishi, gipo- va atonik, koagulopatik qon ketishlari). Tashxislash va olib borish taktikasi haqida ma'lumot berish. Tezkor yordam tamoyillarini o'rgatish.

Reja.

1. Tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi sabablari

2. Platsentaning noto'g'ri yopishishi, tasnifi, etiologiyasi, tashxisi va olib borish taktikasi.

3. Platsentaning tug'ilish jarayonining buzilishi, tashxisi, olib borish taktikasi.

4. Qon ketishni to'xtatish chora-tadbirlari. Yo'ldoshni ajratib olish usullari.

Asoratlari. Operativ aralashuvlarga ko'rsatma.

5. Ilk chilla davrida qon ketishi sabablari.

6. Ilk tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishni to'xtatish usullari. Operatsiyaga ko'rsatma.

Onalar o'limi 50% dan ko'p tug'ruqdan keyin 24 soat ichida massiv qon ketishiga sabab bo'ladi. Dunyo bo'yicha homiladorlarning 140 000 dan ko'prog'i tug'ruqdan keyingi qon ketishdan nobud bo'ladi.

22.1.TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRIDA QON KETISHI

Normal holatda tug'ruqda ayol 300-450 ml miqdorda qon yo'qotadi. Ma'lumki, platsenta joylashgan qismidan tug'ruqning I- II davrlarida bachadon devoridan ajralmaydi. Bunga sabab o'zidan ajralgan progesteron bachadonning bioelektrik holatini o'zgartiradi, uni birdaniga qisqarishini pasaytiradi, farmakologik reaktivligini susaytiradi, serotoninning tonusini oshirishini to'xtatadi.

III davrda qon ketishi sabablari:

- Yo'ldoshning bachadon devoridan noto'g'ri ajralishi
- Ajralgan yo'ldoshning bachadonda tutilib qolishi
- Tug'ruq yo'lidagi jarohatlar
- Gipotonik qon ketishi
- Platsentaning bachadon devoriga qattiqroq yoki qattiq yopishishi

Yo'ldosh ajralish davridagi qon ketishlar ayrim hollarda normaga nisbatan chuqurroq bachadon devoriga yopishishi bilan bog'liq.

Klinikasi.

Platsenta birikish anomaliyasida qon ketish asosiy simptom hisoblanadi. 30 daqiqa davomida qon ketish yoki platsenta ajralish belgilari kuzatilmasa, bachadon tonusini oshiruvchi vositalarning foydasi bo'lmasa, 10 daqiqadan keyin bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tozalanadi. Qon ketish 300ml dan ko'p bo'lgan hollarda ham bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tekshirib ko'riladi. Platsenta chin birikishini platsentani bachadon devoridan jarrohlik yo'li bilan ajratish vaqtida bilinadi. Platsentaning qisman chin birikishida uning bir qismi ko'chganligi uchun qon ketish kuzatiladi. To'liq zich birikishida qon ketish kuzatilmaydi.

Tug'ruqning uchinchi davrida qon ketish kuzatilmasa, platsenta ajralish belgilari kuzatilmasa hamma ayollarda platsenta qo'l yordamida ajratiladi.

Platsenta ajralishining ushlanib qolishi

Platsenta ajralishining ushlanib qolishida qon ketmasligi mumkin. Agar yo'ldosh ko'rinayotgan bo'lsa, ayolga kuchanib uni itarishini so'rang. Agar qinda yo'ldosh borligini sezsangiz uni olib tashlang.

Siydik pufagi bo'shlig'iga ishonch hosil qiling. Zaruriyatga qarab, siydik pufagini kateterizatsiya qiling.

Agar yo'ldosh ajralmagan bo'lsa, III davrni aktiv olib borilganda hali ishlatilmagan bo'lsa, 10 birlik oksitotsinni m/o ga yuboring.

Ergometrinni ishlatmang, chunki bu preparat bachadonning tonik qisqarishlariga va yo'ldoshning ushlanib qolishiga olib keladi. Agar oksitotsin bilan olib borilgan stimulyasiyadan 30 daqiqadan so'ng yo'ldosh ajralmasa, bachadon qisqargan bo'lsa, u holda kindik tizimchasini nazoratli tortish yo'lidan foydalaning.

Eslatma: Kindik tizimchasini qattiq tortishdan va bachadon tubiga qattiq bosishdan ehtiyot bo'ling, chunki bunday harakatlaringiz bachadonning ag'darilib qolishiga olib keladi. Agar kindik tizimchasini nazoratli tortish foyda bermasa, u holda platsentani qo'l bilan ajratishga kirishing (22.2.-rasm).

Yo'ldoshni qo'l yordamida olib tashlash.

Ko'rsatmalarni baholang.

Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling va t/i ga suyuqlik quyishni boshlang.

- Ruhan qo'llab-quvvatlang. Diazepam v/i ga ohista yuboring yoki ketamin quyung.
- Oldini oluvchi antibiotiklarning bir martalik miqdorini belgilang
- Ampitsillin v/i 2g+metronidazol v/i 500 mg;
- Yoki sefazolin v/i 1g+metronidazol v/i 500 mg

• Kindikni qisqichda ushlab turing. Polga parallel joylashgunga qadar kindikni ehtiyotkorlik bilan torting.

• Zararsizlantirilgan qo'lqop kiyib, qo'lingizni qinga kiriting va kindik bo'ylab uni bachadon ichiga olib boring.

• Kindikni qo'yib yuboring va bachadon ag'darilishining oldini olish, bachadon tubini ushlab qolish va yo'ldoshni olib tashlashda bog'lamlarini chetga surish uchun ikkinchi qo'lingizni ona qorniga qo'ying.

Eslatma: Agar bachadon ag'darilishi ro'y bersa, uni ortiga qaytaring.

Kindik tarafidan yo'ldosh cheti aniqlanguncha barmog'ingizni ilgarilab boring.

Kindik uzilishi sodir bo'lsa, qo'lingizni bachadon bo'shlig'iga kiriting. Yo'ldosh va bachadon o'rtasidagi chegarani aniqlash uchun bachadonning ichki bo'shlig'ini tekshirib ko'ring.

O'rnashgan joyidan platsentani ajrating, yo'ldosh va bachadon devori o'rtasida bo'shliq hosil qilish uchun barmoqlaringizni zich tuting va kaftingiz yonlarini ishlatib.

Platsentaning hamma qismlari bachadon devoridan ajralguncha, u birikkan joy sohasida asta-sekin muolaja o'tkazing.

Agar platsenta barmoqlaringizning xushyorlik bilan arraga o'xshash harakati oqibatida bachadon ustki qavatidan ajralmayotgan bo'lsa, platsenta bachadonga o'sib kirganligini faraz qiling va laparotomiya yoki subtotal gisterektomiya o'tkazing.

Platsentani ushlang va asta-sekin qo'lingizni yo'ldosh bilan birga bachadondan chiqarib oling (22.2.-rasm)

Boshqa qo'lingiz bilan bachadonni qovdan uzoqlashtirishni amalga oshirishni davom eting, bachadondan chiqayotgan qo'lning harakatiga qarama-qarshi yo'nalishda harakatlantiring.

Qo'lni bachadon bo'shlig'idan chiqarib olish

Bachadon bo'shlig'i ichki yuzasini tekshiring va yo'ldoshning hamma to'qimalari olib tashlanganiga amin bo'ling.

Oksitotsin v/i 20 birl, 1 litr eritmada (fiz. eritma yoki Ringer laktati) 1 daqiqada 60 tomchi tezlikda yuboring.

Bachadonning tonik urishini amalga oshirish uchun, yordamchidan bachadon tubini tashqaridan massaj qilishni so'rang.

Davomiy ko'p qon ketishi kuzatilsa, ergometrin m/i 0,2mg yoki prostaglandin yuboring.

Platsentaning bachadon yuzasini tekshiring va uning to'liqligiga amin bo'ling. Agar platsenta to'qimalaridan biri qolib ketgan bo'lsa, ularni olib tashlash uchun bachadon bo'shlig'ini tekshiring.

Ayolning tug'ruq yo'llarini diqqat bilan ko'rib chiqing va bachadon bo'yni, qin yoki oraliqni epiziotomiyadan keyin to'liqligini tiklang.

Muammolar.

• Agar yo'ldosh ushlanib qolishi kontraksiyon halqa sababli vujudga kelsa, yoki tuqqanidan keyin bir necha soat yoki kun o'tgan bo'lsa, qo'lni bachadon

bo'shlig'iga kiritish imkoni bo'lmay qolishi mumkin. Yo'ldosh qismlarini ikki barmog'ingiz, to'mtoq qisqich yoki katta kyuretka yordamida olib tashlang.

Muolajadan keyingi parvarish.

Tinchlantirish uchun belgilangan v/i dorilari ta'siri o'tguncha ayolni diqqat bilan kuzating.

Ayol hayotiy faoliyatlarini (tomir urishi, qon bosimi, nafas olishi) kelgusi 6 soat ichida yoki me'yoriga kelguncha har 30 daqiqada o'lchab, uni kuzating Bachadon qisqarganligiga amin bo'lish uchun uning tubini paypaslang.

Ortiqcha oqmalar chiqishini nazorat qiling.

Vena ichiga suyuqlik yuborishni davom eting.

Zaruriyat tug'lsa, qon quyishni amalga oshiring.

Eslatma: Agar to'qimalar juda qattiq yopishib qolgan bo'lsa, bunday holat yo'ldoshning chin yopishib qolishi deb ataladi. Qiyin ajralayotgan yo'ldoshni ajratish harakatlari ko'p qon ketib qolishiga yoki bachadonning perforatsiyasiga olib keladi. Bunday asoratlarni gisterektomiya qilish zarur bo'ladi.

Platsentaning zich va chin birikish etiologiyasi va patogenezini 3 guruhga bo'lish mumkin:

Homilador ayol organizmining holati, endometriy va miometriydagi struktur-morfologik o'zgarishlarga bog'liq.

Xorion vorsinkalari gialuronidaza fermentining aktivligiga bog'liq.

Yuqoridagi ikkala omilning birga kelishi.

Platsenta chin birikishini platsentani bachadon devoridan jarrohlik yo'li bilan ajratish vaqtida bilinadi. Platsentaning qisman chin birikishida uning bir qismi ko'chganligi uchun qon ketish kuzatiladi, to'liq zich birikishida majburiy ajratish usullari qo'llanilmasa, kuch ishlatilmasa qon ketish kuzatilmaydi. Platsentani to'liq ajratish iloji bo'lmasa, gemotransfuziyani boshlab bachadonni olib tashlash jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi.

Agar qon ketishi davom etaversa, krovat oldi testidan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi ajrilmalarning hidi sassiq) xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring.

22.2. TUG'RUQDAN KEYIN ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISHI

Tug'ruqdan keyingi ilk davrlarida qon ketish sabablari (4 T):

Yo'ldosh qismlari qolib ketishi (T -To'qima)

Tug'ruq yo'llari jarohatlari (T-Travma)

Gipo- va atonik qon ketishi (T-tonus)

Koagulopatik qon ketishi – TIQI (T-tromb)

Tug'ruqdan keyingi davrda 500 ml dan ortiq qon ketishi tug'ruqdan keyin qon ketish (TKQK) deb qabul qilingan. Lekin bunda muammolar tug'iladi:

odatda yo'qotilgan qon miqdorini ko'pincha kamaytirib baholanadi, ba'zi hollarda asl yo'qotilgan qonning yarmi ko'rsatiladi. Qon amniotik suyuqlik yoki

siydik bilan aralashib ketishi mumkin. U tamponlarga, sochiq, choyshablarga, lotok va polga tushishi mumkin;

aniq yo'qotilgan qon hajmi ayol gemoglobniining aslidagi miqdoriga bog'liq. Gemoglobini normal ayollar qon ketishiga bardoshli, kamqon ayollarda esa bu holat havfli oqibatlariga olib keladi, qon ketishi sekin-astalik bilan bir necha soatlab davom etishi, bu holat sezilmasligi va ayol birdaniga shok holatiga tushib qolishi mumkin.

Anemiya bo'lmagan hatto sog'lom ayollarda ham kuchli qon ketish boshlanishi mumkin.

Ayollarda TKQK havf omillarini antenatal davrda har doim ham baholab bo'lmaydi. Barcha ayollarda III davrni faol olib borish bachadon atoniyasining oldini olib, qon ketishini kamaytiradi. Hamma tug'ayottan ayollar TKQKn aniqlash uchun qattiq kuzatuvda bo'lishlari kerak.

Muammolar.

- Tug'ruqdan keyin birinchi 24 soat ichida qindan qon ketishining ko'payishi (erta TKQK).

- Tug'ruqdan 24 soatdan keyin qindan qon ketishining ko'payishi (kech TKQK).

Qon ketishining sekin davom etishi va birdaniga ketishi zudlik bilan tadbirlar olib borishni talab qiladi. Aralashuvlarni darhol va faol olib borish zarur.

Gipotonix qon ketishni keltirib chiqaruvchi sabablar:

1. Uzoq davom etgan og'riqli tug'ruq natijasida organizm va MNS charchashi.

2. Homiladorlikning 2 yarmi gipertenziya holatlari, gipertoniya kasalligi

3. Bachadon anatomik nuqsonlari: bachadon rivojlanish nuqsonlari, bachadon miomasi, o'tkazilgan yallig'lanish kasalliklari, ko'p sonli abortlar.

4. Bachadonning funksional yetishmovchiligi: ko'p suvlik, ko'p homilalik natijasida bachadonning haddan tashqari cho'zilishi

5. Platsentaning oldinda kelishi yoki past joylashishi

Asosiy davolash

- YORDAMGA CHAQIRING. Bo'sh xodimlarning hammasini jalb qiling.

- Ayolning ahvoliga baho berish uchun asosiy ko'rsatmalarni, yashash uchun zarur funksiyalar faoliyatini tezlik bilan baholang. (puls, arterial qon bosimi, nafas olishi, tana harorati).

- Agar shok taxmin qilinsa, uni darhol davolashga kirishing. Shokning belgilari hali ko'rinmasa ham ahvoli tez og'irlashib qolishini hisobga olib, ayolning ahvolini kelgusida baholashda uni yodda tuting. Agar shok rivojlanayotgan bo'lsa, davolashni zudlik bilan boshlash zarur (22.1.-jadval).

- Bachadonning yaxshi qisqarishi uchun xalaqit beradigan qon va qon laxtalarini olib tashlash uchun bachadonni tashqaridan massaj qiling, ular bachadon qisqarishini sekinlashtiradi.

- 10 birlik oksitotsinni m/oga yuboring.

- t/iga eritmalar yuborishni boshlang.

- Siydix pufagini kateterizatsiya qiling.

**Yo'ldosh ajralishi bilan TKQQ bemorlarda o'tkaziladigan chora-tadbirlar
(yuqori darajali tug'ruqqa yordam muassasalariga)**

Ta'minlang:	Qo'llang:
Bachadon qisqarishini	Massaj. Bachadonni bimanual kompressiyasi, agar zarur bo'lsa, oksitotsin qayta yuborish
Siydik qopini bo'shating	doimiy kateter
Qon aylanish hajmini	
Infeksiyadan himoya	Keng ko'lamdagi antibiotiklar
Holatini kuzating	Teri qoplamlari rangini umumiy baholang, puls, qon bosimi, qon ketish hajmi, es-hushi darajasi
Bemorga issiq rejim	Ko'rpa
Aniq yozuvlar	Yozuvlar va jadvallar
Qon berishga tayyor qarindoshlarini chaqirish, (ayolga qarindoshlari hamroh bo'lishlari kerak)	

Tug'ruqdan keyin qindan qon ketishining diagnostikasi

Mavjud simptomlar, boshqa simptom va belgilar	Ba'zida uchraydigan simptom va belgilar	Taxminiy tashxis
• ErtaTKQK • <u>Bachadon yumshoq qisqarmaydi</u> • ErtaTKQK	• Shok • Yo'ldosh butun Bachadon qisqargan	Bachadon atoniyasi Bachadon bo'yni, qin va oraliq yirtilishi
• Tug'ruqdan 30 daqiqadan so'ng yo'ldosh ajralmayapti • Yo'ldoshning onalik tomonida yetishmovchilik yoki pardasi yirtilgan joyda ochiq, qon tomirlar	• ErtaTKQK • Bachadon qisqargan • ErtaTKQK • Bachadon qisqargan	Yo'ldosh ajralishining kechikishi Yo'ldosh qismlarini ushlanib qolishi (yo'ldosh bo'lagining nuqsoni)
• Qorinni palpatsiya qilib bachadon tubini aniqlab bo'lmaydi • Yengil yoki kuchli og'riq	Qindan ko'rinib turgan bachadonning ag'darilib qolishi • ErtaTKQK	Bachadonning ag'darilib qolishi
• Tug'ruqdan so'ng 24 soatdan keyin qon ketishi • Bachadon yumshoq va muddatiga nisbatan katta	Turlicha tezlikda qo'lansa hidli qon ketishi (yengil va kuchli, davomli yoki nomuntazam) • Anemiya	Kechki TKQK
• ErtaTKQK (qorin bo'shlig'iga yoki <u>qin oraliq qon ketishi</u>)	• Shok • Qorin tarangligiga	Bachadon yoritilishi
• Qorinda kuchli og'riq (bachadon yoritilgandan so'ng kamayishi mumkin)	• Onada qon tomir urishi tezlashgan	

Yo'ldoshning ajralganiga va uning butunligi, qoldiqlar qolmaganiga ishonch hosil qiling.

Bachadon bo'ynini, qin va oraliqda yoriqlar, yirtiqlar yo'qligini tekshirib ko'ring. Temir preparatlarni (60 mg dan) folat kislota bilan (400 mkg)dan 1 marta 6 oy bering.

Qonni to'xtatib bo'lganingizdan keyin (qonni to'xtatgandan 24 soatdan keyin) anemiyasi borligini bilish uchun gemoglobin va gematokritga tekshiring:

* Agar gemoglobinning miqdori 70 g/l dan past yoki gematokrit 20% dan past bo'lsa: (anemiyaning og'ir darajasi) 3 oyga temir pretparatlarni (100 mg dan og'izga) folat kislota bilan (400mkg dan) kuniga 1 marta bering;

3 oydan so'ng temir preparat bilan (60 mg dan) folat kislota (400 mkg dan) 1 martadan 6 oy berib muolajani davom ettiring.

* Agar gemoglobin miqdori 70 — 110 g/l bo'lsa, temir preparat bilan (60 mg dan) folat kislota (400 mkg dan) 1 martadan 6 oy bering.

Davolash.

Bachadon atoniyasi:

Atoniyali bachadon tug'ruqdan keyin qisqara olmaydi

• Bachadonni massaj qilishni davom ettiring

• Uterotonik preparatlardan birga yoki ketma -ket foydalaning (22.3.-jadval).

22.3.-jadval

Uterotonik preparatlardan foydalanish

* qonning ivishini krovat oldi testi bilan tekshirib ko'ring. Qonning sekin ivishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

	Oksitotsin	Ergometrin (metilergometrin)	15 metil - prostaglandin F2 α
Ishlatish yo'li va dozasi	V /iga: 1 eritmada 20 birlikni eritib, 1 daqiqada 60 tomchidan yuboring 10 birlik m/o	M/oga yoki v/iga (sekin-asta); 0,2 mg dan	M/oga: 0,25 mgdan
Ushlab turuvchi doza	V /iga: 1 eritmada 20 birlik oksitotsinni eritib, 1 daqiqada 40 tomchidan yuboring	M/oga 0,2mgdan har 15 daqiqada qaytaring Zaruriyatga qarab 0,2 mgdan m/o yoki v /i (sekin-asta) har 4 soatda	0,25 mg har 15 daqiqada
Maksimal doza	Tarkibida oksitotsin bo'lgan eritmani 3 l dan ortiq quymaslik	5 doza (umumiy dozasi 1,0 mg)	8 doza (umumiy doza 2 mg)
Ogohdantirish (Mone'liklar	v/iga shpris bilan yubormang	Preyeklampsiya, gipertenziya, yurak xastaliklari	Astma

* Olib borilayotgan tadbirlarga qaramay qon to'xtamasa:

* bachadonni ikki qo'llab bosing (22.3.-rasm):

steril qo'lqoplarni kiyib, bir qo'lni musht qilib, qin ichiga kiriting.

mushtni oldingi gumbazga qo'ying va u bilan bachadonning oldingi

devoriga bosing;

boshqa qo'l bilan qorin tomondan bachadonning orqa devoriga kuch ishlatib bosing;

* bachadon qisqarishni boshlamaguncha va qon to'xtamaguncha bosishni davom ettiring.

* Shunday yo'l bilan aortani ham qisish mumkin (22.4.-rasm).

• Qo'lni musht qilgan holda pastga qarab qorinning oldingi devoridan bosing;

• Bosish nuqtasi kindikdan yuqori va chaproqda;

• Aortani pulsatsiyasini tug'ruqdan keyingi erta davrda qorinning oldingi devoridan paypaslab bilish mumkin;

• Boshqa qo'lingiz bilan yaxshi bosganingizni aniqlash uchun

a. Femoralis ni pulsatsiyasini tekshirib ko'ring.

Agar bosganingizda puls paypatlansa, musht bilan bosganingiz yetarli emas;

Agar puls paypatlanmasa, yetarli;

• Qon to'xtamaguncha musht bilan bosishni davom ettiring;

• Agar bosishingizga qaramay, qon ketishi davom etaversa:

• bachadon va bachadon — tuxumdon arteriyalarini boylang.

• agar boylaganingizdan keyin ham hayot uchun xavfli qon ketishi davom etsa, u holda subtotal gisterektomiya qiling.

Bachadon bo'yni, qin va oraliqning yirtilishi.

Tug'ruq kanalining yirtilishi TKQKda ikkinchi asosiy sababdir. Ular ko'pincha bachadon atoniyasi bilan birga keladi. Bachadon qisqarganda tug'ruqdan keyin qon ketishi odatda bachadon bo'yni yoki qinning yoriqlari yirtilishi tufayli bo'ladi.

Ayolni sinchiklab tekshiring va bachadon bo'yni va qin,oraliqlarning yoriqlarini tixlang.

Agar qon ketishi davom etaversa, krovat yonidagi testdan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Yo'ldosh qismlarining ushlanib qolishi.

Yo'ldosh qismlari ushlanib qolganda qon ketish kuzatilmazligi mumkin.



22.4.-rasm. Aortani bosish va a.femoralisda pulsatsiyani aniqlash.

Yo'ldosh qismlari — bitta yoki undan ortiq bo'laklari bachadon ichida ushlanib qolsa, bu uning yaxshi qisqarishiga to'sqinlik qiladi.

Bachadon bo'shlig'ini yaxshilab, bo'laklari qolib ketganini ko'rishga tekshiring. Bachadonni qo'l bilan tekshirish texnikasi yo'ldoshning ushlanib qolishida bajariladiganga o'xshash bo'ladi.

Yo'ldosh fragmentlarini qo'l, qorindagi kornsang yoki katta kyuretk bilan olib tashlang.

Eslatma: Agar to'qima juda qattiq yopishgan bo'lsa, bu yo'ldoshning chin yopishib qolishi hisoblanadi. Qiyin ajralayotgan yo'ldoshni ajratish harakatlari ko'p qon ketib qolishiga yoki bachadonning perforatsiyasiga olib keladi. Bunday asoratlarda gisterektomiya qilish zarur bo'ladi.

• Agar qon ketishi davom etaversa, krovat oldi testidan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Bachadonning ag'darilib qolishi

Yo'ldosh ajralayotgan vaqtda bachadon ichidan tashqariga ag'darilib qolsa, bachadonning ag'darilib qolishi deyiladi. Bachadonning repozitsiyasi darhol bajarilishi lozim. Vaqt o'tishi bilan ag'darilib qolgan bachadon atrofidagi aylana taranglashib, bachadonning ichi esa qonga to'lib qolishi mumkin.

Eslatma: Bachadonning ag'darilib qolishini korreksiya qilmaguncha, uterotoniklar ishlatmang.

Agar qon ketishi davom etaversa, krovat oddi testidan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Bachadonni korreksiya qilib bo'lgandan so'ng, antibiotiklar yuboring.

* ampitsillin 2 g v/iga va metronidazol 500 mg v/iga;

* yoki sefazolin 1 g v/iga va metronidazol 500 mg v/iga;

Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi ajramalarning hidi sassiq) xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring.

Agar nekrozga shubha qilsangiz, qin sohasidan gisterektomiya qiling. Bu ayolni maxsus markazga olib o'tishni talab etadi.

Tug'ruqdan keyin kech («ikkilamchi») qon ketishi

• Agar og'ir anemiya (gemoglobin 70 g/l yoki gematokrit 20% past) bo'lsa qon quyung va temir preparatlarini va folat kislota bering.

• Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi ajramalarning hidi sassiq) xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring. Kech yoki cho'zilgan TKQK metritning belgisi bo'lishi mumkin uterotoniklar o'bering.

Agar bachadon bo'yni ochiq bo'lsa, qo'l bilan bachadonni tekshirib, bo'shliqdan qon laxtalari va yo'ldoshning fragmentlarini olib tashlang. Bachadonni qo'l bilan tekshirish texnikasi yo'ldoshning ushlanib qolishidagi kabi bajariladi.

Agar bachadon bo'yni o'z holiga qaytgan bo'lsa, unda bachadon bo'shlig'idagi yo'ldoshning qoldiqlarini evakuatsiya qiling.

Ba'zi hollarda qon ketishi davom etsa, bachadon va bachadon-tuxumdon arteriyalarini boylang yoki gisterektomiya qiling.

Trofoblastik kasallikni yo'qligini tekshirish uchun iloji bo'lsa, bachadon ichidan qirib olingan narsalarni yoki gisterektomiya qilingan materialni gistologik tekshiruvga bering.

Amaliy ko'nikmalar:

1. YO'LDOSHNI QO'L BILAN AJRATISH

Tayyorgarlik.

1. Kerakli asboblarni tayyorlash.
2. Bemorga muolaja haqida tushuntiring. Uni daqqat bilan eshiting, savollariga javob bering, uni tinchlantiring.
3. Butun muolaja vaqtida bemorni emotsional qo'llab- quvvatlang.
4. Bemordan siydik qopini bo'shatishni so'raymiz yoki unga kateter qo'yamiz.
5. Anesteziya qilamiz.
6. Antibiotik profilaktik dozasini yuboramiz.
7. Qo'lni yuvamiz yoki antiseptik eritma bilan qo'lni artamiz va sterillangan qo'lqop yoki chuqur dezinfeksiyalangan qo'lqop kiyamiz.

Muolaja.

1. Pintset bilan kindik halqasini ushlanadi va sekin uni tortiladi.
2. Bir qo'limizni bachadon bo'shlig'iga kiritamiz va yo'ldosh yopishgan joyini topamiz.
3. Ikkinchi qo'limizni qorin devoriga qo'yib kontraksiya qilib ushlaymiz.
4. Bachadondagi qo'limizni sekin-asta arrasimon harakatlar bilan yo'ldoshning yopishgan joylarini ko'chiramiz, bachadon devoridan yo'ldoshning hamma qismlari ajralmaguncha davom ettiramiz.
5. Bachadon bo'shlig'idan qo'limizni olamiz, bachadon tubini bosishni davom ettiramiz (kontraksiya).
6. Tomir ichiga oksitotsin yuboramiz.
7. Qon ketish profilaktikasi uchun bachadon tubini tashqi uqalaymiz.
8. Agar ko'p miqdorda qon ketsa, metil ergometrin mushak orasiga yoki prostaglandin yuboriladi.
9. Yo'ldosh ona tomonini yaxshilab ko'zdan kechiriladi, uning butunligiga ishonch hosil qilinadi.
10. Bachadon bo'yni va qinni ko'zdan kechiramiz.

Muolajadan keyin.

1. Qo'lqop yechishdan oldin ishlatilgan materiallarni konteyner yoki plastik qopga solinadi.
2. Ishlatilgan shpritslar va ignalarni teshilmaydigan konteynerga solinadi.
3. Qo'lqop yechiladi va 0,5% xlorli ohakka solinadi.

4. Qo'llar yaxshilab yuviladi, bachadon qisqarayotganligini kuzatamiz.
5. Tug'ruq tarixiga yoziladi.

2. BACHADON BO'SHLIG'INI QO'L BILAN TEKSHIRISH

1. Kerakli jihozlarni tayyorlang
2. Ayolga (va uning yaqinlariga) qilinadigan muolajani tushuntiring, unga diqqat bilan quloq soling, savollariga javob bering, tinchlantiring .
3. Ayoldan siydik qopini bo'shatishini so'rang yoki kateterlang .
4. Anesteziya qiling .
5. Antibiotikning profilaktik dozasini yuboring.

Muolaja

1. Qo'llarni yaxshilab yuvib yoki antiseptik eritma bilan ishlav berib steril yoki CHD qo'lqopni kiying.
2. Qorin oldi devoriga steril salftkani chap qo'l bilan qo'ying
3. Bir qo'l'ni bachadon bo'shlig'iga kiriting
4. Ikkinchi qo'lingiz bilan bachadon tubini qorin devori orqali ushlab oling.
5. Bachadon bo'shlig'idagi qo'l'ni sekinlik bilan arrasimon harakat qilib bachadon bo'shlig'idan yo'ldosh qoldiqlarini ajrating
6. Bachadon bo'shlig'idan yo'ldosh qoldiqlarini hammasi ajragandan so'ng qo'l'ni qon quyqalari va qoldiqlari bilan birga bachadon bo'shlig'idan chiqaring, bachadon tubini bosishni davom ettiring.
7. Tomir ichiga oksitotsin kiriting .
8. Qon ketishining profilaktikasi uchun bachadon tubini tashqi massaj qiling.
9. Agar ko'p miqdorda qon ketsa t/i metilergometrin yoki prostaglandinlar yuboring.
10. Ayolni ko'zguda ko'ring va bachadon bo'ynini yoki qinni barcha yirtilishlarini tixlang.

MUOLAJANI O'TKAZGANDAN KEYINGI VAZIFA.

1. Qo'lqoplarni yechishdan oldin ishlatilgan materiallarni teshilmaydigan konteynerga yoki plastik qopga tashlang.
2. Ishlatilgan shprits va ignalarni teshilmaydigan konteynerga tashlang.
3. Bir martalik qo'lqoplarni yeching va teshilmaydigan konteynerga tashlang, agar ular ko'p martalik bo'lsa 0,5% xlor eritmasiga solib qo'ying.
4. Qo'llarni yaxshilab yuving .
5. Qon ketishini kuzatib, ayolda hayotiy muhim a'zolar ko'rsatkichlarini aniqlang va bachadonni yaxshi qisqarganligiga ishonch hosil qiling .
6. Kasallik tarixiga yozib qo'ying .

3. QORIN AORTASINI BOSISH

1. Kindikdan ozgina chapga va yuqoriga qo'lingizni musht qilib qo'ying.
2. Qorin aortasini bevosita qorin devori orqali bosing.
3. Ikkinchi qo'l bilan a.femoralis(son arteriyasi)ni paypaslab bosilish darajasini aniqlang.

4. Qon ketishi to'xtaguncha bosishni davom ettiring, bachadon qisqarishini va vaginal qon ketishini kuzatib turing.

4. BACHADONNI BIMANUAL BOSISH

Tayyorgarlik.

1. Ayolga muolaja haqida tushuntiring, uni diqqat bilan eshiting.
2. Ayolni emotsional qo'llab- quvvatlang.
3. Individual himoya vositalarini kiying.

Bimanual bosish.

1. Qo'llarni yuving va chuqur zararsizlantirilgan dezinfeksiyalangan yoki steril qo'lqop kiying.

2. Tashqi jinsiy a'zo va oraliqni artib tozalang.

3. Bir qo'lingizni musht qilib qin oldingi gumbaziga kiriting va bachadon oldingi devorini bosing.

4. Boshqa qo'lingizni qorin ustidan bachadonni orqasidan ushlang, qorinni shunday bosingki, bachadon orqa devorini simfiz tomonga itaring.

5. Qon ketish to'xtaguncha va bachadon qisqarguncha davom ettiring.

Muolajadan keyin.

1. Qo'lqop yechishdan oldin ishlatilgan materiallarni konteyner yoki plastik qopga solinadi.

2. Qo'lni yaxshilab yuving.

3. Qindan qon ketishi va ayolning hayot ko'rsatkichlarini kuzating, bachadon yaxshi qisqarganligiga ishonch hosil qiling.

Masalalar.

1. Homilador ayol 21 yosh, birinchi tug'ruq, tuqqandan so'ng 15 daqiqadan keyin yo'ldosh ajraldi va tug'ildi. Parda va ho'laklari hammasi butun. Qon ketish kuzatildi.

I. Qon ketishning sababi nima hisoblanadi?

A. Bachadon gipotoniyasi.

B. Normal yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi.

V. Tug'ruq jarohati.

G. Klitor varikoz kengaygan venalarining yorilishi.

D. Yo'ldoshning defekti.

2. Birinchi homilador ayol tug'ruqni ikkinchi davrida keldi. Yo'ldosh tug'ilgandan so'ng qon ketish kuzatildi. Qon ketishning sababi nima hisoblanadi?

A. Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimasining yirtilishi.

B. Platsentaning pastda joylashishi.

V. Qon ivish tizimining buzilishi.

G. Yo'ldosh defekti.

D. Bachadon gipotoniyasi.

3. 29 yoshli homilador ayolda shiddatli tug'ruq bo'ldi. Uchinchi davridan keyin ko'p qon ketish kuzatildi. Yo'ldosh va yumshoq to'qimalari butun. Uterotoniklar yuborildi, qon ketish davom etayapti.

I. Qanday tashxis qo'yasiz?

- A. Bachadon atoniyasi.
- B. Bachadon gipotoniyasi.
- V. Klitor yorilishi.
- G. Qin orqa devori yorilishi.
- D. Bachadon yorilishi.

II. Keyingi sizning taktikangiz?

- A. Bachadonni musht bilan massaji.
- B. Amputatsiya.
- V. Ekstirpatsiya.
- G. Parametriyni klemmalash.
- D. Bachadon bo'yni yirtig'ini tikish.

4. 30 yoshli I. ismli homilador ayol tug'ruqxonaga II davr oxirida keltirildi. Anamnezida I tug'ruq va 4 sun'iy abort, oxirigisi bachadon devorlarini qayta qirish bilan asoratlangan. Ushbu homiladorlik 6. I soatdan so'ng tirik yetilgan qiz tug'ildi, vazni 3500, uzunligi 50 sm, Apgar shkalasi bo'yicha 8/9 ball. III davrda yo'ldosh ajralish belgilari bo'lmasdan, qon ketish kuzatilganligi sababli bachadon bo'shlig'i va devorlari qo'l bilan tekshirildi va platsentaning qisman chin o'sganligi aniqlandi.

I. Sizning tashxisingiz?

- A. Platsentaning o'sib kirishi.
- B. Bachadon atoniyasi.
- V. Bachadon gipotoniyasi.
- G. Platsenta defekti.
- D. Koagulopatik qon ketish.

II. Olib borish taktikangiz:

- A. Amputatsiya.
- B. Ekstirpatsiya.
- V. Aortani musht bilan bosish.
- G. Konservativ olib borish.
- D. Spazmolitiklar.

5. A. ismli homilador ayol akusherlik klinikasiga faol kuchaniqlar bilan keltirildi. 4 ta homiladorlik bo'lgan, 1 ta normal tug'ruq bilan yakunlangan, qolganlari abort. Tug'ruqxonaga kelgandan 30 daq. dan so'ng yetilgan tirik o'g'il tug'ildi, vazni 4200. 30 daq. ichida platsentaning ko'chish belgilari yo'q. Qon ketish yo'q.

I. Taxminiy tashxis?

A. Platsentaning zich yopishishi.

B. Yo'ldoshning qisilishi.

V. Bachadon gipotoniyasi.

G. Bachadon yorilishi.

D. Bachadon atoniyasi.

II. Keyingi taktika?

A. Bachadon amputatsiyasi.

B. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish.

V. Uterotoniklar yuborish.

G. Tug'ruqdan keyingi palataga ko'chirish.

D. Qorin pastiga muz va yuk qo'yish.

6. Homilador ayol tug'ruqning uchinchi davrida, tug'ruq 10 daq. oldin bo'lib o'tdi. Yetilgan tirik o'g'il tug'ildi, 3700. Chukalov-Kyustner belgisi musbat. Qindan to'q qonli ajralma kam miqdorda kelayapti.

I. Nima qilish kerak?

a. Metilergometrin yuborish.

b. Yo'ldoshning mustaqil tug'ilishini kutish.

v. Yo'ldoshni qo'l bilan ajratib olish.

g. Tashqi usullar bilan yo'ldoshni tug'dirib olish.

d. Qorin pastiga muz qo'yish.

7. 30 yoshli qayta tug'uvchi tibbiyot markazida yetilgan tirik chaqaloq tuqqan, vazni 4,2 kg. Bola tug'ilgandan so'ng unga 0,2 mg Ergometrin yuborilgan. Platsenta 5 daq. dan so'ng asoratsiz ajraldi, qon ketish to'xtamadi. Tomir urishi daq. 88ta., AQB 110/80 mm.sim.ust. Bachadon qisqargan va qattiq. Platsenta hutun.

I. Taxminiy tashxis.

A. Tug'ruq yo'llari yirtilishi.

B. Gipotonik qon ketishi.

V. Koagulopatik qon ketishi.

G. Bachadonning yorilishi.

D. Yo'ldosh qismlarining bachadonda qolishi.

II. Shifokor taktikasi.

A. Metilergometrin yuborish.

B. Yo'ldoshning mustaqil tug'ilishini kutish.

V. Yo'ldoshni qo'l bilan ajratib olish.

G. Tashqi usullar bilan yo'ldoshni tug'dirib olish.

D. Tug'ruq yo'llarini ko'rib tekshirish, yirtilgan a'zolari choklash.

8. 34 yoshli V. ismli homilador ayol tug'ruqxonaga tug'ruqning 1 davrida keltirildi. Mazkur homiladorlik uchinchisi, asoratsiz kechgan. Birinchi 2 ta homiladorlik abort bilan yakunlangan. Tug'ruqxonaga kelgandan 3soatdan so'ng

tirix yetilgan qiz tug'ildi. Bola tug'ilgandan 10daq. dan so'ng kuchaniqsimon og'riqlar paydo bo'ldi, bir vaqtning o'zida 400ml qon ketdi. Bachadon kindik sohasida sharsimon. Platsentaning ko'chish belgilari musbat.

I. Tashxis?

- A. Yo'ldosh qisilishi.
- B. Platsentaning zich yopishishi.
- V. Bachadon gipotoniyasi.
- G. Bachadon yorilishi.
- D. Bachadon atoniyasi.

II. Olib borish taktikasi.

- A. Oksitotsin yuborish.
- B. Uterotoniklar yuborish.
- V. Narkoz.
- G. Bachadon amputatsiyasi.
- D. Yo'ldoshni qo'l bilan ajratish.

9. K.ismli 26 yoshli homilador ayol tez yordam mashinasida tug'ruqning 2 davrida tug'ruqxonaga keltirildi. 15 daq. dan so'ng tug'ruq sodir bo'ldi. Tug'ruqdan 10 daq. keyin tug'ruq yo'llarida ko'p qon ketish kuzatildi. Bachadon zich, dumaloq shaklda. Platsentaning ajralish belgilari manfiy. Qon ketish miqdori 400ml va davom etmoqda.

I. Taktika:

- A. Oksitotsin yuborish.
- B. Bachadon tashqi massaji.
- V. Yo'ldoshni qo'l bilan ko'chirish va ajratish.
- G. Siydix pufagini kateterlash.
- D. Qorin pastiga muz qo'yish.

II. Asoratni keltirib chiqargan sabab nima?

- A. Tug'ruqdan oldin suv ketishi.
- B. Tug'ruqning 3- davrining noratsional olib borilishi.
- V. Tug'ruqda spazmolitik qo'llash.
- G. Ko'p marta qin tekshirish o'tkazish.
- D. Homila yuragini tez-tez eshitish.

10. Tug'ruqdan keyin erta chilla davri. Qon ketishi 250 ml, qon ketishi davom qilayapti. Bachadon tubi kindik sohasida, yumshoq. Tashqi massajdan keyin bachadon qisqardi, lekin yana bo'shashdi. Ketgan qon miqdori 400 ml, ayolning rangi oqargan, boshi aylanayapi. AQ/b- 90/50 mm sim. ust., puls daq. 100 marta.

A. Tashxis.

- A. Bachadon gipotoniyasi.
- B. Bachadon atoniyasi.

- V. Tug'ruq yo'llari jarohati.
- G. Bachadon yorilishi.
- D. Koagulopatik qon ketishi.

Taktika.

- A. Bachadon ichini qo'l bilan tekshirish.
- B. Bachadon tashqi massajini davom qilish.
- V. Bachadonni qisqartiruvchi dorilar yuborish.
- G. Siydik qopini kateterlash.
- D. Qorin pastiga muz qo'yish.

12. Birinchi homilador ayol tug'ruqning ikkinchi davrida keldi. Yo'ldosh tug'ilgandan so'ng qon ketish kuzatildi.

- A. Qon ketishning sababi nima hisoblanadi?
- A. Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimasining yirtilishi.
- B. Platsentaning pastda joylashishi.
- V. Qon ivish tizimining buzilishi.
- G. Yo'ldosh defekti.
- D. Bachadon gipotoniyasi.
- B. Tuqqan ayolda oraliqning III darajali yirtilishi. Taktikangiz?
- A. Oraliqni tikish.
- B. Laparotomiya.
- V. Gemotransfuziya.
- G. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish.
- D. Gisteroskopiya.

O'rgatuvchi testlar:

1. "Akusherlikda qon ketish" tushunchasiga nima kiradi?

Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishida paydo bo'ladigan qon ketishi.

Yo'ldosh oldinda kelishida paydo bo'ladigan qon ketishi.

Tug'ruqning 3-davrida va erta chilla davrida qon ketishi.

2. Yo'ldosh va qismlarining bachadon ichida qolib ketganida qo'llaniladigan choralar?

Bachadonni qisqartiruvchi vositalar in'eksiyasi.

Yo'ldoshni Abuladze, Krede-Lazarevich usuli bo'yicha tug'dirib olish.

Yo'ldoshni qo'l bilan ajratish va olish.

3. Yo'ldosh qattiq birikishning 3 ta sababini ko'rsating:

Yallig'lanish, chandiqli o'zgarishlar, o'smalar, rivojlanish nuqsonlari tufayli bachadon devorining o'zgarishi.

Yo'ldoshdagi o'zgarish, surunkali infeksiya, toksikozlar, muddatidan o'tgan homiladorlik.

Xorion fermentativ xususiyatining buzilishi.

4. Yo'ldosh patologik yopishganida qanday muolaja o'tkazish zarur:

Yo'ldoshni qo'l bilan ko'chirish va ajratish.

Chin va to'la birikkan yo'ldoshda laparotomiya qilib bachadonni olib tashlash.

Bir vaqtning o'zida anemiyaga qarshi chora-tadbirlarni olib borish.

5. Tug'ruqni 3-va ilk chilla davrida qon ketishining 4 ta sababini ayting:

Bachadon bo'shlig'ida yo'ldosh qismlarining qolib ketishi.

Bachadon gipotoniyasi.

Bachadon atoniyasi.

Tug'ruq yo'li yumshoq to'qimalari jarohati.

6. Bachadon gipo - va atoniyasini keltirib chiqaruvchi 5-ta sababini ko'rsating:

MNS va organizmning toliqishi, tug'ruq faoliyatining sustligi.

Homiladorlik toksikozlari.

Bachadonning anatomik yetishmovchiligi: rivojlanish anomaliyalari, miomalar, bachadon chandiqlari va boshqalar.

Bachadonning funksional yetishmovchiligi: bachadonning cho'zilib ketishi (yirik homila, ko'p suvlilik).

Bolalik joyining oldinda yoki pastda joylashuvi.

7. Bachadon gipotoniyasining 4-ta belgisini ko'rsating:

Bachadondan qon bir to'xtab, bir ketadi.

Paypaslaganda bachadon kattalashgan, bo'shashgan.

Bachadon mexanik, termik va medikamentoz ta'sirga javob beradi.

Tashqi massajda ozgina qisqaradi, so'ngra yana bo'shashadi.

8. Qon ketishini to'xtatish uchun qanday 5 ta muolaja qilish zarur:

Siydik pufagini kateter bilan bo'shatish.

Bachadonni tashqi massaj qilish.

Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish va musht ustida massaj qilish.

Bachadonni qisqartiruvchi vositalar qilish.

O'tkazilgan terapiya yordam bermasa, laparotomiya-bachadon tomirlarini bog'lash, bachadon amputatsiyasi yoki ekstirpatsiyasi.

9. Qon ketish kuchi qanday 3 sababga bog'liq, normada qancha bo'lishi kerak?

Yo'ldosh ko'chgan qismi hajmiga.

Yo'ldoshning birikkan joyiga.

Ketgan qon tana og'irligining 0,5% dan oshmasligi kerak.

10. Yo'ldosh chin yopishishining 3 turini ayting?

Platsenta acreta.

Platsenta increta.

Platsenta percreta.

11. Tug'ruqning III va ilk chilla davri patologiyasi sabablarining 3 asosiy guruhini ayting?

Bachadon mushak va nerv elementlaridagi distrofik o'zgarishlar metabolizmining buzilishi va bachadon nuqsonli rivojlanganligi sababli uning qisqarish qobiliyatining buzilishi.

Shifokorning noto'g'ri, o'rinsiz harakatlari, uterotoniklarni dozasini ko'p berib yuborish, asossiz bachadonni tashqi massaj qilish.

Krede buyicha ajralmagan yo'ldoshni ajratishga urinish, yo'ldoshni chiqarish uchun kindikdan ushlab tortish.

Katta homila, egiz homila, ko'psuvlikda bachadonning cho'zilib ketganligi.

12. Ajralgan yo'ldoshning bachadonda siqilib qolganligining 3 belgisi?

Yo'ldosh ajralganlik belgilari mavjudligi.

Yo'ldoshni ajratish usullarini sanab bering.

Bachadon muskulaturasining uning pastki segmentida siqilib qolishi (qo'l bilan kirib bo'lmaydi).

13. Yo'ldosh patologik yopishishining 4 asosiy belgisini ayting.

Yo'ldosh ajralganlik belgilari bo'lmashligi.

Bachadon paypaslaganda gipotonik.

Bachadondan qon ketishi.

Yo'ldoshni ajratish usullari samarasiz.

14. Atonik qon ketishga nima xos?

Ko'p miqdorda qon ketishi.

Bachadon atonik.

Bachadon mexanik, medikamentoz va boshqa ta'sirlarga javob bermaydi.

15. Ilk chilla davrida patologik qon yo'qotilganda 3 tadbirni ayting:

Uterotonik vositalarni qo'llash.

Bachadon ichini qo'l bilan tekshirish va bachadonni mushtumda uqalash.

qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni tomirga yuborish.

16. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish, mushtda uqalash va uterotonik vositalar yuborishga qaramasdan bachadonni gipotonik qon ketish davom etsa, qanaqa 4 ketma – ket tadbirlar qo'llaniladi?

Jarrohlikka tayyorlov paytida, Raksheyev bo'yicha klemma qo'yish.

Bachadon bo'yini elektrostimulyatsiya qilish (apparat mavjud bo'lsa).

3 juft magistral tomirlarni bog'lash.

Bachadon amputatsiyasi yoki ekstirpatsiyasi.

17. Qon yo'qotish miqdorini aniqlashning 5 usulini ayting?

Jinsiy yo'llardan chiqayotgan qon, idishga yig'ib hajmini aniqlash usullari.

Qon shimdirilgan tagliklarni o'lchash.

Ayol vazniga nisbatan foizda o'lchash usuli.

Vena qoni va plazmaning nisbiy og'irligini aniqlash.

Spektrofotometrik.

18. Qon yo'qotganda qanaqa 2 klinik holat rivojlanadi:

Kompensatsiya holati.

Dekompensatsiya holati.

19. Organizmni kompensatsiya bilan ta'minlovchi 4 mexanizmini ayting:

Suyuqlikni to'qimalardan tomir ichiga oqib tushishi.

Yig'ilgan qonni taloq, jigar, bachadon va boshqa organlardan mobilizatsiyasi

Tomirlarning faol qisqarishi – spazm.

Yurak ishining o'zgarishi (tezlashish, daqiqa hajmining o'zgarishi).

20. Qon yo'qotishda organizmni kompensatsiya mexanizimi pasayishiga olib keluvchi 6 omilini sanab o'ting?

Jismoniy va psixik zo'riqish.

Sovuq qotish.

Homiladorlikdagi gipertenziya holatlari.

Tug'ruq jarohati.

Og'riqning ta'siri.

Oziqlanishning buzilishi.

21. Qon ketishi bilan kurashishning 2 asosiy yo'nalishini ayting:

Qon ketishni to'xtatish;

bemorni gemorragik shokdan chiqarish.

22.3. AKUSHERLIKDA GEMORRAGIK SHOK

Maqsad. Gemorragik shok bosqichlari va unga qarshi kurash choralari, TTIQI -sindrom tushunchasi, davolash va oldini olish usullarini bilish.

Reja.

1. Akusherlikda qon ketishining uchrashi.
2. Patologik qon ketishining sabablari.
3. Gemorragik shok to'g'risida tushuncha.
4. Qon yo'qotishning og'irlik darajalari.
5. Gemorragik shok rivojlanishining bosqichlari va belgilari.
6. Gemorragik shokni tashxislash.
7. Tarqalgan tomirlar ichida qon ivish sindromi.
8. Davolash tamoyillari.

Har yili butun dunyoda 127000 ayol qon ketish sababli hayotdan ko'z yumadi. Bular onalar o'limining 25% ini tashkil etadi. Rossiyada onalar o'limining 42% - qon ketishlardan kelib chiqadi. Onalar o'limiga olib keladigan qon ketishlar ko'pincha gipertenziv sindromlar (58%) va ekstragenital patologiyasi sababli (59%) rivojlanadi. Shu bilan birga qon ketishi tug'ruq asoratlarning 25% ida yagona sabab bo'ladi.

22.3.1. Asosiy omillar

1. Oilaviy poliklinikada ayolning homiladorlik davrida yetarlicha texshirilmaganligi.

2. Ahvoli to'g'ri baholanmaganidan.

3. Intensiv terapiya yetarlicha ko'rsatilmagan.

Shuning uchun qon ketishlar profilaktikasi va intensiv davolanish akusherlikda dolzarb muammo deb hisoblanadi.

Fiziologik chilla davrida yo'ldosh maydonchasiga 150-200 bachadon spiral arteriyalari ochiladi. Shuning uchun yo'ldosh ko'chganida ayolda fiziologik qon ketishi kuzatiladi. Patologik qon ketmasligining sabablari bu bachadon

qisqarishi hisobiga «miotamponada» bo'lishi, va tomirlar qisqarishi, buralib qolishi, ularning ichida tromblar hosil bo'lishi hisobiga «trombotamponada» kuzatiladi.

22.3.2. Patologik qon ketishining sabablari

Akusherlik qon ketishlari ko'pincha tug'ruqning 3 davri va ilk chilla davrida kuzatiladi.

1. Yo'ldosh ajralish va tug'ilish jarayonining buzilishi
2. Bachadon gipotoniya
3. Tug'ruq yo'llari jarohatlari
4. Gemostaz tizimining buzilishi

Gemorragik shok - bu to'qimalar va barcha a'zolarining qon bilan ta'minlanishining keskin kamayishi, to'qimalarning kislorodga tanqisligi va modda almashuvining buzilishi. Gemorragik shok - bu organizmda ekstremal vaziyat hisoblanadigan va o'ta kuchli qon ketishidan keyin rivojlanadigan holat bo'lib, barcha hayotiy zarur a'zolar va tizimlarda patologik o'zgarishlar bilan ifodalanadi. O'tkir va mo'l qon ketishi natijasida aylanib yurgan qon hajmi tezda kamayishi, himoya mexanizmi dekompensatsiyasi yuz beradi.

Gemorragik shok rivojlanishiga 1500 ml dan ko'proq qon ketishi, yoki umumiy aylanayotgan qon hajmining 20% va bundan ko'pligi yoki 1kg tana vazniga 30 ml qon yo'qotilishi sabab bo'ladi.

22.3.3. Qon yo'qotishning og'irlik darajalari

1-darajasi - yo'qotilgan qon miqdori aylanayotgan qon hajmining 15 % igacha, klinik belgisi taxikardiya bo'ladi.

2-darajasi - ketgan qon miqdori 20-25 % ni tashkil etadi, klinik belgilari - taxikardiya va gipotenziya.

3-darajasi - ketgan qon miqdori 30-35 % ni tashkil etadi, klinik ko'rinishida taxikardiya, gipotenziya va oliguriya kuzatiladi.

4-darajasi - ketgan qon miqdori 35-40 % dan ziyod, klinik belgilari - taxikardiya, keskin gipotenziya, kollaps, bemorning hushidan ketishi. Bu holat hayotga o'ta xavfli bo'ladi.

22.3.4. Gemorragik shok rivojlanish bosqichlari

Ko'p miqdorda qon yo'qotish organizm uchun kuchli stress omili hisoblanadi va gipovolemiyaga olib keladi. Hayotiy zarur a'zolar (birinchi navbatda miya, yurak) gemodinamikasi turg'unligini ta'minlash uchun kuchli kompensator mexanizmi ishga tushadi: simpatik asab tizimi tonusi ortadi va qonda katekolaminlar ko'payishiga olib keladi. Qonga AKTG, ADG, aldosteron va glyukokortikoidlar ko'p miqdorda chiqadi, renin-angiotenzin tizimi faollashadi. Ruperiferik tomirlar vazokonstriksiyasiga olib keladi. Yurak faoliyati tezlashadi, qon aylanishining markazlashishi, to'qimalardan qon tomirlarga suyuqlik o'tishi va autogemodilyutsiya kuzatiladi. Periferik qon tomirlar spazmi

hisobiga arterio-venoz shuntlar ochiladi va organizmda suyuqlik ushlanib qoladi.

Qon aylanishining markazlashishiga olib keluvchi bu moslashuv mexanizmi qon bosimi va yurakning daqiqalik hajmini vaqtincha ushlab turadi, lekin organizm hayot faoliyati davomiyligini ta'minlay olmaydi. Qon ketishi davom etishi kompensator mexanizmlarining kamayishiga va interstitsial bo'shliqqa qon suyuq qismining chiqishi hisobiga qon quyilishi, reologiyatsining buzilishi, qon aylanishining keskin sekinlashuviga, sladj-sindromi rivojlanuviga olib keladi. Bularning barchasi chuqur to'qima gipoksiyasiga va asidoz rivojlanishiga olib keladi.

Qonda vazoaktiv metabolitlar yig'ilishi hisobiga qon ivish xususiyati buziladi va mayda qon tomirlarda tromblar hosil bo'ladi (tomirlar ichida tarqalgan qon ivish sindromi). Qon sekvestratsiyasi aylanuvchi qon hajmining kamayishiga olib keladi. Aylanuvchi qon hajmining keskin kamayishi hayotiy zarur a'zolarining qon bilan ta'minlanishi buzilishiga va poliorgan yetishmovchiligiga olib keladi. Koronar qon aylanishi pasayadi va bu yurak yetishmovchiligiga olib keladi. Ushbu patofiziologik o'zgarishlar gemorragik shok og'irligidan dalolat beradi.

22.3.5. Gemorragik shok klinikasi quyidagi bosqichlardan iborat:

I bosqich - kompensatsiyalangan shok (yo'qotilgan qon hajmi 800 - 1200 ml)

II dekompensatsiyalangan: qaytarib bo'ladigan (1200 - 2000 ml), qaytarib bo'lmaydigan (2000 dan ko'p)

I-bosqichida yo'qotilgan qon aylanuvchi qon hajmining 15-20 % ini tashkil etganda rivojlanadi. Bu bosqichda kompensatsiya katexolaminlar giperproduksiyasi hisobiga bo'ladi. Klinik ko'rinishida qon tomir faoliyatining funksional o'zgarishlari yuzaga keladi: teri qoplaminig va ko'rinarli shilliq qavatlarning rangparlashishi, taxikardiya (1 daqiqada 100 martagacha), qisman oliguriya, venoz gipotoniya. Arterial gipotoniya oz miqdorda yoki umuman bo'lmasligi mumkin.

II-bosqichida - yo'qotilgan qon miqdori aylanuvchi qon hajmining 30-35 % ini tashkil qilganda rivojlanadi va bunda qon aylanishining chuqur o'zgarishlari kuzatiladi. Arterial qon bosimi pasayadi. Miya, yurak, jigar, buyrak, o'pka, ichaklarning qon bilan ta'minlanishi buziladi. To'qimalar gipoksiyasi va asidozning aralash shakli rivojlanadi. Bundan tashqari, taxikardiya (1 daqiqada 120-130 marta), hansirash, teri qoplamlari rangsizlanishi fonida akrosianoz, sovuq ter, bezovtalanish, oliguriya (30 ml/soat dan past), yurak tovushlarining pasayishi, markaziy venoz bosimi pasayishi kuzatiladi. Bu holatda yetarli darajada yordam ko'rsatilsa, shokni qaytarsa bo'ladi. Lekin yo'qotilgan qon aylanuvchi qon hajmining 50 % (40-60 %) tashkil etganda shokning qaytmas bosqichi kuzatiladi. Mikrosirkulyatsiya buzilishi davom etishi natijasida kapillyarostaz, plazma yo'qotish, qon shaklli elementlarining agregatsiyasi, metabolik asidoz o'sishi davom etadi. Sistolik arterial bosimi juda ham pasayadi.

Puls I daqiqada 140 dan oshadi. Teri qoplami oqaradi yoki marmarsimon bo'ladi, sovuq ter, oyoq-qo'llar keskin sovuqlashadi, anuriya, hushini yo'qotadi. Gematokrit ko'rsatkichining oshishi va plazma hajmining kamayishi shok terminal bosqichining asosiy belgilaridan hisoblanadi.

Akusherlik amaliyotida gemorragik shok klinikasi umumiy qonunlaridan tashqari, o'ziga xos xususiyatlari bor (22.4.-jadval). Xususan, platsenta oldinda kelganda yuz beradigan gemorragik shok arterial gipotenziya, gipoxrom anemiya, homiladorlik oxirida aylanuvchi qon miqdorining fiziologik o'sishining kamayishi bilan xarakterli. 24 % ayollarda keskin bo'lmagan trombositopeniya, gipofibrinogenemiya, fibrinolitik faolligining kuchayishi va tarqalgan tomirlar ichida qon ivishi (TTIQI) sindromi rivojlanadi.

Erta chilla davrida gipotonik qon ketishi tufayli kelib chiquvchi shokda qisqa vaqtli kompensatsiyadan so'ng nafas yetishmovchiligi, TTIQI sindromi bilan bog'liq bo'lgan profuz qon ketish, gemodinamikaning turg'un o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan qaytmas holat yuzaga keladi.

Normal joylashgan yo'ldosh vaqtidan ilgari ko'chganda xarakterli bo'lgan TTIQIS ning surunkali shakli, gipovolemiya va surunkali tomirlar qisqarishi hisobiga rivojlanadi. Bu xil patologiyada gemorragik shok anuriya, miya shishi, nafas olishning o'zgarishi bilan kechib, fibrinoliz kamayishi fonida rivojlanadi.

Bachadon yorilishi tufayli kelib chiquvchi shok gipovolemiya, tashqi nafas yetishmovchiligi kabi klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Ko'p miqdorda qon ketishi tufayli TTIQI sindromi yuzaga keladi.

22.4.-jadval

Gipovolemik shok belgilari

Erta gipovolemik shok	Kechki gipovolemik shok
Uyqusizlik, xavotirlik, bezovtalik	Hushi og'gan yoki yo'q
Kuchsiz va tez - tez puls (bir daqiqada 110 yoki ko'p)	Juda tez va kuchsiz puls
Bir muncha tezlashgan nafas (nafas olishlar 30 marta bir daqiqada yoki ko'p)	Favqulodda tez va yuzaki nafas
Rangparlik	Teri qoplamlarining rangpar va sovuqligi
Nisbatan past qon bosimi (sistolik 90 mm sim. ust.dan past)	Juda past qon bosimi (sistolik 60 mm sim. ust.dan past)
Siydik ajralishi kamaygan, lekin soatiga >30 sm3	Siydik ajralishi <30 mm soatiga

Gemorragik shok tashxisi ayniqsa kuchli qon ketganda hech qanday qiyinchilik tug'dirmaydi. Shok kompensator bosqichining erta tashxisida davolash juda yaxshi natija beradi. Shok og'irligini yo'qotilgan qon miqdori yoki AQB ko'rsatkichlariga qarab baholash yetarli emas. Gemodinamika adekvatligi quyidagi belgi va ko'rsatkichlar yordamida aniqlanadi:

1. Teri qoplamlari rangi va harorati xususiyatiga
2. Pulsni baholash
3. AQBni o'lchash
4. «Shok indeksi»ni baholash
5. Soatbay diurezni aniqlash
6. Markaziy venoz bosimni o'lchash
7. Gematokrit ko'rsatkichlarini belgilash
8. Qonning kislota-ishqor muvozanatining xususiyati

Teri rangi va haroratiga qarab periferik qon aylanishi haqida fikr yuritish mumkin. AQB ko'rsatkichlari past bo'lsa-da terining pushti rangda va iliq bo'lishi, tirnoqning pushti rangi periferik qon aylanishi kompensatsiya holatida ekanligidan dalolat beradi. AQB ning normal yoki bir muncha pasaygan ko'rsatkichlari bo'lsa-da teri haroratining sovuqligi va rangparligi qon aylanishining markaziylashuvi va periferik qon aylanishining o'zgarishi haqida ma'lumot beradi.

Teri qoplamining marmarsimonligi va akrosianoz qaytmas holatga yaqinlashuvchi tomir parezi periferik qon aylanishining chuqur o'zgarishidan dalolat beradi.

Puls chastotasi bemor holatining oddiy va boshqa belgilar bilan taqqoslaganda muhim ko'rsatkichi hisoblanadi. Masalan, taxikardiya gipovolemiya va o'tkir yurak yetishmovchiligini ko'rsatadi. Bu holatning differentsiatsiya qilishda markaziy venoz bosimini o'lchash zarur. AQBga ham shu nuqtai nazardan qaraladi. Gemorragik shokda gipovolemiya darajasini ko'rsatuvchi asosiy ko'rsatkich «shok indeksi» hisoblanadi. Bir daqiqadagi puls chastotasining sistolik AQBga nisbati «shok indeksini» anglatadi. Sog'lom odamda bu ko'rsatkich 0,5 ga teng, aylanuvchi qon hajmi 20-30 % pasayganda 1 ga, 30-35 % pasayganda «shok indeksi» 1,5 ga teng bo'ladi.

Soatbay diurez a'zolarida qon aylanishini xarakterlovchi muhim ko'rsatkich hisoblanadi. Diurezning 30 ml ga kamayishi, periferik qon aylanishining yetishmasligidan, 15 ml dan kamayishi dekompensatsiyalashgan qaytmas shok yaqinlashuvidan dalolat beradi.

Bemor ahvolini kompleks baholashda markaziy venoz bosimi ahamiyatli ko'rsatkich hisoblanadi. Uning ko'rsatkichi davolashning asosiy yo'nalishini belgilab beradi, ko'rsatkich pasayishi (50 mm suv.ust.) gipovolemiya holatini anglatadi, ortishi esa (150 mm suv.ust.) yurak faoliyati dekompensatsiyasidan dalolat beradi.

Yuqoridagi ko'rsatkichlar bilan bir qatorda gematokrit ko'rsatkichi ham organizmning qon bilan ta'minlanishi adekvat yoki adekvatmasligini ko'rsatuvchi test hisoblanadi. Gematokrit 30 % dan past bo'lganda xavf soluvchi belgi, 25

% dan kamayishi qon yo'qotishning og'ir darajasini ko'rsatadi. Shokning III bosqichida gematokrit ko'tarilishi uning kechishi qaytmas ekanligini ko'rsatadi (22.5.-jadval).

22.5.- Jadval

Gemorragik shok kliniko-laborator tashxisi

Shok bosqichi	Klinik belgilari	Qon bosimi	Pula	Mama-ziy venoz bosimi, suv ustui, sm	Shok indeksi	Aylanayotgan qon miqdori kamayishi	Ketgan qon miqdori	
							ml	%, vazniga nisbatan
Shok belgilari yo'q	Bo'lmaydi	120/70	88	-	-	10% gacha	500,0	0,6% gacha
I	Es-hushi joyida, Teri oqish rangda. Hb – 100g/l, Ht – pasaygan. Oliguriya. Giperkoagulyatsiya.	100/60	90-96	5-15	0,5 va >	15-25%	700-1300	1,0-1,5%
II	Es-hushi joyida. Bezovtalanish, terlash, teri rangi oqarishi, akrosianoz. Nafas olishi 1 daqiqada 20 va > Hb – 80g/l, Ht – pasaygan. Oliguriya. Qon ivish vaqti Li-Uayt bo'yicha – 10 daq >	90/50	120	< 5	1,5 va >	30-35%	1300-1800	1,5-3%
III	Es-hushini yo'qotadi. Teri rangi keskin oqargan, marmarsimon. Nafas olishi 1 dak – 30 va undan ko'proq. Hb – 80g/l dan past. Ht – past. Anuriya. Qon ivish vaqti Li-Uayt bo'yicha 15 daq va >	60/40 va undan past	140	0ga yaqin	2 va >	35%dan >	1800 va undan ko'proq	3% va undan ko'proq

Gemorragik shok asoratlari quyidagi buzilishlar bilan ifodalanadi:

mikrosirkulyatsiya buzilishi, modda almashuvi buzilishi, qonning ivish xususiyati buzilishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, o'tkir jigar yetishmovchiligi, nafas yetishmasligi, miyada qon aylanishining buzilishi, yurak yetishmasligi, «shokli bachadon».

22.4. TARQALGAN TOMIRLAR ICHIDA QON IVISH SINDROMI (TTIQIS)

Qonning ivish xususiyati buzilishi natijasida qon ketishi bir necha akusherlik asoratlaridan kelib chiqadi. Bu ko'pincha normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishida, yo'ldoshning oldin kelishida, homila suvi ona qoniga tushganda, bachadon qisqarishining buzilishi (bachadon gipotoniya, atoniya), natijada ko'p qon ketib, qondagi fibrinogenning umumiy miqdori birdan kamayib ketganda (gipofibrinogenemiya), ona qornida nobud bo'lgan homila uzoq ushlanib tug'ilganda kuzatilishi mumkin.

Qonning ivish xususiyati 3 fazadan iborat. 1-fazada odatda noaktiv to'qimalar va qondagi tromboplastin moddasi tanada birorta jarohat sodir bo'lsa, kalsiy moddasi ta'sirida aktiv holatga keladi, bu 3-5 daqiqa davom etadi.

2-fazada protrombin aktivlashgan to'qima va qon tromboplastini ta'sirida trombinga o'tadi. Bu faza 3-5 sekund davom etadi.

3-fazada trombin ta'sirida suyuq fibrinogen fibringa aylanadi, bu faza ham 3-5 sekund davom etadi. Qonning ivish jarayoniga qancha fibrinogen ketsa, uning qondagi miqdori shuncha kamayadi, tug'ruq davrida qonni o'z-o'zidan to'xtatish uchun anchagina miqdorda fibrinogen zarur bo'ladi. Tug'ruqdagi qon yo'qotish fiziologik miqdordan qancha ko'p bo'lsa, fibrinogenning qondagi miqdori kamayib gipofibrinogenemiyaga, haddan tashqari ko'p yo'qotilganda esa fibrinogen qonda butunlay yo'qolib, afibrinogenemiyaga olib kelishi kuzatiladi. Natijada koagulyopatik qon ketish yuzaga keladi.

Qonga bir qancha tromboplastin substansiyasi tushganda qon ivishi kuchayib, tomirlarda mayda qon laxtalarini hosil bo'ladi. Ushbu holat tarqalgan tomirlar ichida qon ivish sindromi deb ataladi (TTIQIS). Bu sindromda, bir tomondan, fibrinogenning qondagi umumiy miqdori kamayadi, ikkinchi tomondan, tomirlarda qon yurishini qiyinlashtiradi va ularning faoliyati ishdan chiqishiga olib keladi.

Qonning ivish xususiyati tezlashishi natijasida organizmdagi bunga qarama-qarshi faoliyati – qon laxtalarini eritish yoki fibrinolitik tizim avj oladi. Bu ham hayot uchun zarur, chunki bu tizim a'zolar tomirlaridagi qon laxtalarini eritib, ularning faoliyatini tiklashga yordam beradi.

Gemorragik shok va keyin rivojlangan TTIQI sindromi taraqqiy etishida 4 bosqich bo'lib, birinchi bosqichida qon ivish jarayoni tezlashadi va giperkoagulyatsiya fazasi (3-5 daq.) boshlanadi. Odatda hachadondan oqib chiqqan qon 5-6 daqiqa ichida ivisa, patologik qon ketishda qon ivishi uchun juda oz vaqt ketishi mumkin. Agar homiladortlik gipertenziv sindrom bilan og'irlashganda surunkali giperkoagulyatsiya kuzatiladi va bu bosqich bir necha kun davom etishi mumkin.

Ikkinchi bosqichida gipokoagulyatsiya fazasi (bir necha daq. yoki soat) yoki qon ivishi sekinlashib qonda hosil bo'lgan mayda tromblar miya, yurak va boshqa ichki a'zolar tomirlar bo'shlig'ida to'planib, ular faoliyatining buzilishiga olib keladi, so'ngra fibrinolitik tizimning aktivlanishi kuzatiladi. Buni aniqlash uchun Li-Uayt metodi qo'llaniladi: probirkaga vena qon tomiridan 10 ml qon olib, har 20 sekundda ivish jarayoni kuzatib boriladi. Agar qon 10 daqiqada ivisa, qon ivish jarayonining biroz pasaygani yoki gipokoagulyatsiya aniqlanadi.

Uchinchi bosqichda probirkadagi qon ham, hachadondan oqib chiqayotgan qon ham ivimaydi, buni afibrinogenemiya deb aytiladi. Fibrin va fibrinogen parchalanishi va ularning degidratatsiya mahsulotlarining ko'payishi kuzatiladi va kuchli qon ketishi sodir bo'ladi.

Ayolga o'z vaqtida yordam ko'rsatilsa, kasallikning to'rtinchi bosqichi – tuzalish davri boshlanadi.

22.4.1. Davolash

Gemorragik shok va TTIQI sindromini davolash juda mas'uliyatli ish bo'lib, bunda shifokorlar akusher-ginekolog, anesteziolog-reanimatolog, gematolog bilan hamkorlikda ish olib boradilar.

Davo quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Operativ davo (bachadon amputatsiyasi, ekstirpatsiyasi, a.iliaca ni bog'lash)

Yangi muzlatilgan plazma - 1 l

Kriopresipitat, eritrositar massa, albumin

Proteazalar ingibitorlari (kontrikal, gordoks)

Etamzilol, disinon

Reopoliglyukin, kristalloidlar, izotonik eritma (natriy xlorid, Ringer, glyukoza)

Glyukokortikoidlar (gidrokortizon, deksametazon)

Dopamin, adrenalin

O'pkani sun'iy ventilyatsiyalash

Diuretiklar qo'llaniladi.

Bemorni gemorragik shok bilan bog'liq bo'lgan kritik bosqichdan chiqarish davolashning birinchi bosqichi hisoblanadi. Yo'qotilgan qon xajmini tiqlash uchun kolloid eritmalardan refortan, stabizol va qon preparatlaridan eritrotsitar massa bilan plazma qo'llaniladi.

Keyingi kunlarda ko'p qon yo'qotish asoratlari bartaraf etishga va oldini olishga qaratilgan davo tadbirlari o'tkaziladi.

Bu bosqichda shifokor harakatni buyrak, jigar, yurak faoliyatini yaxshilashga, suv-tuz va oqsil almashuvini normallashtirishga, qonning globulinlar hajmini ko'tarishga, anemiyaning davolashga, infeksiyaning oldini olishga qaratilgan.

22.4.2. Qon ketishining oldini olish

Bachadon muskullari qisqarishining buzilishi natijasida qon ketishining oldini olishni qiz bola hayotining ilk davridan boshlash kerak. Bunda qiz bola organizmini chiniqtirish, hayz buzilishini o'z vaqtida davolash lozim.

Ayolning har xil ichki kasalliklarini o'z vaqtida davolash, haddan tashqari semizlikka yo'l qo'ymaslik, gimnastika bilan shug'ullanish, jinsiy a'zolar yallig'lanishi, sun'iy abortning oldini olish kabilar ham tug'ruq jarayonidagi og'ir asoratlarning oldini olishga har tomonlama yordam beradi.

Homiladorlik davrida o'z vaqtida va to'g'ri ovqatlanish, homiladorlik asoratlari vaqtida davolash. Tug'ruqda patologik qon yo'qotishning oldini olish lozim.

Masalalar:

1. Homila 5 hafta oldin nobud bo'lgan. Tug'ruq 38 hafta homiladorlikda o'lik homila bilan. Yo'ldosh mustaqil ko'chib va ajralib chiqdi. Yo'ldosh, pardalari butun. Yo'ldosh tug'ilgandan so'ng qon ketish boshlandi. Bachadon qattiq. Jinsiy yo'llar orqali chiqayotgan qon ivimayapti. Probirkaga venadan olingan qon 15 daqiqadan so'ng ham quyulmayapti.

Tashxis?

A. Koagulopatik qon ketishi.

B. Yo'ldosh qoldig'i.

V. Bachadon bo'yni yirtilishi.

G. Yo'ldoshning noto'g'ri yopishishi.

D. Bachadon gipotoniyasi.

B. Taktikasi.

A. Bachadonni mushl bilan massaji.

B. Bachadon ekstirpatsiyasi.

V. Uterotoniklar.

G. Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalarini ko'rish.

D. Bachadon ichini qo'l bilan tekshirish.

O'rgatuvchi testlar:

1. Akusherlikda gemorragik shok sabablari qanday?

Bachadon yirtilishi.

Yo'ldoshning qisman chin o'sib kirishi.

NJYBK da qon ketishi.

Gipotonik va atonik qon ketishi.

Yo'ldosh oldinda yotishida qon ketishi.

2. Qanday akusherlik asoratlari TTIQI sindromi rivojlanadi?

Bachadon yirtilishi.

Qog'anoq suvlari bilan emboliya.

O'lik homila.

Homiladorlik gipertenziya holatlarda.

NJYBK.

3. TTIQI sindromiga tashxis qo'yishda ko'p qo'llaniladigan 3 usulni ayting

Qon ivish vaqtini Li – Uayt bo'yicha aniqlash.

Koagulogrammani tekshirish.

Tromboelastografiya.

4. Gemorragik shokning II bosqichiga nima xos?

1,5 – 3% tana vazniga teng qon yo'qotilgan, gematokrit pasaygan.

Es-hushi joyida, terlash, akrosianoz.

Sistolik bosim 90-100 mm.s.u. gacha pasaygan.

Taxikardiya 120 marta 1 daqiqada.

Li-Uayt bo'yicha qon ivish vaqti 10 daq.dan ko'p.

5. Gemorragik shokning I bosqichiga nima xos?

Tana vaznidan 1-1,5% qon ketganda bo'ladi.

Teri rangi normada, es-hushi joyida.

Taxikardiya 100 marta 1 daq.

Arterial bosim normada yoki sal past.

Oliguriya.

6. TTIQI sindromining 3 shakli:

O'tkir.

O'rtacha o'tkir.

Surunkali.

7. TTIQI sindromining 4 bosqichi:

Giperkoagulyatsiya.

Talab qilish bosqichi.

Patologik fibrinoliz.

Tiklanish.

8. TTIQI sindromining o'tkir va o'rtacha o'tkir turlarini davolash:

Bachadon ekstirpatsiyasi, tug'ruqni tezlashtirish.

O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi.

1 l gacha yangi muzlatilgan plazma quyish.

Donor qoni va trombotsitlarni quyish.

Kontrikal.

9. Gipokoagulopatik holatini tez aniqlashning 2 usulini ayting:

Ikki ta probirka bilan sinama, sog'lom ayol, bemor qonlari.

Qon ivish vaqtini Li – Uayt bo'yicha aniqlash.

10. Qonning ivish tizimi buzilganligi sababli qon ketishiga nimalar xos?

Bachadon dam qisqarib, dam bo'shashib turadi.

Jinsiy yo'llardan suyuq ivimaydigan qon ajraladi.

Infeksiya qilingan, tomirlar ajratilgan joy, bachadon bo'yni cho'ltog'idan qon ketadi (amputatsiya qilingan bo'lsa).

Ko'pincha NJYBK va o'lik homilada qog'anoq suvlari emboliyasi ko'p qon ketganda preyeklampsiyada kuzatiladi.

Qon ketish doimiy bo'ladi.

Savollar:

1. Tug'ruqning III davrida qon ketish sabablari

2. Qanday qilib yo'ldoshni qo'l bilan ajratib olish mumkin?

3. Erta tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish sabablari?

4. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirishni tasvirlab bering.

5. Qanday dorilar bachadonni qisqartiradi?

6. Patologik qon ketish deb nimaga aytiladi?

XXIII BOB

TUG'RUQ FAOLIYATI NUQSONLARI

Maqsad. Dard tutish anomaliyasi tasnifini, dardning birlamchi va ikkilamchi sustligi sabablarini, asoratlarni o'rganish, davolash tamoyillari bilan tanishish.

Reja.

1. Dard tutish anomaliyasi tasnifi.

2. Dardning birlamchi sustligi sabablari.

3. Dardning ikkilamchi sustligi sabablari.

4. Davolash usullari.

Odatda homilador ayollar tug'ishga 10-15 kun qolganda vaqti-vaqti bilan qorin pastida va belda biroz og'riq sezadilar. Bu og'riq homilador ayolni uncha bezovta qilmaydi. Tug'ish vaqti-soati yetganda bu og'riq tug'ruq dardiga o'tib, avvaliga har 8-10 daqiqada 20-25 sekund davomida tutadi, homila tug'ilishiga yaqinlashgan sari dard tutishi davomli bo'lib, 50-60 sekundgacha, dardlar orasi qisqarib, har 3-4 daqiqadan 2-3 daqiqagacha etishi mumkin. Bunda shuni hisobga olish kerakki, birinchi tug'ayotgan ayollarda bachadon og'zi ochilishi 1 soat davomida 1 sm ni tashkil qilsa, qayta tug'ayotganlarda 1,5-2 sm ni tashkil qiladi. Shuning uchun birinchi tug'ayotganlarda 15-16 soat, qayta tug'ayotgan ayollar 6-12 soat ichida tug'adilar.

Tug'ruqda dard tutishning nuqsonlari deyarli tez uchrab turadi. Tug'ishning normal o'tishi, ko'pincha dard tutishning to'g'ri, muntazam va kuchli bo'lishiga bog'liqdir. Agar dard tutish zaif, siyrak bo'lsa, tug'ish uzoqqa cho'zilib, ba'zan to'xtab qoladi. Dard tutish pauzasi cho'zilganda bola ko'pincha bo'g'ilib qolishi va ba'zan o'lib qolishi mumkin. Bundan tashqari, tug'ish yo'llariga mikroblar kirib (ayniqsa homila suvi ketib qolganda), bachadon shilliq pardasining yallig'lanishi (endometrit) vujudga kelishi hamda homilani ham zararlashi mumkin. Bunday ayollarda chilla davrida ham har xil jinsiy a'zo kasalliklari ko'p uchraydi.

TUG'RUQ FAOLIYATI NUQSONLARI TASNIFI:

1. Patologik preliminar davri
2. Dard tutish sustligi:
- birlamchi; ikkilamchi; bachadon inertligi
3. Haddan tashqari kuchli dard tutishi
4. Dard tutishning diskoordinatsiyasi: to'lg'oq sustligi; diskoordinatsiya (23.2-rasm); bachadon bo'ynining distotsiyasi; bachadon tetanusi; pastki segment gipertonusi.

Dard tutishning sustligi

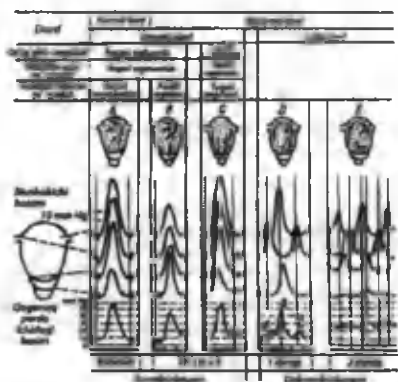
Dard tutish sustlashib qolganda bachadon muskullari yetarli darajada qisqara olmaydi. Dard tutish sustligi ikki asosiy turga: birlamchi va ikkilamchi turlarga bo'linadi. Dardning sustligi tug'ruq vaqtidagi og'riqli patologiya hisoblanib, 8-10% hollarda uchraydi.

Dard tutishning birlamchi sustligi

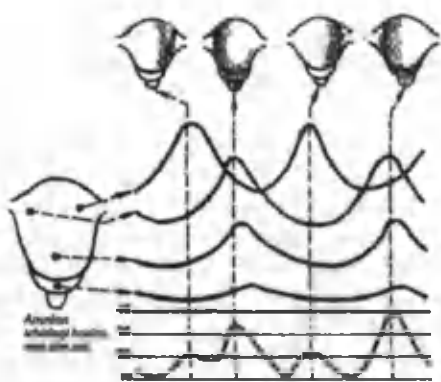
Dardning birlamchi sustligida dard tug'ruq boshlanishidayoq sust bo'lib, u bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bunda dard boshlanishidayoq sust bo'lib, noritmik, qisqa (15-25 sekund), pauzasi uzoq (12-15 daqqa) bo'ladi. Ayrim vaqtlarda dard uzoqroq tutsa ham natijasiz va kuchsiz bo'ladi.

Birlamchi dard tutish sustligi asosiy sabablari: EGK (infeksion, endokrin, kam-qonlik), preyeklampsiya, infantilizm, bachadon anomaliyasi, bachadon chandiqlari, endomio-metrit, mioma, bachadonning haddan tashqari cho'zilishi

(ko'p tug'adigan ayol, egizaklar, ko'p suvlik, yirik homila), 30 yoshdan oshganda tug'adigan ayol.



23.2.-rasm. Normal va patologik bachadon qis-qarishda qo'zg'alish to'liq-larining tarqalish ko'rinishi



23.3.-rasm. Dard tutishning diskoordinatsiyasida bachadon qisqarishi: bachadon mushaklari qisqarish chiziqlarining uchlari bir-biriga mos kelmaydi.

Dard tutishning birlamchi sustligiga ko'pincha jinsiy a'zolar, ayniqsa bachadonning yetilmaganligi (infantilizm va anomaliyasi), ya'ni bachadonning ikki va bir shoxli bo'lishi, bachadon muskullarida chandiqlar bo'lishi va boshqalar sababchidir. Bunday ayollarda bachadon muskullari yaxshi rivojlanmaganligidan u yetarli darajada qisqara olmaydi va dard susayishiga sabab bo'ladi.

Bunday holat ko'pincha ko'p homilali (ikki-uch va bundan ko'p) ayollarda yoki qog'anoq suvi ko'p bo'lgan hollarda tez-tez bachadon devorining haddan tashqari cho'zilishi natijasida hamda ko'p tuqqan ayollarda bachadon mushaklarining cho'ziluvchanligi pasayishi oqibatida ro'y berishi mumkin. Bu asorat yoshi 30 dan oshgan, birinchi marta tug'ayotgan ayollarda bachadon muskul qavatida cho'zilmaydigan biriktiruvchi to'qima ko'payganligi natijasida muskullarining qisqarish qobiliyati susayishi sababli ko'p kuzatiladi.

Katta yoshdagi ayollarda bachadon muskul qavatida biriktiruvchi to'qima ko'payadi, balog'atga yetmaganlarda esa bachadon muskullari yetarli taraqqiy etmagan bo'ladi. Shu sabablarga ko'ra bachadon muskullarida qisqarish qobiliyati sust bo'ladi. Jinsiy a'zolarida bo'lgan yallig'lanish jarayoni ta'sirida bachadon devorida joylashgan nerv oxirlarining refleksi patologik bo'lishi natijasida ham sust bo'ladi.

Homila ko'ndalang yotganda, dumbasi bilan kelganda va platsenta oldin kelganda ham dard tutishning birlamchi sustligi ro'y beradi. Chunki homilaning oldin keluvchi qismi chanoq teshigiga suqilmaydi, buning natijasida bachadon

bo'ynidagi asab chigallari yaxshi qitiqlanmaydi va bachadonning qisqarishi sust bo'ladi. Dardning sust bo'lishiga asab psixik holat ham sabab bo'lishi mumkin. Ba'zan birinchi tug'ish og'ir va murakkablanishlar bilan tuqqan ayollar ikkinchi va so'nggi tug'ishlarida tashvishlanishlari, buning natijasida ham dard tutishi sust bo'lishi mumkin. Bulardan tashqari, umumiy kasalliklar (yurak-qon tomir, o'pka sili, jigar, buyrak va boshqa kasalliklar) ham dardni susaytirishi mumkin. Dardning birlamchi sustligi agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Dardning birlamchi sustligi asosan tug'ruqning birinchi davrida, ya'ni bachadon bo'yni ochilishi davrida uchraydi, bunda asosan bachadon qisqarishi sust bo'lib, ritmi va davomiyligi sustlashadi, qisqarish oraligi uzoqlashadi. Ba'zan dard tutishi birmuncha cho'zilsa ham, dard juda qisqa va kuchsiz bo'ladi. Bachadonga qisqarayotgan vaqtda qo'l bilan tegilsa uning qattiqqlanishi sezilmaydi. Bachadon bo'ynining ochilishi va homilaning oldin keluvchi qismining tug'ilishiga imkoniyat ham bo'ladi.

Qog'anoq yorilmay turib tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi unchalik xavfli emas. Bu holat onaga ham, homilaga ham unchalik zarar yetkazmaydi. Ammo qog'anoq yorilgandan keyin ahvol o'zgaradi, tug'ruq cho'zilishi natijasida homila bo'g'ilib qolishi va tug'ruq yo'llaridan bachadonga infeksiya o'tish xavfi tug'iladi.

Agar homila boshi chanoqqa nisbatan bir muncha noto'g'ri joylashgan bo'lsa, bachadon bo'yni chandiqli yoki kam cho'ziluvchan bo'lsa ham homila boshining tug'ruq kanali bo'yicha surilishiga xalaqit berishi natijasida birlamchi sustlik vujudga keladi.

Bachadon muskullarining qisqarish xususiyatining buzilish sabablari turlicha bo'lib, hozirgacha ayrim bir sababni keltirish qiyin.

Silliq muskullardagi qisqarish xususiyati ko'ndalang muskullarga o'xshab ketadi. Ammo tug'ish jarayonini boshqaruvchi omil birmuncha farq qiladi.

Bachadonni qisqartiruvchi oqsillarning konsentratsiyasi estrogenlarning ta'siriga bog'liqdir. Agar estrogenlar yetishmasa, bu xildagi oqsil ham kifoya qilmaydi. Shunga ko'ra bachadonning qisqarishi ham sust bo'ladi.

Bachadonning motor xususiyati energetik holatiga ham bog'liq. Ma'lumki, muskullarning qisqarish xususiyati 70-80 % hollarda ko'mir kislotasini parchalashiga bog'liq.

Agar tug'ish jarayoni cho'zilib ketsa, unda bachadon mushaklarida kislorod kamligi vujudga kelib, uglekislot parchalanishi reaksiyasi izdan chiqadi.

Dard tutishning ikkilamchi sustligi

Dardning ikkilamchi sustligi dard boshlanishidan boshlab biroz vaqt yaxshi, muntazam, yetarlicha davomli bo'lib turib, so'ngra sust, natijasiz bo'lib qoladi. Dard sustligini aniqlashda doyaning kuzatuvchanligi katta ahamiyatga ega.

Dard tutish davri borgan sari uzayib, ular orasidagi vaqt kamayishi o'rniga uzayadi yoki bir necha soat o'tgandan so'ng ham dard tutishi birday bo'lib qolaveradi hamda dard qisqa tutib, samarasiz bo'ladi. Ya'ni bachadon og'zining

ochilishi juda sust bo'ladi yoki birday qoladi. Homilaning chanoqqa yaqin turgan qismi (boshi yoki dumbasi) oldinga qarab siljmaydi.

Ikkilamchi dard tutish sustligi sabablari: EGK, ochlik, asab tizimi charchaganligi, oksitotsin bilan giperstimulyatsiyasi, homila boshi bilan ona chanog'i o'lchamlari mos kelmasligi.

Bu holat tug'ishning yarmida yuz beradi. Bunday sustlashish tug'ish jarayoni cho'zilib ketganda, homila boshi bilan chanoq o'lchamlari bir-biriga mos kelmaganda (homila boshi katta yoki tor chanoq bo'lganda), shuningdek homila boshi chanoq kirishiga noto'g'ri joylashganda vujudga keladi. Homila boshi suyaklari qattiq, bachadon bo'ynining ochilishi qiyin va qog'anoq pardalari qalin bo'lishi ham dardning avval kuchli bo'lib, so'ngra asta-sekin sustlashishiga sabab bo'ladi. Tug'ish jarayonining ikkilamchi sustligida homilaning tug'ish kanali bo'yicha surilib sekinlashishi, tug'ruq yo'llarining jarohatlanishiga olib keladi. Homila esa asfiksiya, tug'ruq jarohati, tug'ruq uchinchi davrida va erta chilla davrida esa ko'pincha qon ketish holati kuzatiladi.

Tug'ish dardi sustligi tashxisini qo'yish asosan tug'ayotgan ayolni 4 soat davomida sinchiklab kuzatish natijasida aniqlash mumkin. Bunga partogramma olib borilishi yordam beradi.

Kam uchraydigan dard tutish anomaliyalaridan biri bachadon mushaklarning inertligidir. Bunda tug'ruq jarayonining boshlanishida har zamonda tutadigan sust dard keyinchalik butunlay yo'qolib ketadi. Bu bilan bachadon og'zi ochilishi ham to'xtaydi. Bu akusherlikda eng og'ir asorat hisoblanib, ba'zan bachadonning qisqarishini kuchaytiradigan har qanday doriga ham bachadon mushaklari qisqarish bilan javob bermaydi, bunday asoratlarda tug'ruqni operatsiya yo'li bilan tugatishga to'g'ri keladi.

Dardning sustligini davolashda asab tizimini tinchlantiradigan dorilar: kechasiga dimedrol, analgin yoki novopassit 1 tabletkadan berish lozim. Ayolga tez hazm bo'ladigan yuqori kaloriyalı ovqatlarni oz-ozdan 4-5 mahal berish kerak. Ovqat ratsioniga kefir, tvorog, qaymoq va boshqalar, shuningdek servitamin ovqatlar kiritish tavsiya qilinadi.

Ayolning siydik va axlat chiqarish faoliyatlariga ahamiyat berish lozim. Bunda ayol shaxsiy gigiyenaga qat'iy rioya qilishi lozim. Ayolning ichi bir sutka davomida kelmagan bo'lsa, tozalovchi huqna qilish lozim.

Ayol yaxshi uxlamay charchagan bo'lsa, uyqu dorilar yordamida uxlatish dardning sustligini davolashda katta ahamiyatga ega. Buning uchun hozirgi davrda elektruyqu apparati yordamida uyqu keltirish hamda gamma oksimoy kislotasi (GOMK) 20% li 20 ml ni 10% li glyukoza 20 ml eritmasi bilan asta-sekin qon tomiriga yuboriladi. Uyqu vaqtida (2-2,5 soat davom etadi) dardning tutishi normallasib qolishi mumkin. Shuni ham aytib o'tish kerakki, bu dorilarni shifokor- anesteziolog bergani ma'qul.

Agar dard tutishi yaxshilanib ketmasa, uni tezlatuvchi usullarni qo'llagan ma'qul.

Hamma vaqt dardni sun'iy qo'zg'atish yoki tezlashtirishdan avval organizmni shunga tayyorlash uchun issiq ovqat, shirin choy, shokolad, kofe

berish lozim. Shundan so'ng agar qarshilik qiluvchi omillar (bularga homila boshi bilan ona chanog'i o'Ichamlarining mos kelmasligi, ya'ni klinik tor chanoq, bachadonda biron-bir jarrohlikdan so'ng chandiqli mavjudligi, ilgari jinsiy a'zolarida kuzatilgan og'ir septik kasalliklar, bachadonning o'z-o'zidan yirtilish xavfi, ko'p homilalik, homila suvining ko'pligi kabilar kiradi) bo'lmasa, dardni to'g'ridan-to'g'ri tezlatuvchi usullardan biri qo'llaniladi. Bularga 5 birlikda (1ml) oksitotsin 5% li glyukoza 500 ml iga aralashtirilib 8-10 tomchidan tomirga yuboriladi. Bunda har 5 daqiqada tomchilar soni 5 taga ko'paytirib borilib, umumiy sonini 30-35 ga yetkazish mumkin. So'nggi vaqtlarda dardni zo'raytiruvchi yangi dorilar prostaglandin F2 – enzaprost (2,5 mg va 2,5 birlik oksitotsin 500 ml 5% li glyukoza eritmasiga aralashtirilib) qon tomiriga tomchilatib yuboriladi.

Shular bilan bir qatorda homila gipoksiyasiga qarshi dorilar: 5% askorbin kislotasidan 10 ml va kokarboksilaza 50 mg 5% li glyukoza bilan birga tomirga yuborish kerak. Tug'ruq vaqtida har 3 soatda asfiksiyaga qarshi profilaktik choralar ko'rish lozim. Homila suvi oldin ketishi natijasida endometritning belgilari paydo bo'lsa, antibiotiklar (gentamitsin, sefalosporinlar) berish zarur.

Oksitotsin va enzaprostni tomchilaganda ayolning umumiy ahvoriga, bachadonning qisqarishiga e'tibor berib borish lozim. Oksitotsinni spazmolitik va og'riqli qoldiruvchi dorilar (no-shpa 2 ml yoki 2%li 2 ml papaverin gidroxlorid va boshqalar) bilan birga berish lozim. Dard zo'raytirilayotganda shifokor yoki akusher ayolning yonida bo'lishi kerak.

O'rgatuvchi testlar:

1. Patologik preliminar davr qanday ta'riflanadi?

Bachadon qisqarishi og'riqli.

Bachadon qisqarishi tartibsiz.

Tug'ruqdan oldin bachadon bo'yni yetilishi yo'q.

Homilaning oldinda yotgan qismi harakatchanligi.

2. To'lg'oq sustligining 5 asosiy sabablarini ayting:

Ko'p tug'uvchilarda qorin mushaklari pressining bo'shligi.

Oldingi qorin devorida nuqsonlari (to'g'ri mushaklar qochishi, qorin oq chizig'i churrallari).

Katta homila.

Homila boshi noto'g'ri suqilishi va homila noto'g'ri joylashishi.

Homilaning chanog'i bilan kelishi.

3. Tug'ruq nuqsonlari asosida qanday o'zgarishlar yotadi?

Progesteron va estrogenlar sintezi muvozanati buzilishi.

a va b adrenoreseptorlar hosil bo'lishining kamayishi.

Ona va homilada prostaglandinlar sintezi kamayishi va oksitotsinning bir maromda tushishining kamayishi.

Hujayralarda qisqaruvchi oqsillar sintezi va biokimyoviy jarayonlar kamayishi.

Ritm boshlovchisining joylashishi o'zgarishi.

Homila va ona prostaglandinlari muvozanatining buzilishi.

4. Tug'ruq birlamchi sustligiga nimalar xos?

Bachadon bo'yni tekislanishi va ochilishi sekinlashuvi.

Tug'ruqning dard kuchi sust .

Dard soni va davomiyligi kam.

Klinik tor chanoq kuzatilmasdan homila boshining harakati bo'lmaydi.

Tug'ruq davomiyligi cho'zilib ketadi .

5.Tug'ruq sustligida tug'ruq vaqtida bo'ladigan 5 asosiy asorat:

Homila ichki gipoksiyasi .

Qog'anoq suvlarining erta ketishi.

Homila intranatal o'limi.

Tug'ruqda endometrit.

Ona va homilaning tug'ruqdagi jarohati.

6.Tug'ruq anomaliyalari rivojlanishi uchun xavf omillari:

Birinchi tug'uvchilarning o'smir va keksa yoshdaligi.

Akusherlik va ginekologik anamnezga moyillik.

Jinsiy yo'llarning surunkali infeksiyasi.

Somatik, neyroendokrin va psixonevrologik kasalliklar borligi.

Chanoq nuqsonlari.

Miometriyadagi struktur nuqsonlari (bachadon miomasi, adenomioz, bachadonda chandiq va boshqalar).

7.Tez va kuchli tug'ruqning 5 ta asosiy asoratlari ayting:

Homilada tug'ruq jarohati .

Onaning tug'ruq jarohati.

NJYBK.

Homila ichki gipoksiyasi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq asfiksiyasi.

8.Tug'ruq anomaliyasi rivojlanish havf guruhiga kiruvchi homiladorlarda profilaktik muolajalar o'tkazish:

Tug'ruqqa fiziopsixoprofilaktik tayyorlash.

2 hafta davomida homiladorlik 36 haftasidan boshlab vitamin V6, folat kislota va askorbin kislota buyurish.

Spazmolitik terapiya, galaskorbin, trental, kurantil buyurish.

Tug'ruqning muvaffaqiyatli o'tishi to'g'risida ayolga psixoemotsional holat yaratib berish.

Ratsional ovqatlanish, uyqu va dam olishni tartibga solish.

9.Bachadon disfunktsiyasi gipotonik formalariga nima kiradi?

Birlamchi tug'ruq sustligi.

Ikkilamchi tug'ruq sustligi.

To'lg'oqlar sustligi.

10.Bachadon qisqarish faoliyati disfunktsiyasi gipertonik formalariga nimalar kiradi?

Patologik preliminar davr.

Tug'ruq faoliyati diskoordinatsiyasi (bachadon bo'yni distotsiyasi, pastki segment gipertonusi).

O'ta kuchli tug'ruq faoliyati.

Bachadon tetanusi.

11. Diskoordinasiyalashgan tug'ruq faoliyatida kuzatiladigan asosiy asoratlar?

Qog'anoq suvlarining vaqtida ketmasligi.

Homilaning ichki gipoksiyasi va o'limi.

NJYBK.

Qog'anoq suvlari emboliyasi.

Tug'ruqda ona jarohati.

Gipotonik va atonik qon ketishlar.

12. Bachadon tetanusiga nimalar xos?

Bachadon doimiy tonik zo'riqishda bo'ladi.

Bir vaqtning o'zida bir necha haydovchi ritm paydo bo'ladi.

Tug'ruq to'xtab qolganda yoki sekinlashganda.

Teri rangi oqargan, akrosianoz, teri marmarsimon.

Siydik tutilib qolishi.

13. Tug'ruq yo'llari anomaliyasi profilaktikasiga nimalar kiradi?

Tug'ruq sustligi rivoji havf guruhiga kiruvchi homiladorni tug'ruqqacha tayyorlash.

Tug'ruqda spazmolitik va oksitoksik vositalarni to'g'ri qo'llash.

Tug'ruqlar orasidagi oraliq 3 yildan kam bo'lmasligi kerak

Qiz bolalarni sog'lomlashtirish.

Abortlarning oldini olish.

14. Tug'ruq sustligida qo'llaniladigan bachadonni qisqartiruvchi vositalar:

Oksitotsin.

Enzaprost.

Prostenon.

XXIV BOB

TOR CHANOQ

Maqsad.

Anatomik tor chanoq tushunchasi, uning shakllarini o'zlashtirish hamda anatomik tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlarini o'rganish. Funksional tor chanoq kuzatilganda tug'ruqning kechishi. Tug'ruqning klinikasi va uni olib borishni o'zlashtirish.

REJA.

1. Toraygan chanoq haqida tushuncha berish.

2. Toraygan chanoq turlarini va uchrash darajasini bilish va aniqlash.

Har xil shakldagi anatomik tor chanoqda tug'ruq mexanizmini o'zlashtirish.

3. Funksional tor chanoq sabablari va uchrashi.

4. Funksional jihatdan tor chanoqda tug'ruqning kechishi, tashxisi va tor chanoq darajalarini o'zlashtirish.

5. Funktsional jihatdan tor chanoqda tug'ruqni olib borish taktikasi.

Anatomik toraygan chanoq deb, uning hamma yoki asosiy o'lchamlaridan birining kamida 1,5-2 sm torayishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tug'uvchi ayollar orasida o'rtacha 2,5-3,5% ni tashkil etadi. Anatomik toraygan chanoqning xususiyatlari va shakllarini bilish homiladorlikning o'tishi va tug'ruq natijasini aniqlashda juda katta ahamiyatga ega. Tug'ruq paytida homila boshi va ayol chanoq'i o'lchamlarining bir-biriga to'g'ri kelmasligi natijasida hosil bo'luvchi klinik tor chanoq o'zining asoratlari bilan homila va ona uchun qiyinchilik tug'diradi.

24. 1. TOR CHANOQ TASNIFI

I. Shakli bo'yicha:

I. Tor chanoqning ko'p uchraydigan shakllari (24.1.-rasm).

a) hamma tomonidan baravar toraygan chanoq;

b) ko'ndalangiga toraygan chanoq;

v) yassi chanoq (oddiy yassi va raxitik yassi) (24.1.-jadval).

2) Tor chanoqning kam uchraydigan shakllari.

a) bir tekis toraygan yassi tor chanoq;

b) qiyshiq toraygan asimmetrik chanoq v) ostemalyatsiyadan shikastlangan chanoq;

g) kifoskoliotik chanoq;

d) voronkasimon chanoq;

e) spondiolistetik chanoq;

yo) infantil chanoq;

j) ekzostoz va suyak o'smalari natijasida toraygan chanoq.

II. Torayish darajasi (M.S. Malinovskiy bo'yicha):

1- darajali tor chanoq-chin kon'yugata 10-8 sm ga teng.

2- darajali tor chanoq -chin kon'yugata 8-6 sm ga teng.

3- darajali tor chanoq-chin kon'yugata 6 sm dan kam bo'ladi.

24.1.-jadval

Chanoqning shakli	D. spinarum	D. cristarum	D. tro-shanlerica	C. externa	C. diago-nalis	C. vera
Normal	25	28	31	20	13	11
Bir tekis toraygan	24	26	29	18	11	9
Oddiy yassi	25	28	31	18	11	9
Raxitik yassi	27	27	31	17	10	8
Ko'ndalang toraygan	25	25	30	20	13	11

TOR CHANOQ O'LCHAMLARI

Hozirgi paytda asosan birinchi darajali tor chanoq uchrasa, uchinchi darajali tor chanoq deyarli uchramaydi.

Klinik nuqtai nazar-dan chanoq va homila o'lchamlari bir-biriga to'g'ri kelishi va tug'ruqni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali o'tkazish mumkinligini hal qilish uchun quyidagi qo'shimcha o'lchamlarni aniqlash kerak:

1. Katta chanoq o'lchamlari.
2. Chanoq aylanasi.
3. Diagonal kon'yugata.
4. Chin kon'yugata.
5. Kichik chanoqning chiqish o'lchamlari (to'g'ri va ko'ndalang).
6. Mixaelis rombing o'lchamlari.
7. Solovyev indeksi.
8. Katta chanoqning qiyshiq va yon o'lchamlari.
9. Qov birikmasi balandligi.
10. Simfizning o'rtasidan 2-3

dumg'aza umurtqalari birikmasigacha bo'lgan masofa (qov-dumg'aza o'lchami).

Chanoq torayish darajasini va shaklini aniqlashda yuqorida keltirilgan o'lchalardan tashqari pelviometriya va ultratovush tekshirish juda katta ahamiyatga ega. Rentgenopelviometriya orqali chanoqning quyidagi to'rt shakli tafovut qilinadi.



24.1.-rasm. Tor chanoqning turlari: 1 qator- normal chanoq, bir tekis toraygan chanoq; 2 qator- yassi chanoq, bir tekis toraygan- yassi chanoq; 3 qator- ko'ndalang toraygan chanoq, qiyshayib toraygan chanoq.



24.2.-rasm. Tor chanoqdagi ayollarda qorin ko'rinishi:

1 - osilgan, 2 - o'tkir uchli qorin

1. Ginexoid (genecos-ayol) chanoq kichik chanoqqa kirish aylana yoki ko'ndalang oval shaklida bo'ladi.

2. Android (androg-erkak) chanoq-kichik chanoqqa kirish uchburchaksimon bo'lib, qov burchagi va yoyi tor bo'ladi.

3. Antropoid chanoq (ko'ndalangiga toraygan chanoq)-kichik chanoqqa kirish bo'ylama-oval shaklida bo'lib, chanoqning to'g'ri o'lchamlari ko'ndalang o'lchamlariga nisbatan uzunroq bo'ladi.

4. Platipeloid (yassi) chanoq- chanoqda kirish ko'ndalang oval

shaklida bo'lib, ko'ndalang o'lchamlari to'g'ri o'lchamlariga qaraganda uzunroq bo'ladi.

Tor chanoqni yuzaga keltiruvchi sabablar ona va homila o'rtasida modda almashish buzilishi, ya'ni fetoplatsentar kompleksining patologiyasi, bolalik va o'smirlilik davridagi kasalliklar, bola hayotidagi qoniqarsiz muhit, og'ir yuqumli kasalliklar, endokrin tizimining patologiyasi, suyak shikastlanishlari va boshqalardir.

Tor chanoqni aniqlashda anamnez yig'ish, umumiy obyektiv va akusherlik tekshirish usullari qo'llaniladi, jumladan qorin ko'rinishi (24.2.-rasm), bel-dumg'aza rombi shaklini ko'zdan kechirish (24.3.-rasm), akusherlik anamnezi, chanoqni o'lchash, qin orqali tekshirish yo'li bilan kon'yugatani aniqlash, homila o'lchamlari va boshqalar ahamiyatga ega.



24.3.-rasm. Mixaelis rombi ko'rinishi: 1- normal, 2- bir tekis toraygan chanoq, 3- yassi chanoq, 4- ko'ndalang toraygan chanoq.

24.2.CHANOQ TOR BO'LGANDA TUG'RUQNING O'TISHI

Chanoqning torayish shakliga qarab tug'ruq mexanizmi o'z xususiyatlariga ega bo'ladi.

HAMMA TOMONIDAN BARAVAR TORAYGAN CHANOQDA TUG'RUQ MEXANIZMI

Hamma tomonidan baravar toraygan chanoq deb, o'lchamlari bir xilda toraygan chanoqqa aytiladi.

Bunday chanoqlarda tug'ruq mexanizmi normal o'lchamli chanoqdagiday o'tib, lekin har bir lahzada o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi.

1. Homila boshi chanoqqa kirish tekisligida egiladi, shu sababli bu hol unga o'q-yoysimon chok bilan chanoqqa kirish tekisligining qiyshiq o'lchamlaridan birida turishga imkon beradi.

2. Homila boshining egilishi kichik chanoqning keng qismidan tor qismiga o'tayotgan paytiga to'g'ri keladi. Homila boshi chanoq tor qismida yanada ko'proq qarshilikka uchrab, yanada ko'proq egiladi, kichik liqildoq pastga tushadi va chanoq markaziga yaqinlashadi hamda chanoqning o'tkazuvchi o'qiga to'g'ri keladi.

Homila boshining bunday egilishi Rederer asinklitizmi deb nom olgan. Homila boshining bunday egilishi o'zining eng kichik aylanasi bilan chanoqning eng tor joyidan o'tishga imkon beradi.

3. Homila boshi maksimal egilganligi tufayli u bo'yiga cho'zilib ketadi va dolixosefalik konfiguratsiya deb ataladi.

Bu uch xususiyat tug'ruq mexanizmining birinchi va ikkinchi lahzalarida uchraydi. Homila boshi o'q-yoysimon chok bilan chanoq chiqishi tekisligining to'g'ri o'lchamida yotadi va homila boshi yoziladi. Shunday qilib, tug'ruqning davom etishi ancha o'zgaradi.

KO'NDALANG TORAYGAN CHANOQDA TUG'RUQ MEXANIZMI

Ko'ndalangiga toraygan chanoq deb, ko'ndalang o'lchamlari 1 sm yoki undan ko'proq kamayib chin kon'yugataning o'lchamlari normal yoki katta chanoqqa aytiladi. Bunday chanoqli ayolda homila boshining yuqorida to'g'ri turib qolishi kuzatiladi. Bunda homila boshi haddan ziyod egiladi va egilgan holda o'q-yoysimon chok bilan chanoqning hamma tekisliklaridan to'g'ri o'lchami bilan qaytadi va homila ensa oldinda yotishi oldingi tur mexanizmida, ya'ni normal biomexanizmida tug'iladi, agar orqa tur bo'lsa, aylanish chanoq bo'shlig'ida bo'lib, ko'pincha turli xil asoratlarga olib keladi.

YASSI CHANOQDA TUG'RUQ MEXANIZMINING XUSUSIYATLARI

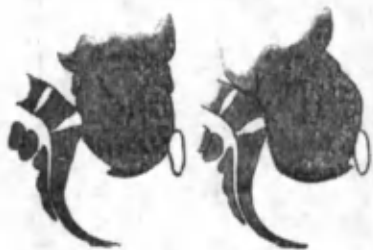
Raxitik yassi chanoqda faqat chanoq kirishining to'g'ri o'lchami qisqargan, oddiy yassi chanoqda—chanoqning barcha to'g'ri o'lchamlari qisqargan. Yassi chanoqlarda tug'ruq mexanizmi quyidagi xususiyatlarga ega.

1. Homilaning boshi o'q-yoysimon chok bilan kichik chanoq og'zining ko'ndalang o'lchamida turadi. Homila boshi chanoq og'zida biroz orqaga qayriladi va yoziladi.

2. Homila boshining asinklitik suqilishi yuzaga keladi (oldingi va orqa asinklitizm).

3. Homila boshining haddan ortiq (o'ta) braxiosefal konfiguratsiyasi kuzatiladi.

Yuqorida aytib o'tilgan xususiyatlar tug'ruq mexanizmining I- lahzasi uchun xosdir. II-III-IV lahzalar odatdagiday o'tadi.



**24.4.-rasm. Boshning oldingi va orqa
asinklitik**

24.3.TOR CHANOQNING ASORATLARI

Tug'ruq paytida tor chanoqli ayollarda quyidagi asoratlar bo'lishi mumkin.

1. Qog'anoq suvining vaqtidan oldin ketishi.
2. Kindikning oldinga tushishi
3. Tug'ruq dardining sustligi va uning cho'zilishi.
4. Funktsional tor chanoqning yuzaga kelishi.
5. Ona yumshoq to'qimalari va homila boshining shikastlanishi.
6. Homilaning chala tug'ilishi, chanog'i bilan kelishi, ko'ndalang yotishi.



24.5.-rasm. Kindikning oldinga suqilishi. tushishi.

Tor chanoqda tug'ruqning o'tishi va uning oqibatlari homilaning o'lchamlari, homilaning oldinda yotuvchi qismining to'g'ri suqilishi va uning konfiguratsiyasiga, to'lg'oqning kuchiga va ayolning umumiy ahvoliga bog'liq bo'ladi.

Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish eng qiyin va asosiy masalalardan biri hisoblanadi va tug'ruqni olib boruvchi shifokorning malakasiga bog'liqdir.

Tor chanoqli homiladorlarni olib borishda ambulatoriyaning vazifasi quyidagilardan iborat:

- a) homilador ayollarni barvaqt hisobga olib, ularni alohida dispanser guruhlari kiritish.
- b) tor chanoqli homilador ayollarni tug'ruq paytidan 2-3 hafta oldin akusherlik statsionariga yuborish lozim.

Bu homilador ayollar uchun tug'ruqni boshqarish rejasini tuzish shart.

Homilani antenatal normal rivojini ta'minlash, infantilizm va boshqa bolalar kasalliklarining oldini olish, o'z vaqtida aniqlash va davolash, voyaga yetgach, ichki sekretsiya bezlari faoliyatini kuzatib turish kabi tadbirlar orqali toraygan chanoq vujudga kelishining oldini olish mumkin.

24.4. KLINIK TOR CHANOQ

Funksional, klinik tor chanoq deb, tug'ruq paytida homila o'lchamlarining homilador ayol chanog'i o'lchamlariga to'g'ri kelmaslik holatiga aytiladi. Tug'ruqning uzoq kechishi yoki jarrohlik aralashuvlari yordamida kechishidan qat'i nazar, homila o'lchamlariga to'g'ri kelmaydigan har bir hol funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

Uchrashi: Funksional jihatdan tor chanoq umum tug'ruqlarga nisbatan 1,5-2,5% hollarda uchraydi. Funksional jihatdan tor chanoqda tug'ruqning kechishi homilador ayol chanog'i bilan homila o'lchamlarining bir-biriga mos kelmasligiga bog'liq. Tor chanoqda ko'pincha tug'ruq davri cho'zilib ketadi, qog'anoq suvlarining barvaqt ketishi homila kindigining tushishi, normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi, endometrit, homila asfiksiyasi,

jarohatlar uchrab turadi. Homilador ayollar chanoq'ining funksional torligini isbotlovchi klinik belgilar quyidagicha: bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lib, tug'ruq kuchlari yaxshi bo'lishiga qaramay, homilaning tug'ruq yo'llaridan sust harakatlanishi yoki oldinga harakatning yo'qligi, homila boshining chanoqda surilishi, konfiguratsiyasi xususiyatlari, Vasten belgisining ko'rsatkichi, Sangemeyster o'lchamining tashqi kon'yugatadan kattaligi, siydik pufagining siqilish belgilari, bachadon devorining yorilish xavfi belgilari va boshqalar kiradi.

Tug'ruq kuchlari normal bo'lib, bachadon bo'yninipg to'liq ochilgan holatida homila boshining ilgari lama harakatlari sustligi yoki umuman yo'qligi o'lchamlarning mutloq yoki nisbatan to'g'ri kelmasligidan dalolat beradi. Homila boshining surilish mexanizmi (tug'ruq mexanizmi) chanoqning ushbu formasiga to'g'ri kelishi yoki kelmasligi mumkin. Birinchi hol moslashish mexanizmi bo'lib, ikkinchi hol esa salbiy hisoblanadi. Homila boshining yaxshi konfiguratsiyalanishi tug'ruqning normal tugallanishida muhim rol o'ynaydi.

Homila boshi chanoq og'ziga suqilgandan keyin Vasten belgisi aniqlanadi. Tekshiruvchi qo'llining kaftini simfiz yuzasiga qo'yilib yuqoriga oldinda yotgan homila boshi sohasiga sirpantiriladi; 1) homila boshining oldingi yuzasi simfiz sathidan baland bo'lsa, homila boshi chanoqqa mutloq to'g'ri kelmaydi (Vasten belgisi musbat), 2) homila boshi chanoqqa salgina to'g'ri kelmasa oldingi yuzasi simfiz bilan bir sathda turadi (Vasten belgisi baravar), 3) homila boshi chanoqqa mos kelganda o'qning oldingi yuzasi simfiz sathidan pastda bo'ladi (Vasten belgisi manfiy).

Sangemeyster o'lchamining tashqi kon'yugata o'lchamidan kattaligi tor chanoqning ishonchli dalili hisoblanadi, siydik pufagining siqilishi simptomi ham tor chanoq borligini bildiradi va bunda siydik chiqarishning to'xtashi yoki kamayishi kuzatiladi.

Tasnifi: Funksional jihatdan tor chanoq homila chanoq o'lchamlarining to'g'ri kelmasligi jihatidan 3 darajaga bo'linadi (Kalganova bo'yicha):

I darajali funksional tor chanoq ozgina to'g'ri kelmasligi kuzatilganda: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari normal tug'ruq mexanizmiga mos bo'ladi, boshi yaxshi konfiguratsiyalanadi, Vasten belgisi manfiy bo'ladi, Sangemeyster o'lchami tashqi kon'yugatadan kam, tug'ruq kuchi normal bo'lib, tug'ruq davri 2-4 soatga cho'ziladi.

II darajali funksional tor chanoq (nisbiy to'g'ri kelmaslik) belgilari: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari anatomik tor chanoq shakliga mos keladi, homila boshi keskin konfiguratsiyalanadi, homila boshi kichik chanoq tekisliklarida uzoq turadi, siydik pufagining siqilish belgilari borligi, Vasten belgisi «baravar», Sangemeyster o'lchami tashqi kon'yugata o'lchamiga baravar keladi.

III darajali funksional tor chanoq (mutloq to'g'ri kelmaslik): bunday xilda tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish mexanizmi ushbu tor chanoq formasiga xos bo'lmaydi, boshning konfiguratsiyasi kam yoki konfiguratsiya butunlay kuzatilmaydi, Vasten belgisi musbat, Sangemeyster o'lchami tashqi

kon'yugatadan katta, siydik pufagining siqilish belgilari namoyon bo'ladi va to'lg'oq o'z vaqtidan oldin keladi. Tug'ruq kuchlari normal, bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lishiga qaramay, homilaning ilgari lama harakatlari sust yoki umuman yo'q, bachadon devorining yorilish havfi belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Tashxisi: Funksional jihatdan tor chanoqning tashxisi homilador ayolning akusherlik anamnezini o'rganishdan boshlanadi. Agar oldingi homiladorlik muddatidan o'tib ketgan yoki operativ aralashuvlar (kesarcha kesish, akusherlik qisqichlari, vakuum-ekstraksiya, kraniotomiya) yordamida, homila asfiksiya holatida yoki o'lik tug'ilgan bo'lsa, hozirgi tug'ruq jarayonida asoratlar bo'lishi xavfi bor. Ma'lumki, anatomik tor chanoq tug'ruqda funksional jihatdan tor chanoq kelib chiqishining asosiy sababi hisoblanadi. Shuning uchun chanoqni o'lchash, homiladorni ko'zdan kechirish, tashqi kuzatuv asosida tor chanoq borligini tasdiqlovchi belgilar: umumiy infantilizm, bo'yi 150 santimetrdan past, bolalikda kechgan raxit belgilari, skolioz, kifoz aniqlanadi. Anatomik tor chanoqqa shubha tug'ilganda rentgenopelviometriya, ultratovush tekshiruv yordamida uning asosiy o'lchamlarini aniqlash mumkin.

Tug'ruqni boshqarish. Tug'ruqni boshqarish uchun avvalo chanoqni funksional jihatdan baholash kerak. Funksional jihatdan tor chanoqda tug'ruqning kechishi homila boshi va chanoq o'lchamlarining bir-biriga to'g'ri kelish-kelmasligini o'z vaqtida aniqlashga bog'liq.

Tug'ruqni olib borish taktikasini o'rganishda quyidagilarni nazarda tutish kerak: akusherlik anamnezi, homiladorlikning kechishi, chanoq shakli va o'lchamlari, ko'pchilik hollarda tug'ruq davrida peshonaning oldinda yotishi, homila boshining to'g'riligi jihatidan baholanadi. Faqat bir necha hollarda, ya'ni turishini bachadon ochilish davrida baholash mumkin.

Funksional tor chanoqning birinchi va ikkinchi darajasida tug'ruqni boshqarishda kutish holatiga amal qilinadi.

Uchinchi darajali funksional tor chanoqda ona va homila hayotini saqlash maqsadida kesarcha kesish operatsiyasi, homila o'lik bo'lganda embriotomiya qilinadi.

II-III darajali funksional tor chanoqda akusherlik qisqichlarini ishlatishtan qilinadi. Agar homila o'lik bo'lsa, kraniotomiya qilish mumkin.

Funksional jihatdan tor chanoqni o'z vaqtida aniqlash, tug'ruqni boshqarish taktikasini tor chanoq darajasiga bog'liq holda olib borish natijasida perinatal o'lim va boshqa asoratlar kamayishi mumkin.

Profilaktikasi. Funksional jihatdan tor chanoqda uchraydigan asoratlarning oldini olishda oilaviy poliklinika muhim rol o'ynaydi. Agar ayollarda anatomik tor chanoq yoki funksional tor chanoqqa olib kelishi mumkin bo'lgan sabablar aniqlansa, ayol yuqori xavf guruhiga kiritiladi va homiladorni tekshirish maqsadida akusherlik bo'limiga tug'ruqdan 7—10 kun oldin yotqiziladi. Bu yerda tug'dirish usullari aniqlanadi va rasional olib boriladi.

Amaliy ko'nikmalar.

1. Sangemeyster sinamasi

Maqsad: klinik tor chanoqni aniqlashda foydalaniladi.

Asboblari: chanoq o'lchagich.

1. Ayol kushetkaga homila pozitsiyasiga qarab yotqiziladi.

2. Chanoq o'lchagich bir uchi rombsimon chuqurchaning yuqori burchagiga qo'yiladi, ikkinchi uchi simfizning yuqori ravog'iga qo'yiladi.

3. Chanoq o'lchagichning birinchi uchi rombsimon chuqurchaning yuqori burchagiga qo'yiladi, ikkinchi uchi homilaning boshiga qo'yiladi.

4. Birinchi holda olingan oraliq masofa ikkinchi holdagidan katta bo'lsa «Sangemester manfiy» deyiladi.

5. Agar birinchi holda olingan oraliq masofa ikkinchisi bilan teng bo'lsa, «Sangemester teng» deyiladi.

6. Agar birinchi holda olingan oraliq masofa ikkinchisidan kichik bo'lsa, «Sangemester mushat» deyiladi, bu holda tug'ruq kesarcha kesish bilan tugallanadi.

2. Vasten sinamasi

Maqsad: chanoqni funksional baholash.

Sharoi: homilador ayol kushetkaga gorizontal holatda yotqiziladi.

1. Chap qo'lning ikkinchi va uchinchi barmoqlari homila boshiga qo'yiladi.

2. O'ng qo'lning ikkinchi va uchinchi barmoqlari qov suyagining yuqori ravog'iga qo'yiladi.

3. Agar chap qo'lning barmoqlari o'ng qo'lning barmoqlaridan yuqori tursa, «Vasten musbat» deyiladi.

4. Agar chap qo'lning barmoqlari o'ng qo'lning barmoqlaridan past tursa, «Vasten manfiy» deb baholanadi.

5. Agar chap qo'l barmoqlari o'ng qo'l barmoqlari bilan bir tekislikda tursa, «Vasten teng» deb baholanadi.

Masalalar

1. Qayta tug'uvchi 26 yoshdagi ayol. III homiladorlik, III tug'ruq. Tug'ruqda 20 soatdan beri. 22 soat avval suvlar ketgan. Tana harorati 38,8, titroq, yiringli ajralmalar. Surtma tahlilida – leykositlar ko'p miqdorda. Chanoq o'lchamlari: 26-27-31-17. Homila joylashuvi bo'ylama, oldinda keluvchi qismi – boshcha. Boshcha chanoqqa taqalgan. Homila boshchasining biparietal o'lchami 12 sm. Vasten belgisi +. Kontraksion halqa simfiz va kindik o'rtasida joylashgan. Homila yurak urishi daq. ga 160 marta, bo'g'iqlashgan.

R.V. Bachadon bo'yni to'liq ochilgan. qog'anoq pardasi yo'q, homila boshchasi chanoqqa kirish qismiga taqalgan, boshchada tug'ruq shishi. Diagonal kon'yugata 10 sm.

I. Tashxis. II. Tug'ruq qanday olib boriladi?

2. Qayta tug'uvchi 28 yoshdagi ayol. II homiladorlik, II tug'ruq. Chanoq o'lchamlari: 23-26-29-18. QA – 107 sm, BTB – 35 sm. Homila joylashuvi

bo'ylama, oldinda keluvchi qismi – boshcha. Homila yurak urishi daq.ga 136 marta, aniq. Suvsizlik davri 5 soatni tashkil etdi. R.V. Bachadon bo'yni to'liq ochilgan, qog'anoq pardasi yo'q, homila boshchasi chanoq kirish qismiga yaxshi taqalgan. O'q-yoysimon chok chanoqqa kirish qismining to'g'ri o'lchamida, kichik liqildoq dumg'azaga qaragan. Diagonal kon'yugata 11 sm.

I. Tashxis. II. Tug'ruq qanday olib boriladi?

3. 26 yoshdagi tug'uvchi ayol tug'ruqning I davrida qabul qilindi. II tug'ruq. I- tug'ruq homila o'limi bilan tugallangan. Mixaelis rombi yassilashgan. Chanoq o'lchamlari: 26-26-31-17. Solovyev indeks 15 sm. To'lg'oqlar kuchli, har 2 daq.da 40-45 sekunddan. Sangemeyster o'lchami 17 sm. P.V. Bachadon bo'yni 8 sm ochiq. Qog'anoq pufagi aniqlanadi. Homila boshchasi chanoqqa taqalgan. Diagonal kon'yugata 10,5 sm.

I. Tashxis? II.Tug'ruqni olib borish rejasi? III. Yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar?

4. Birinchi tug'uvchi ayol, 28 yoshda, chanoq o'lchamlari: 25-28-31-18. Solovyev indeks 14 sm. Homilaning taxminiy vazni 3000 g. Homila joylashuvi bo'ylama, birinchi pozitsiya, oldinda boshcha. To'lg'oqlar har 1-2 daq.da, kuchli, 40 sekunddan. Suvlar 1 soat avval ketdi. P.V. Bachadon bo'yni silliqdashgan, chetlari yumshoq, og'zi 10 sm ochiq. Qog'anoq pardasi yo'q. Homila boshchasi kichik segmenti bilan kichik chanoqda, o'q-yoysimon chok ko'ndalang o'lchamda, promontoriyga yaqin. Kichik liqildoq katta liqildoq bilan bir tekislikda. Diagonal kon'yugata 11 sm.

I. Tashxis? II.Tug'ruqni olib borish rejasi? III. Yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar?

5. Qayta tug'uvchi ayol 26 yosh, tug'ruqning birinchi davrida kelgan. Tug'ruq ikkinchi. Birinchi homiladorlikdan o'lik homila tug'ilishi kuzatilgan. Mixaelis rombi – yassilashgan. Chanoq o'lchamlari 26-26-31-17. Solovyov indeks 15sm. Kuchaniq har 2 daq.da 40-45 sekunddan. Sangemeyster o'lchami 17 sm. Ochilishi 8sm, qog'anoq pufagi butun. Homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalgan. Diagonal kon'yugata 10,5sm.

Tashxis, tug'ruqni olib borish taktikasi, asoratlari.

6. Homiladorlik patologiyasi bo'limiga 26 yoshli homilador kelgan. Homiladorlik vaqti 38 hafta. Chanoq o'lchamlari 23-26-29-18 sm. Diagonal kon'yugata 11 sm, exografiya ko'rsatgichlari: homila bosh holatida, taxminiy vazni- 2300gr. Bachadon tubida yo'ldosh yetilishining 3 darajasi. Doplerometriyada qon aylanishi tizimi ona-yo'ldosh - homila II darajali buzilishi, kamsuvliligi aniqlangan. Tashxis? Tug'ruqni qanday o'tkazish kerak?

7. 34 yoshli tug'uvchi ayol. III homiladorlik, II tug'ruq. I homiladorlik 3 yil avval tug'ruq qiyin kechganligi sababli o'lik homila tug'ilishi bilan tugallangan. Homila vazni 3400gr., miyaga qon quyilgan. II homiladorlik 1 yildan keyin abort bilan tugallangan. Hozirgi homiladorlik anamneziga ko'ra vaqtdan o'tgan. Chanoq o'lchamlari 27-28-30-17,5. Mixaelis rombining yuqori burchagi yassilashgan.

R.V. Bachadon bo'yni to'la ochiq, homila boshchasi chanoqqa taqalgan. O'q-yoyisimon chok ko'ndalang o'lchamda, kichik liqildoq chapda, katta liqildoq o'ngda. Diagonal kon'yugata 10,5 sm. Vasten belgisi +. Yaxshi tug'ruq faoliyatida 2 soat ichida homila boshchasi konfiguratsiyasi kuzatilmadi. I. Tashxis? II.Tug'ruqni olib borish rejasi?

8. Muddatli tug'ish, katta homila, vazni 4300 gr. Tug'ishning 3-davri 10 daqiqa davom etadi. Yo'ldoshning to'liq ajralish alomatlari yo'q. Qon yo'qotish 250 ml ga yetdi. Qon oqishi davom etayapti. Tashxis? Nima qilish kerak?

9. Tug'adigan ayol tug'ishning 2 davrida 1 soatdan buyon turibdi. 5-homiladorlik, 4-tug'ish.Homilaning taxminiy massasi 4200 gr. Homila yurak urishi ritmik , aniq-160 daq.To'lg'oqning kuchanish xarakteri har 3 daqiqada-35-40 sek. davom etadi. Chanoq o'lchamlari 25-28-31-20sm. Qin tekshiruvida bachadon og'zi to'la ochiq. Homila boshi kichik chanoqqa kirayapti. Homila kalla suyaklari zich, choki va chuqurchalari yaxshi bilinmaydi. Chanoq -dumg'aza do'mbog'iga yetib bo'lmaydi, suv ketayapti, chiqindilar bilan aralashgan. Tashxis? Taktikangiz ?

O'rgatuvchi testlar:

1.Homiladorlikda chanoqning va homila boshining klinik mos kelmasligini qanday belgilaridan bilish mumkin?

Tug'ruqdan oldin chanoqqa kirish txisligida turgan homila boshi harakatchan.

Homilaning noto'g'ri yotishi va joylashishi.

Bachadon tubining homiladorlik oxirida yuqorida turishi.

Osilgan yoki cho'qqaygan qorin.

2.To'g'ri javoblarni ko'rsating:

ATCH-bunda hamma o'lchamlar yoki 1 ta o'lcham 1,5-2sm ga qisqargan bo'ladi.

ATCH- chin kon'yugataning o'lchami qisqargan chanoq.

KTCH-bu homila boshi o'lchami va ona chanog'ining bir-biriga mos kelmasligi.

3.ATCH ning 3ta torayganlik darajasini ko'rsating:

I darajasi-chin kon'yugata 10-8 sm ga teng.

II darajasi-chin kon'yugata 8-6 sm ga teng.

III darajasi-chin kon'yugata 6 sm va undan kam.

4. Anatomik va klinik tor chanoqqa ta'rif bering?

ATCH- bu chanoq bir yoki barcha o'lchamlarining 1,5-2sm va ko'pg'a torayganligi.

KTCH - homila boshi va ona chanog'i o'rtasidagi nomutanosiblik

5. Tor chanoqning ko'p uchraydigan formalarini ayting:

Umum toraygan tor chanoq.

Oddiy yassi chanoq.

Yassi raxitik chanoq.

Ko'ndalangiga toraygan chanoq.

Kichik chanoq keng tekisligi to'g'ri o'lchami toraygan chanoq.

6.Yassi raxitlik chanoqning 5 belgisini ayting:

Yonbosh suyaklar qanotlari yoyilgan, distansiya spinarum distansiya cristarum ga yaqinlashgan.

Mixaels rombi uchburchak shaklida bo'ladi.

Promontorium qovga yaqinlashgan.

Chanoqqa kirish buyrak ko'rinishida bo'ladi.

Chanoq kirish tekisligining to'g'ri o'lchami toraygan.

7. Ko'ndalangiga toraygan chanoqning 4 belgisini ayting?

Chanoq ko'ndalang o'lchamlarining 0,6 – 1 sm va bundan ko'pga torayganligi.

Chanoqqa kirish va toraygan tekisliklari to'g'ri o'lchamlari nisbatan toraygan yoki kengaygan.

Chanoqqa kirish aylana yoki bo'ylama – oval ko'rinishda bo'ladi.

Yonbosh suyaklari qanotlari kam yoyilgan.

Qov ravog'i tor.

8. Homiladorlikda qaysi 4 belgiga asosanib klinik tor chanoqni aniqlaymiz?

Boshning o'ta konfiguratsiyasi

Vasten va Sangemester belgilarining musbat bo'lishi.

Vaqtidan oldin kuchanish boshlanishi

Yaxshi tug'ruq faoliyati va bachadon bo'ynining to'liq ochilganligiga qaramasdan homila boshining harakati bo'lmasligi

Siydik tutilishi

9.ATCH da homiladorlikda kuzatiladigan 5 asoratlarni sanab o'ting:

Qog'anoq suvlarining barvaqt ketishi.

Homila mayda qismlarining tushishi.

Homila noto'g'ri holatining hosil bo'lishi.

Homila chanog'i bilan kelishi.

Homila boshining noto'g'ri suqilishi.

10.KTCH ga olib keluvchi 5 asosiy sababni ayting?

Anatomik tor chanoq

Katta homila

Gidrosefaliya

Homila boshi konfiguratsiyasi yo'qligi

Homila boshining noto'g'ri suqilishi

11.ATCH da tug'ruqning klinik kechishi xususiyatlari?

Cho'zilib ketgan tug'ruq.

Tug'ruq kuchlari sustligi.

Qog'anoq suvining barvaqt ketishi, kindik va homila mayda qismlarining tushib ketishi.

Homila gipoksiyasi.

Tug'ruqning III va ilk chilla davrida qon ketish.

12.Tor chanoq bilan tug'ruqda kuzatiladigan asoratlari:

Tug'ruqda endometrit.

Klinik tor chanoq.

NJYBK.

Perinatal o'lim.

Tug'ruqning III va ilk chilla davrida qon ketishi.

Tug'ruqda ona va bola jarohati.

Tug'ruq kuchlari nuqsonlari.

Yuqori foizda operativ tug'ruq.

13. Tor chanoq bilan chilla davrida kuzatiladigan asoratlari?

Chilla davri septik kasalliklari

Ik chilla davrida gipotonik va atonik qon ketishlar

Siydik yo'li bilan jinsiy a'zolar o'rtasida oqma yaralar paydo bo'lishi

Chanoq birikmalarining jarohati

Yumshoq tug'ruq yo'llari jarohati

14. ATCH rivojlanishining asosiy sabablari:

Bolalikda to'yib ovqatlanmasligi.

Yoshligida o'tkazilgan kasalliklar:raxit, poliomielit, bolalar serebral falaji

va b.

Chanoq, oyoqlar va umurtqa sinishi, jarohati.

Suyak sili.

Osteomalyatsiya.

15. Umurtqaning qanday deformatsiyasi tor chanoq rivojlanishiga olib keladi?

Kifoz.

Skolioz.

Spondilolisteroz.

Dumg'aza deformatsiyasi.

16. Hozirgi paytda chanoqning ko'ndalang torayishiga olib keluvchi omillar:

Akseleratsiya.

Sportchi qizlarning hayzni to'xtatish uchun gormonlar qabul qilishi

17. Hozirgi paytda tor chanoqning qaysi 3 xili ko'p uchraydi

Ko'ndalangiga toraygan.

Kichik chanoq keng tekisligi to'g'ri o'lchami toraygan chanoq.

18. ATCHni aniqlashning asosiy usullari:

Anamnez.

Umumiy ko'rik

Tashqi pelveometriya.

Qin orqali ko'rik.

19. ATCHni aniqlashda qo'shimcha usullar:

UTT

Rentgenopelveometriya.

Komp'yuter tomografiyali pelveometriya.

Magnit- rezonans tomografiya.

20. ATCHni aniqlashda qaysi anamnez ma'lumotlari yordam beradi?

Bolalikda o'tkazilgan raxit, poliomielit.
Chanoq, umurtqa, oyoqlarning jarohatlari.
Oldingi tug'ruqlarning asoratli kechishi.

Anamnezida operativ tug'ruq.

Chaqaloqlarda o'lik tug'ilish, miya jarohatlari, erta neonatal davrda nevrologik statusning buzilishi, erta bolalar o'limi.

21. Homiladorni tashqi ko'ruvda qaysi ma'lumotlar tor chanoq borligini ko'rsatadi?

Bo'yi 150 sm dan past.

Boshi kvadrat shaklida, oyoqlar deformatsiyasi.

O'tkir uchli va osilgan qorin.

Chanoq egilish burchagi kichiklashadi.

Mixaels rombi o'lchamlari kamayishi va uning deformatsiyasi.

22. ATCH da kesarcha kesishga 6 asosiy ko'rsatmani ayting:

Katta homila.

Muddatidan o'tgan homiladorlik.

Homila surunkali gipoksiyasi.

Homila chanog'i bilan yoki noto'g'ri yotishi.

Kesarcha kesishdan keyingi holat.

Akusherlik anamneziga moyil, 30 yoshdan o'tib birinchi tug'uvchilar.

23. Anatomik tor chanoqda tug'ruqni boshqarish tamoyillari.

Tug'ruqda chanoqni funksional baholash

Vaqtidan oldin qog'anoq suvlarining ketishi profilaktikasi

Tug'ruq faoliyati anomaliyasi profilaktikasi.

Homila gipoksiyasi profilaktikasi.

Homila va ayolning ahvolini kuzatish.

XXV BOB

HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

Maqsad.

Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishi tushunchasi, sabablari, tashxis qo'yish, tug'ruqning kechishi, asoratlari va uni olib borishni o'rganish.

REJA.

3. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishi haqida tushunchani bilish.

4. Homila ko'ndalang yoki qiyshiq yotishi sabablarini o'rganish.

3. Tashxis qo'yish, tug'ruqning kechishi.

4. Tug'ruqning asoratlari va tug'ruqni olib borish.

Ko'pincha homila bachadonda uzunasiga yotadi. Bu 99,5% ni tashkil qiladi. Qolgan 0,5% hollarda homila ko'ndalang yoki qiyshiq yotadi, ya'ni homila o'qi bachadonning bo'ylama o'qini to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan holda kesib o'tishi 200—250 tug'ruqda bittaga to'g'ri keladi.

Agar homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan to'g'ri burchak hosil qilsa, homilaning ko'ndalang yotishi, o'tkir burchak hosil qilsa, homilaning qiyshiq yotishi deyiladi. Homilaning qiyshiq yotishi ko'ndalang yotishidan ko'ra ko'proq uchraydi.

Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi har xil sabablarga ko'ra vujudga keladi. Bu holat birinchi tug'uvchilardan ko'ra, qayta tug'uvchilarda ko'proq uchraydi. Bunga quyidagilar sabab bo'ladi:

1. Ko'p tuqqan ayollarda qorin devori ko'pincha shunchalik bo'shashib ketadiki, homila o'z shaklini osonlikcha o'zgartiradigan bo'lib qoladi.

2. Ko'p suvlilik ham bachadon devorini ancha kengaytirib yuboradi. Natijada homilaning qimirlashiga qulay sharoit tug'iladi. Shunga ko'ra juda qo'zg'aluvchan homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq holatda turib qolishi oson bo'ladi.

3. Egiz homilada, ko'pincha homilalardan bittasi ko'ndalang yoki qiyshiq yotib qolishi mumkin.

4. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq holatda turib qolishi ko'pincha bachadon rivoji anomaliyasida uchraydi. Masalan, uterus arcuatus da bachadonning ko'ndalang o'lchovi uning uzunligidan katta bo'ladi, shunga ko'ra homila ko'ndalang yoki qiyshiq joylashadi. Bachadon devorida mioma bo'lganda ham shu holatlarni uchratish mumkin.

5. Chanoq tor bo'lganda ham homilaning ko'ndalang bo'lib qolishiga qulay sharoit tug'iladi. Qorinning osilib tushishi, qog'anoq suvining ko'p bo'lishi, homila boshining kattaligi, vaqtdan ilgari tuq'ish va o'lik homilada ham homilaning ko'ndalang va qiyshiq holatda yotganligini kuzatish mumkin.

Tashxis qo'yish. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning faqat qorinini ko'rish bilanoq buni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirilganda uning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu muddatdagi bo'ylama yotishidagi holatdan ancha pastda bo'ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko'rib aniqlanadi (Leopold -Levitskiy usuli). Ko'ndalang holatlarda homilaning qanday holatda ekanligi boshining turishiga qarab aniqlanadi.

Agar homilaning boshi chap tomonda turgan bo'lsa, bu birinchi holat, agar o'ngda turgan bo'lsa, ikkinchi holat hisoblanadi. Har bir holatning ikki xil ko'rinishi bor: agar homilaning orqasi oldinga (onaning qorin devori tomoniga) qaragan bo'lsa, oldingi ko'rinish, orqaga (onaning umurtqalariga) qaragan bo'lsa, orqa ko'rinish bo'ladi. Odatda birinchi holat va oldingi ko'rinish ko'p uchraydi (25.1., 25.2- rasmlar).

Qorin devori orqali paypaslab ko'rilganda bachadon tubi va suyagi usti sohasidan homilaning yirik qismlarini topib bo'lmaydi. Paypaslaganda homilaning faqat ko'ndalang yotganigina emas, balki uning holati va qaysi ko'rinishda ekanligi aniqlanadi.

Homilaning yurak urishini eshitish orqali ham uning qaysi holatda yotganini aniqlash mumkin. Agar homilaning yurak urishi ayol kindigining chap

yonida eshitilsa, homilaning birinchi holatda, o'ng yonida eshitilsa, ikkinchi holatda ekanligi aniqlanadi.

Homilaning ko'ndalang yotganligini va qaysi ko'rinishda ekanini suv ketgandan keyin tug'ruq vaqtida ichki tekshirish yo'li bilan ham aniqlash mumkin. Bachadon bo'yni to'la ochilmay turib, qin orqali tekshirish qog'anoqning yorilib ketish xavfini tug'diradi. Suv ketgan bo'lsa,

oldinga keluvchi qismlari, yelka kamari, qo'l, ko'krak qafasini topish oson bo'ladi.

Homilaning qaysi holatda yotganini qo'ltiq osti chuqurchasi orqali ham aniqlasa bo'ladi. Agar qo'ltiq osti chuqurchasi chap tomonga berak bo'lsa, birinchi holat, aksincha bo'lsa, ikkinchi holat bo'ladi.

O'mrov suyaklari va kuraklarning turishiga qarab ham homilaning qaysi holatda ekanligini aniqlash mumkin. Agar bunda homilaning kuraklari oldinga, o'mrov suyaklari orqaga qaragan bo'lsa, oldingi ko'rinish, aksincha bo'lsa-orqa ko'rinish bo'ladi. Ba'zan suv ketishidan homilaning qo'li qinga tushib qoladi (bu patologik holatdir). Bunda tashxis qo'yish oson bo'ladi. Qaysi qo'lning- chap yoki o'ng qo'lning tushganligini ham bilish katta ahamiyatga ega. Buning uchun homilaning tushgan qo'li bilan faraz qilib «ko'rishish» kerak. Agar tushgan qo'l shifokorning o'ng qo'liga to'g'ri kelsa-bu homilaning o'ng qo'li, aksincha bo'lsa-chap qo'li ekanligini ko'rsatadi.

Tushgan qo'lni to'g'ri qilib, kaftini oldinga qaratgan holda qo'yilganda, agar katta barmoq o'ngga qaragan bo'lsa, bu o'ng qo'l, chapga qaragan bo'lsa, chap qo'l bo'ladi. Shunday qilib, homila birinchi holatda bo'lganda o'ng qo'lning tushishi- oldingi ko'rinish, chap qo'l tushsa, orqa ko'rinish ekanligidan dalolat beradi. Ikkinchi holatda o'ng qo'lning tushishi orqa ko'rinishni, chap qo'lning tushishi-oldingi ko'rinishni ko'rsatadi.

Homila ko'ndalang yoki qiyshiq yotganda ayolda subyektiv holat unchalik bilinmaydi. Ammo ularda homiladorlikning barvaqt to'xtashi, qog'anoq suvining erta ketib qolishi ko'p uchraydi.

Tug'ruqning kechishi. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi eng og'ir holatlardan biri hisoblanadi. Bunda homilaning mustaqil, o'zi aylanib turilishi kamdan-kam uchraydi. Homila kichik, yaxshi qo'zg'aluvchan bo'lganda va qiyshiq yotganda mustaqil tug'ilishi mumkin. Ba'zan homila muddatiga yetmay ona qornida o'lganiga ancha bo'lib, chirigan (maseratsiya) bo'lsa yoki katta bo'lmasa, u o'z-o'zidan burilib yoki ikkiga bukilgan holda tug'ilishi mumkin. O'z-o'zidan burilib tug'ilganda tug'ruq faoliyati kuchli bo'lishi natijasida homila



25.1.-rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi. Birinchi holat oldingi ko'rinishda, bachadon bo'ynining ochilish davri, qog'anoq yorilmagan.



25.2.- rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi, ikkinchi holat, orqa turi.

qismlari ketma-ket tug'iladi: bunda homila yelkasi chanoq kirish qismiga mahkam suqiladi, tanasi bukilgan holatni oladi, dumbalari, oyoqlari tug'ilib bo'lgach, ikkiichi yelkasi va nihoyat homilaning boshi tug'iladi. Bu holatni o'lgan va chala homilalarda kuzatish mumkin.

Homila buklanib tug'ilganda, ikkiga bo'lingan holda oldingi yelka, so'ngra qorniga bosilgan (siqilgan) holda tana va boshi, eng oxirida dumbasi va oyoqlari chiqadi. Ko'pincha tug'ruq homila noto'g'ri yotgan holda boshlanadi. Og'ir holatlar tug'ruqning birinchi davrida ro'y beradi. Homila noto'g'ri yotganda tug'ruq akusherlik yordamisiz o'tsa, odatda bachadon yorilishi, homila ona qornida o'lib qolishi mumkin. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda oldinda keluvchi qism bo'lmaydi, shuning uchun qog'anoq suvi ikkiga — oldingi va orqa suvga bo'linmaydi. Bunday holda bachadon bo'yni to'la ochilib bo'lmasdanoq, bosim ta'sirida qog'anoq yoriladi, qog'anoq suvining vaqtidan ilgari ketib qolishi odatda tug'ruq dardining susayishiga sabab bo'lishi mumkin.

Suv ketganda kindik tizimchasining qinga tushishi ham og'ir patologik holat hisoblanadi. Qog'anoq suvining oldin ketib qolishiga sabab homilaning oldinda keluvchi qismi yo'qligidir (odatda homila boshi bilan tug'ilganda homila boshida taqalish kamari vujudga kelishi natijasida qog'anoq suvi oldingi va orqa suvga bo'linadi hamda kindik tushishi uchun sharoit bo'lmaydi).

Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda bachadon ichida dard natijasida bosim kuchli bo'lib, taqalish kamari bo'lmaganiga ko'ra qog'anoq bosimga bardosh berolmay yorilib, suvi ketib qoladi va dard kuchi ta'sirida homila bachadonning pastki segmentiga joylashadi-da, sira qo'zg'almaydigan bo'lib qoladi. Homilaning orqa umurtqasi qayriladi, ko'pincha homila qo'li tushib, ko'karib qoladi. Har safar dard tutganda homila chanoq kirish yo'liga yelkasi bilan chuqurroq tiqilib kira boradi, shunday qilib cho'zilib, kengayib taranglashgan bachadonning pastki segmentiga homilaning ko'p qismi joylashadi (25.3.- rasm). Natijada ko'ndalang va qiyshiq holatning o'tib ketgan turi vujudga keladi.

Shu holatda dard tutish davom etaveradi, bachadon muskullarida tetanik qisqarish boshlanadi. Bu Bandl belgisi deb yuritiladi. Qorin devori orqali bachadon ko'rinishi ikkiga bo'linib turadi (8 raqami kabi). Kindik sohasida qiyshiq ariqcha (retraksion halqa) paydo bo'ladi. Bunda bachadonning pastki segmenti kengayib, homila shu qismiga joylashib qoladi. Retraksion halqa esa, yuqorida aytganimizdek, bachadonning aktiv va passiv qismlarini ajratuvchi hisoblanib, uning joylashishi bachadonning pastki segmenti haddan tashqari kengayib ketganidan dalolat beradi. Bachadonning dumaloq boylami (lig. rotundum), ayniqsa chap tomondagisi tarang tortiladi. Bu hamma belgilar homilaning haddan tashqari ko'ndalang yotib qolganligini ko'rsatadi. Bunda ko'pincha homila tug'ilishga imkon topolmay, nobud bo'ladi (25.4.- rasm).

Tug'ayotgan ayol betoqat bo'ladi, tomir urishi tezlashadi, bachadon pastki segmentidagi og'riq zo'rayadi. Bu vaqtda to'satdan qichqirib yuboradi, ba'zan ayol qornida «bir narsa yirtilganidan» shikoyat qilib, ahvoli og'irlashadi. Ayol oqarib ketadi, pulsi susayadi, qon bosimi pasayib ketadi, qindan qon keladi. Homila qorin bo'shlig'iga chiqadi, shunga ko'ra og'riq shakli o'zgaradi.

Ba'zi hollarda homila ko'ndalang yotganda tug'ruq oqibati boshqacha bo'lishi ham mumkin. Bunda tug'ruq kuchining ikkinchi sustligi vujudga kelib, tug'ruq to'xtaydi, bachadon ortiq qisqarmaydi, tug'ruq yo'llari ochiq bo'lishi natijasida yuqoriga ko'tariluvchi infeksiyaning avj olishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Hatto septik holat vujudga keladi (endometrit, peritonit, sepsis va boshqalar). Ko'ndalang va qiyshiq joylashgan homila kamdan-kam hollarda o'z-o'zidan aylanadi, shunda bosh yoki chanoq qismi birinchi bo'lib tug'iladi. Ammo odatdan homila bunday holatda tug'ila olmaydi.



25.3.- rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi: yelka bilan kelishi.



25.4. -rasm. Homilaning bachadonda ko'ndalang yotganidagi o'tib ketgan holati

Tug'ruqni boshqarish. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotganligini homiladorlikning 7-8- oylaridan aniqlash mumkin. Chunki bundan erta muddatlarda homila hali qo'zg'aluvchan bo'ladi. Ba'zan 7-8-oylarda ham qo'zg'aluvchan bo'ladi va o'zining yotish holatini tez-tez o'zgartirib turadi. Agar ayol homilaning katta qismi joylashgan yonboshida ko'proq yotsa, uning ko'ndalang holatdan bo'ylama holatga o'tishiga qulaylik tug'iladi. Agar homila boshi chap yonboshda, dumbalar esa bachadonning o'ng burchagida bo'lsa, homilador chap yonboshi bilan, aksincha bo'lsa o'ng yonboshi bilan yotishi kerak.

Agar homila qiyshiq yoki ko'ndalang holatda qolaversa, homiladorlikning 35- haftasida ayol tug'ruqxonaga yuboriladi.

Hozirgi paytda homila tirik bo'lsa ko'p hollarda kesarcha kesish usuli qo'llaniladi. Bu operatsiya agar homila katta, chanoq kichkina bo'lsa, katta yoshdagi (30 yoshdan oshiq) ayollarda, platsenta oldin kelganda, agar ko'ndalang yotishning o'tib ketgan turi bo'lmasa, homila tirik bo'lsa-da, infeksiya bo'lmasa (ba'zan infeksiyalangan bo'lsa-da, homila tirik bo'lsa, kuchli antibiotiklardan foydalanib, qorin bo'shlig'ini chegaralangan holda) homila hayotini saqlash uchun harakat qilinadi.

Bunday hollarda chanoq ichi a'zolaridagi o'smalarda (mioma, kista), bachadondagi ilgari kesarcha kesish operatsiyasidan keyin va abortda bachadon teshilganda tixilgan chandiqlar, bachadonning yorilish havfi bo'lganda kesarcha kesish operatsiyasi qo'llaniladi. Kesarcha kesish operatsiyasi qog'anoqni yormasdan oldin qilinadi, shunda infeksiya tushishi havfi bo'lmaydi. Ba'zi hollarda qog'anoq suvi erta ketib qolib, homila kindigi suv bilan birgalikda qinga sirg'anib tushib qoladi, bunda darhol kesarcha kesish operatsiyasni boshlash kerak.

Ko'ndalang va qiyshiq yotish prognozi tug'ruqni boshqaruvchi shifokorning mahoratiga bog'liq. U vaqtida tashxis qo'yib, ayolni tug'ruqxonaga yotqizishi va tug'dirish rejalarini tuzib, ayolga yordam berishi kerak.

Ko'ndalang yotishning oldini olish uchun tug'ruq va chilla davrini to'g'ri olib borish kerak. Bachadon va qorin devorlari bo'shashib qolishining oldini olish uchun maxsus profilaktika choralarini qo'llanadi. Shu bilan birga jismoniy tarbiya mashg'ulotlaridan foydalanish va bandaj taqish keng tarqalgan tadbirlardan hisoblanadi. Jismoniy mashg'ulotlarni tug'ruqxonalarda va uyda patronaj hamshira kuzatuvda va mustaqil amalga oshiriladi.

Masalalar:

1. Tug'ruqxonaga tug'uvchi ayol homilani ko'ndalang holatda, qo'li tushgan holatda keltirildi. Homilaning yurak urishi eshitilmayapti. Tashxis? Bu holatda qanday tug'ruq jarayoni o'tkazish mumkin?

2. Tug'ruqxonaga 25 yoshli qayta homilador vaqtidan oldin homila suvlari ketishi tufayli homiladorlikning 38- haftasida keltirildi. Anamnezida o'z vaqtida akusherlik qisqichlari yordamida tuqqan. Lekin og'ir nefropatiya tufayli tug'ish faoliyati yo'q. AQB 150-90 mm. sim. ust. Yuz va qorin devorlari hamda oyoqda shishlar borligi aniqlangan. Homila holati ko'ndalang. Dumba-chanoq harakatchan. Kichik chanoq qismida joylashgan. Homila yurak urishi bo'g'i, ritmik, daqqa 140. Qin tekshiruvda bachadon bo'yni uzunligi 2,5 sm. Bachadon bo'yni kanaliga 1 barmoq sig'adi, qog'anoq pufagi yo'q. Homila chanoq-dumba qismi kichik chanoq qismida, barmoq promontoriumga yetib bormaydi.

Tashxis? Bu holatda tug'ishning usuli?

O'rgatuvchi testlar:

1. Homilaning ko'ndalang joylashish belgilari qanday?

Homilaning oldinda yotgan qismi bo'lmaydi.

Homilaning boshi o'ng tomonda yoki chapda joylashadi.

Homilaning yurak urishi kindik sohasida yoki kindikdan yuqorida eshitiladi.

Rentgenogrammada ona umurtqasi va homilaning umurtqa pog'onasi to'g'ri burchak hosil qilib kesishadi.

2. Homilaning ko'ndalang yotishi asoratlari qanday?

Homila oldi suvining tug'ruqdan oldin va erta ketishi.

Tug'ruq yo'lidan ko'kargan, shishgan qo'lchanning osilib tushishi.

Homila yelkasi kichik chanoqqa kirish tekisligida.

Homila yelkasi kichik chanoqqa tiqilib qolgan.

Bachadon yirtilishi.

3. Homilaning noto'g'ri joylashishida homiladorlik va tug'ruq asoratlari:

Homilaning muddatdan oldin tug'ilishi.

Tug'ruqdan oldin suv ketishi.

Tug'ruqdagi endometrit.

Kechikkan, homilaning ko'ndalang kelishi.

Kindik va mayda qismlarining tushib qolishi.

4. Homilaning ko'ndalang kelishi sabablari qanday?

Anatomik tor chanoq.

Ko'psuvlilik.

Ko'phomilalik.

Yirik homila.

Yo'ldoshning oldin kelishi.

5. Homila ko'ndalang yotganda tug'ruqning kechishi va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlari:

Tug'ruq kuchlarining sustligi.

Qog'anoq suvlarining barvaqt ketib qolishi.

Tug'ruqning cho'zilib ketishi .

Kindik va mayda qismlarining tushishi.

Bachadon yorilish xavfi.

Tug'ruqdagi endometrit.

6. Homila ko'ndalang yotishining oldini olish va terapevtik chora-tadbirlar:

Jismoniy zo'riqishni kamaytirish.

Qabziyatning oldini olish.

Homila holatiga mos yoniga yotqizish.

35-36- haftaligida tug'ruqxonaga yotqizish.

7. Homila ko'ndalang yotishiga xos belgilarini ayting?

Homila bo'ylama o'qi, bachadon bo'ylama o'qini to'g'ri burchak ostida kesib o'tadi.

Homila oldinda yotgan qismi yonbosh suyagida qirrasidan yuqorida joylashgan.

Homila vaziyati boshiga qarab aniqlanadi : boshi chapda I - vaziyat, boshi o'ngda II-vaziyat.

Homila vaziyatining ko'rinishi homila orqasiga qarab belgilanadi.

Homila oldinda yotgan qismi aniqlanmaydi.

8. Homila noto'g'ri joylashganda tashxis qo'yish:

Ko'ruv.

Palpatsiya.

UTT.

Qin orqali tekshiruv

9. Homila ko'ndalang yotganda tug'ruqni olib borishning eng qulay usuli:

Kesarcha kesish.

10. Homila ko'ndalang yotganda tug'ruqda paydo bo'ladigan kesarcha kesishga ko'rsatmalar:

Ko'ndalang yotishning o'tib ketganligida, tirik homila va infeksiya belgilari yo'q bo'lsa.

Bachadon yorilish xavfi paydo bo'lganda.

Qog'anoq suvlarining erta ketishi.

Homila mayda qismlari va kindigi tushib qolishi.

XXVI BOB

AKUSHERLIK JAROHATLARI

Maqsad. Tug'ruq yo'lidagi yumshoq to'qimalarning shikastlanishi va ularni tixishni, bachadonning ag'darilib chiqishi va bachadon yorilishining sabablari, tashxis qo'yish, bu asoratlarning oldini olishni o'rganish.

Reja.

1. Tug'ruq yo'lidagi yumshoq to'qimalarning shikastlanishi.
2. Bachadon bo'yni, qin va oraliq yirtilishini tiklash.
3. Bachadonning ag'darilib chiqishi.
4. Bachadon yorilishining sabablari, tashxis qo'yish.

26.1. TASHQI JINSIY A'ZOLAR VA CHOTNING SHIKASTLANISHI

Tug'ruqning ikkinchi davrida ko'pincha tug'ruq yo'lidagi yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, tug'ruqning uchinchi va bundan keyingi ilk davrlarida qon ketishiga (agar arteriya yoki yirik vena qon tomirlari shikastlansa) sabab bo'lishi mumkin. Jarohat klitor yon-atrofida bo'lsa, bu a'zo qon tomiriga boy bo'lgani uchun ko'p qon ketishiga olib keladi. Akusherlik jarohati tug'ruq yo'li va chot to'qimalari, qin devori, bachadon bo'ynining ozroq jarohatlanishidan tortib, hatto bachadon yirtilishi kabi asoratlardan iborat bo'lishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolari, chot shikastlanishi va yirtilishi birinchi marta tug'ayotgan, ayniqsa chala, shuningdek muddatidan o'tib tuqqan ayollarda ko'p uchraydi. Bundan tashqari, qinga kirish qismining yallig'lanishi — vulvit, qinning yallig'lanishi — kolpit kasalliklari homiladorlik davrida yaxshi davolanmaganda ham uchraydi. Tug'ruq vaqtida qin yumshoq to'qimalari haddan tashqari cho'zilishi natijasida yirtilishi mumkin. Bu to'qimalar tug'ruqda akusher oraliqni yirtilishdan ehtiyot qilmaganda, tug'ruq yo'llarining cho'zilish qobiliyati susayganda (30 yosh va bundan oshgan birinchi tug'ayotgan hamda jinsiy a'zolari yaxshi rivojlanmagan ayollarda), homilani akusherlik qisqichi bilan tortib chiqarilganda yirtilishi mumkin.

Faqat shilliq qavat sal tilingan bo'lsa va qon ketmasa, shu yerga 5% li yod eritmasidan surtish mumkin. Ammo bachadon bo'yni, qin devori va klitor shikastlangan, ayniqsa chot oralig'i yirtilgan bo'lsa, uni albatta shifokor tikishi kerak.

Klitor yonidagi jarohatni siydik yo'lga metall kateter kirgizib qo'yib, ketgut bilan tikiladi, so'ngra sterillangan doka tamponni qon to'xtaguncha bosib turish lozim.

26.2 QIN VA VULVA GEMATOMALARI

Qin va qin dahlizida gematoma (qon to'planishi natijasida hosil bo'lgan shish) chuqur joylashgan qon tomirlarining buzilishi natijasida shilliq qavat va teri ostiga qon quyilishidan hosil bo'ladi, bunda shilliq qavat yoki teri shishadi va ayol kuchli og'riq sezadi. Agar gematoma unchalik katta bo'lmasa, shu yerga muzli xalta qo'yish kerak. Gematoma sekin-asta kattalasha borsa, operatsiya yo'li

bilan qonayotgan tomirni topish va boylash kerak. Bunda gematoma ustidagi teri yoki shilliq qavat kesiladi, uning tagiga to'plangan qon laxtalari olib tashlanadi va yorilgan qon tomirini topib, boylanadi yoki tiqiladi. Shilliq qavat va terini ketgut va ipak bilan tikish lozim.

Chotning yirtilishi tug'ruq vaqtida eng ko'p uchraydigan shikastlanishlardan biri hisoblanadi. Turli sabablar tufayli chot yirtilishi 10—12% uchrasa, homila chala tug'ilganda bu 15—20% ni tashkil etadi. Bunday jarohat ko'pincha birinchi marta tug'ayotgan ayollarda homilaning boshi yoki yelkalari chiqayotganda ro'y berishi mumkin. Chotning yirtilishi akusherning malakasiga ham bog'liq. Chunki u tug'ruq vaqtida chotni avaylab ushlab turishi va homila boshini to'g'ri ushlashni bilmasa, chot ko'proq yirtiladi. Chot yirtilishining 3 darajasi kuzatiladi:

I darajali yirtilishda chot terisi yirtiladi;

II darajada chot terisi, yuza muskullar va fassiyalar yirtiladi;

III darajada yuqorida aytilganlardan tashqari, chot to'qimalari va to'g'ri ichakning qisqartiruvchi va idora qiluvchi muskul (levator) lari yirtiladi. Ayrim vaqtlarda to'g'ri ichak devori ham yirtilishi mumkin. Har bir akusher tug'ruq paytida chotni yirtilishdan muhofaza qilish bilan birga homila boshining shikastlanishiga ham yo'l qo'ymasligi lozim.

Chotning yirtilish xavfi belgilari nimadan iborat? Homilaning boshi chanoq tubiga tushganda chotdagi to'qimalar cho'ziladi, natijada ulardagi qon aylanishi buziladi, vena qon tomirlari tarqoq bo'lganligi uchun ulardan qon o'tishi qiyinlashadi, natijada chot terisi taranglashib, ko'kish rangga kiradi, bu unda yirtilish xavfi borligini ko'rsatuvchi belgidir. Agar arteriya qon tomirlarida qon yurishi qiyinlashsa, chot terisi oqarishi mumkin. Bunday hollarda chot yirtilmasdan turib, uni kesish, ya'ni perineotomiya yoki epiziotomiya qilish kerak. Bunda chot terisi 5% li yod bilan artilib, qaychi bilan 2—2,5 sm uzunlikda homila boshi yoki dumbasi chiqayotgan vaqtda qirqiladi. Avval homilaning boshi bilan chot o'rtasiga qaychi qo'yib, so'ngra et kesilishi kerak. Kesilgan to'qimani tikkada ko'pincha u asoratsiz bitib ketadi.

Yirtilgan chot o'z vaqtida tikilmasa, ko'p qon ketishiga va chilla davrida turli asoratlarni sodir bo'lishiga sabab bo'ladi. Chot qaysi darajada yirtilishidan qat'i nazar, yo'ldosh tushgandan keyin, agar qon ketmayotgan bo'lsa 1, 5—2 soatdan so'ng, qon ketayotgan bo'lsa darrov tikish kerak.

Qin va chotning yirtig'ini tikish uchun quyidagi asboblardan foydalanish kerak: 2 ta qin oynasi, 3 ta kornsang, 2 ta pinset, 1 ta bukilgan va 1 ta to'g'ri qaychi, 5 ta qon to'xtatuvchi qisqich, 2 ta nina ushlagich, 3-4 har xil yo'g'onlikdagi ninalar, metall kateter, ketgut, ipak, sterillangan doka tamponlar. Agar chotdagi yirtilish I-2 darajali bo'lsa, og'riqsizlantirish uchun 0,25-0,5% li novokain eritmasini (60-100ml) jarohatlangan to'qimalar atrofiga yuboriladi, agar 3 darajali yirtilish bo'lsa, uni tikish uchun tomir ichiga narkoz beriladi (kalipsol, ketamin).

Operatsiya kichik operatsiya xonasida olib boriladi, tikishdan oldin ayolning tashqi jinsiy a'zolari va ular atrofi sterillangan doka bo'laklari

yordamida dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuviladi, so'ngra spirt bilan artib, 2 yoki 5%li yod eritmasi surtiladi.

Chot oraliq'idagi jarohatni tikishni qin devorlarining yirtilgan joyidan boshlash kerak. Yirtilgan shilliq qavatni tikishda har qaysi chokning masofasi 1 sm dan bo'lishi kerak, ninani jarohatning 0, 5 sm chetidan sanchiladi. Agar juda chuqur yirtilgan bo'lsa, ichkaridagi to'qimalar ham qo'shib tikiladi, shilliq qavatni tikib bo'lgach, ketgut uchlari qirqib tashlanadi. Chot oraliq'ining yirtilgan terisi ipak bilan tikiladi, boylangan ipak uclarini tugundan 1 sm qoldirib qirqiladi.

Qin va oraliq yirtilishini tiklash.

Tug'ruq vaqtida sodir bo'luvchi 4 daraja yirtilish mavjud:

- Birinchi darajali yirtilish qinning shilliq qavatini va biriktiruvchi to'qimalarni o'z ichiga oladi.

- Ikkinchi darajali yirtilish qinning shilliq qavatini, biriktiruvchi to'qimalar va mushak qavatini o'z ichiga oladi.

- Uchinchi darajali yirtilish anal sfinkterdan tortib hamma qismlarning to'liq yirtilishini o'z ichiga oladi.

- To'rtinchi darajada to'g'ri ichak shilliq qavatining yirtilishlari.

Birinchi va ikkinchi darajali yirtilishlarini tikish.

Birinchi darajali yirtilishlar ko'pincha o'z-o'zicha, chok qo'yilmasdan bitib ketadi.

Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling.

Ruhan qo'llab-quvvatlang va lidokain bilan mahalliy og'riqsizlantirish yoki pudendal og'riqsizlantirishdan foydalaning.

Yordamchidan bachadonni massaj qilishni va bachadon tubini bosib turishni so'rang.

Qin, oraliq va bachadon bo'ynini diqqat bilan ko'rib chiqing (26.1.-rasm).

Agar yoriqlar uzun va chuqur ketgan bo'lsa, ularni baholang va ular 3 yoki 4 darajalarga tegishli emasligiga ishonch hosil qilinig.

* Qo'lqopdagi barmog'ingizni anusga kiriting;

- * Barmog'ingizni ohista ko'taring va sfinkterni aniqlang;

- * Sfinkter tonusi va to'liqligini baholang.

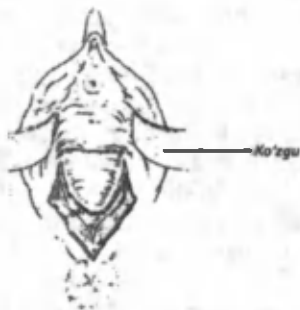
Qo'lqopingizni boshqa steril zararsizlantirilganiga almashtiring.

Agar sfinkter jarohatlangan bo'lsa, 3 va 4 darajali yirtilishning tikish bo'limiga qarang.

- Agar sfinkter jarohatlanmagan bo'lsa, tikishni davom ettiring.

Yoriq atrofi sohasini antiseptik eritma bilan sarishtalang.

- Lidokain 2% eritmasidan 10 ml atrofida olib, bevosita qin shilliq osti sohasini va oraliq terisini infiltrasiya qiling.



26.1.-rasm . Oraliq yoriqlarini ko'rib chiqish.

- Dori yuborga-ningizdan keyin 2 daqiqa kuting, so'ngra mo'ljallangan kesim o'rniga qisqich o'rnatang. Agar ayol chimchilanishni sezsa, yana 2 daqiqa kuting va sinovni takrorlang.

- Qin shilliq qavatini uzluksiz chokda №2-0 (26.2.-rasm) tiking;

- Tikishni qin yorig'i tepa qismidan 1sm teparoq o'tib boshlang. Chokni qinga kirish darajasigacha davom ettiring;

- Qinga kirishda yoriqlardan ikki chetini o'sha joyda birlashtiring;

- Qinga kirish sohasida ignani ichidan tashqariga yo'naltirib o'tkazing va ligaturani bog'lab qo'ying.

- Oraliq mushaklarini alohida choklar bilan №2-0 (26.3.-rasm) tiking.

Agar yoriq chuqur ketgan bo'lsa, bo'shliqni yopish uchun ikkinchi qator choklar qo'ying.

Qinga kirish qismidan boshlab alohida (yoki teri ichi) choklar №2-0 bilan terini tiking (26.4.-rasm).

Agar yoriq chuqur bo'lsa, rektal tekshiruv o'tkazang. To'g'ri ichakda choklar yo'qligiga amin bo'ling.

Uchinchi va to'rtinchi darajadagi oraliq yirtilishini tikish.

Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling.

Ruhan qo'llab-quvvatlang. Pudental og'riqsizlantirish yoki ketamin qo'llang. Ba'zida, agar yoriq chetlari yaxshi ko'rinib tursa, lidokain bilan mahalliy og'riqsizlantirish hamda petidin va diazepam t'i asta-sekin (aralashmasidan) yuborishni qo'llash mumkin.

- Yordamchidan bachadonni massaj qilishni va tubiga bosib turishini so'rang.

Qin, bachadon bo'yni, oraliq va to'g'ri ichakni ko'rib chiqing.

Anal sfinkter yorilish ehtimolini ko'rish uchun:

- * Qo'lqopdagi barmog'ingizni anusga kiritib, uni asta ko'taring;

- * Sfinkter bor - yo'qligini aniqlang;

- * To'g'ri ichakni paypaslang va unda yoriqlar mavjudligi ehtimolini ko'rib chiqing.

Qo'lqopingizni steril zararsizlantirilgan qo'lqopga almashtiring.

Yoriqlarni antiseptik eritma bilan sarishtalang va axlat qoldiqlarini olib tashlang.

Lidokain va boshqa dorilarga allergik ta'siri yo'qligiga amin bo'ling.

Qin shilliq qavati, oraliq teri ostlari va oraliq mushaklari sohasiga chuqur qilib 10 ml 2% lidokain eritmasini og'riqsizlantirish uchun yuboring.



26.2 -rasm.
Qin shilliq
qavatini tikish.

26.3.-rasm.
Oraliq
mushaklarini
tikish.

26.4.-rasm.
Terini
tikish.

• Dori yuborganingizdan keyin 2 daqiqa kuting, so'ngra mo'ljallangan kesim o'rniga qisqich o'rnatib. Agar ayol chimchilanishni sezsa, yana 2 daqiqa kuting va sinovni takrorlang.

• To'g'ri ichakni alohida №3-0 yoki 4-0 choklardan foydalanib, shilliq qavatini birlashtirish uchun choklarni 0,5sm oraliqda tiking (26.5.- rasm).

• Mushak qatlamini fassiyalar bilan birga alohida choklarda tiking;

• Tikish sohasini ketma-ket antiseptik eritma bilan sarishtalang.

• Agar sfinkter jarohatlangan bo'lsa,

* Sfinkter chetlarini Allis qisqichida ushlab oling (jarohatlanganda sfinkter qisqaradi). Sfinkter mustahkam bo'ladi va qisqich bilan tortilganda yirtilib ketmaydi (26.6.-rasm);

* Ligatura №2-0dan foydalanib, sfinkterni 2ta yoki 3ta alohida choklarda tikib chiqing.

- Tikiladigan joyni qaytadan antiseptik eritma bilan sarishtalang.

- Qo'lqopdagi barmog'ingiz bilan anusni tekshiring hamda to'g'ri ichak va sfinkter to'g'ri tikilganiga amin bo'ling. So'ngra qo'lqopingizni yechib, steril zararsizlantirilgan qo'lqop kiying.

- Qin shilliq qavati, oraliq mushaklarini va terini tikib chiqing.

Tikilgan chot oraliq'ini parvarish qilish.

Tikilgan chot oraliq'ini ayolning tashqi jinsiy a'zolarini ehtiyot qilgan holda har kuni 2-3 mahal och pushti rangli kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi (bunda doka tamponni yerga tekizmaslik kerak), so'ngra sterillangan quruq doka bilan chetlarini artib quritiladi. Ayol siyganidan hamda hojatga borganidan so'ng albatta tashqi jinsiy a'zolari yuvilib, tikilgan choklar quritiladi, so'ngra spirt va yod eritmasi surtiladi.

Chilla davrida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda chok ipini 4- 5 kundan keyin so'kiladi. Olib tashlashdan bir kun oldin ayolga surgu dori berish kerak.

Chokni so'kishda sterillangan o'tkir qaychi va 2 ta pinsetdan foydalaniladi. Chokni so'kilgandan so'ng ertasiga ayol turib yurishi mumkin.

Muolajadan keyingi parvarish

• 4 - darajali yirtilishida oldini oluvchi antibiotiklarning 1 martalik miqdorini belgilang:

• Ampisillin 500 mg ichiring;

• + metronidazol 400 mg ichiring.

Jarohatning infeksiya belgilarini diqqat bilan kuzating

Huqna qilmang va 2 hafta davomida rektal tekshirish o'tkazmang.

Imkon bo'lsa, 1 hafta davomida bo'shashtiruvchi dorilar ichishini belgilang.



26.5.-rasm. To'g'ri ichak devori mushak qatlamini tikish.



26.6.-rasm. Anal sfinkterga chok qo'yish.

26.3. BACHADON BO'YNINING YIRTILISHI

Oldingi tug'ruqda bachadon bo'yni yirtilib, tikilgan bo'lsa, qayta tug'ruqda xuddi shu chandiq bo'lib qolgan joy yirtilishi mumkin. Bachadon bo'ynining yirtilishi ko'pincha (20%) birinchi bor tug'ayotgan ayollarda uchraydi.

Bachadon bo'ynining yirtilishi 2 turga bo'linadi:

1) o'z-o'zidan yirtilishi;

2) biron-bir operatsiya yo'li bilan tug'dirilganda (zo'rlab) yirtilishi.

Bachadon bo'ynining o'z-o'zidan yirtilishi zo'rlab yirtilishiga qaraganda kam uchraydi. Zo'rlab yirtilishiga tug'ruq paytida turli operatsiyalar qo'llanish sabab bo'ladi. Bachadon bo'ynining o'z-o'zidan yirtilishi odatda ikkala yon devorlarida, lekin ko'proq chap tomonida bo'ladi.

Bachadon bo'ynining yirtilishi 3 darajaga bo'linadi.

Yirtiq biryoki ikki tomonlama (2 sm gacha) bo'lsa, bunga birinchi darajadagi yirtilish deyiladi. Yirtilish 2 sm dan ko'p bo'lsa—yu, lekin qin gumbazlarigacha yetmasa, bunga ikkinchi darajali yirtilish deyiladi. Agar yirtilish chuqur bo'lib, gumbazgacha davom etsa va unga o'tsa, uchinchi darajali yirtilish deyiladi. Bachadon yirtilishining asosiy belgisi esa qon ketishi hisoblanadi.

Bachadon bo'yni bir yoki har ikkala tomondan 0,5-1 sm atrofida yirtilganda qon kam ketadi. Tug'ruqdan keyingi dastlabki ikki soat ichida qinni tekshirib ko'rish shart. Aks holda bunday yirtilish tikilmay qolib ketishi mumkin. Yirtilish II va III darajali bo'lganda ko'pincha bachadon arteriyasining pastki shoxi uziladi va oqibatda qon keta boshlaydi. Qonning kuchli hamda ko'p ketishi yomon oqibatlarga sabab bo'lishi mumkin. Yirtilgan bachadon bo'yni o'z vaqtida tikilmasa, jarohat keyinchalik noto'g'ri bitib, bachadon bo'ynining tashqi yuzasida yallig'lanish paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bachadon bo'yni jarohatini o'z vaqtida tikish bilan ayollarda saraton kasalligining ham oldi olinadi.

Bachadon bo'yni yirtilishining oldini olishda bachadon bo'ynidagi yallig'lanish jarayonini oilaviy poliklinikadayoq o'z vaqtida aniqlash va davolashga kirishish lozim.

Yirtilgan bachadon bo'yni tikilishidan avval tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiya qilinadi, operatsiya qiluvchi shifokor hamda yordamchi akusher operatsiyaga tayyor bo'lgandan so'ng qin ko'zgu yordamida ochiladi, bachadon bo'yni 2 ta qisqich bilan qisiladi va ularni navbatma-navbat o'ngdan chapga qaratib birin-ketin o'rni almashtirilib, bachadon bo'ynining hamma devorlari sinchiklab qaraladi, yirtilgan joyi bo'lsa tikiladi. Yirtiqning eng yuqori (gumbaz yaqinidagi) burchagidan boshlab ketgut bilan tikiladi. Choklar orasi 1 sm, iplar uchi 1 sm qoldirib qirqiladi va jarohatga 5% li yod eritmasi surtiladi.

Bachadon bo'yni yirtilishini tiklash

- Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling hamda qinni va bachadon bo'ynini antiseptik eritma bilan sarishtalang.

- Ruhan qo'llab-quvvatlang. Bachadon bo'yni yirtilishining ko'p qismini tikish uchun anesteziya shart emas. Chuqur va katta yirtilishini tikish uchun petidin va diazepam t/i asta-sekin yuboring (ularni bir shpritsda aralashtirmang) yoki ketamindan foydalaning.

- Yordamchidan bachadonni massaj qilishni va bachadon tubiga bosib turishni so'rang.

- To'mtoq qisqich bilan bachadon bo'ynini ushlang. Yoriqning ikki tomoniga qisqichlar o'rnatib va bachadon bo'ynining hamma qismini ko'rish uchun qisqichni qarama-qarshi yo'nalishda torting. Bir necha yoriqlar mavjud bo'lishi mumkin.



26.7.-rasm. Bachadon bo'yni yirtilishini tikish.

- Qon ketishi sabab bo'lgan yoriqning eng tepa qismidan boshlab xromli ketgut (yoki poliglikol) №0 bilan, uzluksiz chokda tikib chiqing (26.7.-rasm).

- Agar jarohatning tepa qismi bog'lash uchun noqulay bo'lsa, uni tomir yoki to'mtoq qisqich bilan ushlab olish mumkin. Qisqichlarni 4 soatga qoldiring. Qon ketayotgan joylarni tikishga urinmang, chunki bunday urinishlar qon ketishi zo'rayishiga olib kelishi mumkin. So'ngra:

- 4 soat o'tgach, qisqichni qisman oching, lekin olib tashlamang;
- yana 4 soatdan keyin qisqichni to'liq olib tashlang.

Bachadon bo'yni yoriqlari qin gumbazidan yuqoriga o'tganda ularni tikish uchun laparotomiya lozim bo'lishi mumkin.

Chot yoki qin, ayniqsa, bachadon bo'yni jarohati tikilgan ayollarni biron-bir zarurat (qon ketish, tana harorati ko'tarilishi) bo'lmasa, chilla davrining 8-10 kunigacha qinini ko'zgu bilan ko'rmagan ma'qul.

26.4. BACHADON AG'DARILIB CHIQISHI

Bachadonning ag'darilib chiqishi tug'ruqda uchraydigan og'ir hodisalardan biri bo'lib, ko'pincha yo'ldoshni tug'dirish uchun Krede usulini qo'pol bilan va noto'g'ri qo'llash yoki yo'ldosh ajralmasdan turib, tug'ruqning III davrida uni bachadon devoridan ajratish uchun yo'ldoshni kindik orqali tortish natijasida vujudga kelishi mumkin. Ko'p va tez-tez tuqqan ayollarda bachadon o'z-o'zidan aq'darilishi ham mumkin.

Bachadonning ag'darilib chiqishi juda og'riqli bo'lib, shok va qon ketishi bilan o'tadi. Ag'darilgan bachadon qindan ichki yuzasi va unga yopishgan yo'ldosh bilan chiqadi. Qov ustidan tekshirilganda bachadon qorin ostida topilmaydi. Vaqtida tez yordam ko'rsatilmasa, ag'darilgan bachadon tomirlari siqilib, qon aylanishi buziladi. Natijada bachadon to'qimalarining oziqlanishi buzilib shisha boshlaydi, bu esa bachadonning chiriy boshlashiga olib kelishi mumkin.

Akusher shifokor tug'ruqning III davrini o'zi boshqarayotgan bo'lsa, bunday og'ir ahvol ro'y berishi mumkinligini esda tutishi va yo'ldoshni bachadon devori kabi ajralganligiga ishonch hosil qilmasdan turib, uni tug'dirish

yo'llarini, ayniqsa Krede usulini o'rinsiz qo'llamasligi, yo'ldoshni kindik orqali tortmasligi kerak.

Agar bachadon ag'darilib tushgan bo'lsa, yo'ldosh pardalari bilan birga osoyishta ajratiladi va darhol bachadonni uning bo'yni orqali o'z joyiga kirgiziladi va to'g'rilanadi. Bu operatsiyani chuqur narkoz ostida shifokor bajaradi. Agar bachadon chiriy boshlagan bo'lsa, uni qorin orqali operatsiya qilib, butunlay olib tashlashga to'g'ri keladi.

Bachadon ag'darilishini tiklash

Ko'rsatmalarni baholang.

- Yordam ko'rsatishning asosiy qonunlariga amal qiling va vena ichiga suyuqlik quyishni boshlang.

- Petidin va diazepam t/i asta-sekin yuboring (shpirtsda aralashtirmang).

Zarur bo'lsa, umumiy og'riqsizlantirish o'tkazing.

- Ag'darilib qolgan bachadonni antiseptik eritmada qunt bilan sarishtalang.

- Muolaja boshlanguncha ag'darilgan bachadonni nam, iliq va steril zararsizlantirilgan sochiqqa o'rab qo'ying.

Qo'lda tuzatish

- Steril zararsizlantirilgan qo'lqop kiyib, bachadonni ushlang va boshqa qo'lingiz bilan uni bachadon orqali, kindik yo'nalishida, uning asl holatiga itarib qo'ying (26.8.-rasm). Agar platsenta ajralmagan bo'lsa, tuzatishdan so'ng uni qo'lda ajratib oling. Shunisi muhimki, ag'darilishda oxirgi chiqqan bachadon qismi (bachadon bo'yniga yaqinrog'i) asl holiga birinchi bo'lib qaytarilsin.

- Agar bachadonni tuzatish uddalanmasa, gidrostatik tuzatish o'tkazing.

Gidrostatik tuzatish

- Ayolni Trendelenburg (bosh oraliq darajasidan 0,5 m pastda) holatiga keltiring.

- Teshik qopqog'i, uzun (2m) egiluvchan katta quvurli nay va iliq suv solingan idish (3 dan 5 l gacha) dan iborat bo'lgan tizim tayyorlang.

Orqa birikmasini aniqlang.

- U qisman buralishda, ya'ni buralib qolgan bachadon qindalgida tez topiladi. Boshqa holatlarda uni qinning buklangan joyi silliqalanib qolgan qavat sifatida aniqlanadi.

- Dushning teshik qopqog'ini orqa birikmaga joylashtiring. Shu vaqtning o'zida jinsiy lablarni qopqa bilan birlashgan joyini ushlab turing.

- Yordamchidan- dushni oxirigacha ochishni so'rang (suvli bakni kamida 2 m ga ko'taring). Suv to'lishi bilan qinning orqa birikmasi kengaya boshlaydi. Bu kontraksion halqa kattalashishiga va bachadon bo'yni bo'shashishiga olib keladi, natijada buralib qolgan bachadon asl holiga keladi.



26.8.- rasm .Ag'darilgan bachadonni qo'l bilan to'g'rilash

- Umumiy og'riqsizlantirish orqali qo'lda gidrostatik tuzatish kor qilmasa, umumiy og'riqsizlantirib, galotandan foydalanib qo'l orqali tuzatishga urinib ko'ring. Galotan bachadonni bo'shashtirish xususiyati bo'lgani uchun tavsiya qilinadi.

- Buralgan bachadonni ushlang va uni itarib bachadon bo'yni orqali kindik yo'nalishida o'zining asl o'rniga keltiring. Agar yo'ldoshi ajralmagan bo'lsa, tuzatishdan so'ng uni qo'lda ajrating.

- Qo'shma abdominal-vaginal to'g'rilash

- Agar yuqorida qayd qilingan muolaja ish bermasa, umumiy og'riqsizlantirish yordamida abdominal-vaginal to'g'rilashga o'ting

- Ko'rsatmalarni baholang.

- Muolaja qilishning asosiy qonunlariga amal qiling.

- Qorin bo'shlig'ini yoring:

- O'rta chiziq bo'ylab kindikdan pastga qovuq to'qimalari darajasigacha, aponevrozgacha terini kesib, vertikal kesim o'tkazing;

- Aponevrozda 2-3sm li vertikal kesim o'tkazing;

- Aponevroz chetlarini qisqichda tutib, qaychida kesimni tepaga va pastga uzaytiring;

- Barmoqlar yoki qaychi yordamida qorinning to'g'ri mushaklarini ajrating;

- Qorinda (old qorin devori mushaklari) kindik yonida barmoqlar yoki qaychi yordamida teshik oching. Qaychida kesimni tepaga va pastga uzaytiring. Hushyorlik bilan siydik pufagini jarohatlamasdan, qaychida qavatlari ajrating va qorin bo'shlig'ining pastki qismini yoring;

- Qov suyagi ustiga pufak retraktori o'rnating va o'zini tutuvchi jarohat kengaytiruvchi asbob kiriting.

Barmoqlar bilan bachadon bo'yni halqasini yiring.

- Tishli qisqichni bachadon bo'yni halqasidan o'tkazing va bachadonning buralib qolgan tubini ushlang.

- Yordamchi qo'lda vaginal tuzatishga uringunicha hushyorlik bilan bachadon tubini uzluksiz torting.

26.5. BACHADON YIRILISHI

Bachadonning yirtilishi tug'ruq jarayonidagi eng og'ir jarohatlardan hisoblanadi.

Bachadon to'qimasining butunligining tug'ruq jarayonida buzilishi yoki bachadon to'qimasining ezilishi va oqibatda fistulalar hosil bo'lishi.

Bachadon yorilishining ko'p uchraydigan joyi - pastki bachadon segmenti. Kamroq hollarda yorilish gumbazlar sohasida uchraydi. Bachadon tanasi va tubidagi yorilishlar ko'pincha kesarcha kesishdan keyingi chandiqlar yoki abort paytidagi perforatsiyadan keyin kuzatiladi. Homila ko'ndalang joylashganda bachadon gumbazlaridan uziladi. Gumbazlarining uzilishi bo'yincha yonidan bo'ladi (shu sohada devori nisbatan yupqa).

Bachadon yorilish o'lchami turlicha bo'ladi. Yorilishning ikki turi bor: to'liq va noto'liq. To'liq yorilish - bachadon seroz qavati, boshqa qavatlar bilan zich birikib ketgan sohalarida kuzatilsa, noto'liq yorilishda esa bachadon shilliq va mushak qavati yorilib, seroz qismi butunligicha qoladi. Bunday yorilish qorin parda ostigacha borib gematoma hosil qiladi. Noto'liq yorilish bachadon devorining chuqurligini to'liq egallamaydi. Ba'zan kichik yorilishlar kuzatiladi, bunda jarohatlanish shilliq qavatda yoki seroz qavatda kuzatilishi mumkin. To'liq bachadon yorilishi noto'liqdan 10 marta ko'p kuzatiladi. Bachadon yorilishining P. L. Persianinov (1954) bo'yicha tasnifi (26.1.jadval).

26.1.-jadval

Bachadon yirtilish tasnifi

1. Yorilish davriga ko'ra:
A) Homiladorlik davridagi
B) Tug'ruq davridagi
2. Patogenetik belgisi bo'yicha
A) O'z-o'zidan yorilish
- Mexanik (tug'ruq jarayonida va sog'lom bachadon devorida mexanik to'sqinlik)
- Gistopatik (bachadon devorida patologik o'zgarishlar bo'lganda)
- Mexanogistopatik (patologik o'zgargan bachadon devoriga mexanik to'sqinlik ta'siri)
B) Zo'riqish natijasida: (tashqi kuchlar ta'sirida):
- Jarohatli (tug'ruq yoki homiladorlik davrida bachadon pastki segmentida tayyorgarliksiz tug'ruqni qo'pol va noto'g'ri olib borish)
- Aralash: bachadon pastki segmenti cho'zilgan hamda tashqi omillar ta'siri.
3. Klinik kechishi bo'yicha
- Xavfli
- Boshlangan
- Ro'y bergan
4. Jarohatlanish tabiati bo'yicha
- Ezilgan
- Noto'liq
- To'liq
5. Joyiga ko'ra:
- Bachadon tubidagi
- Bachadon tanasidagi
- Bachadon pastki segmentidagi
- Bachadonni qin gumbazlaridan uzilishi

Bachadonning pastki qismi, devori eng yupqa joyi bo'lib, uning shu qismi ko'p yirtiladi. Etiopatogenezi: bachadon yorilishida ikki xil nazariya mavjud: Bandl va Verbov nazariyalari

Mexanik nazariyaga (Bandl nazariyasi) ko'ra tug'ruq kechishiga homila old keluvchi qismi va chanoq o'rtasidagi nomutanosiblik, mexanik to'sqinlik (tor chanoq, homilaning noto'g'ri joylashuvi, tug'ruq faoliyatining juda tez kechishi) bo'lishi lozim. Bandl nazariyasiga ko'ra homila boshi to'siqqa uchrasa (anatomik yoki funksional tor chanoq), u chanoqqa kirish qismiga suqilib kirib,

bachadon bo'ynini chanoq suyaklariga qisib qo'yadi. Natijada bachadon pastki qismi haddan tashqari cho'ziladi va taranglashib, nihoyatda yupqalashadi. Bu bachadon yirtilishining xavfi yuzaga kelganidan darak beradi. Agar o'z vaqtida ayolga yordam ko'rsatilmasa, bachadon yoriladi

YA.T. Verbov nazariyasi bo'yicha bachadonning muskul qavatlaridagi patomorfologik o'zgarishlar bo'lmaganda sog'lom to'qima yirtilmaydi, balki patomorfologik o'zgargan bachadon devori yoriladi. Bachadon devoridagi, xususan ilgari operatsiyalardan keyingi chandiqlar (kesarcha kesish operatsiyasi, bachadon shishlarini olib tashlagandan so'ng va boshqalar), bachadon devorlarining ilgari yallig'langan bo'lishi, tez-tez hamda ko'p tuqqan ayollar bachadonidagi muskullarning ko'p qismi yaxshi cho'zilmaydigan biriktiruvchi to'qimalarga almashinishi bachadon devorining o'z-o'zidan yirtilishiga sabab bo'ladi.

Bachadonning tashqi kuchlar ta'sirida yorilishi asosan tug'ruq davrida tashqaridan bosim natijasida pastki segmentning haddan tashqari cho'zilishidan yuzaga keladi.

Bunday yirtilish ba'zan noto'g'ri olib borilgan operatsiyalarda ham yuzaga kelishi mumkin.

Bachadon yorilishi haligacha oxirigacha o'rganilmagan, lekin shuni aytish kerakki, yorilish bachadon mushagidagi degenerativ o'zgarishlar va mexanik ta'sirlarning qo'shilib kelishidan yuzaga kelishi mumkin.

Bachadon yirtilishi klinik kechishiga qarab bachadon yirtilish xavfi, chala va to'la yirtilishga bo'linadi.

Bachadon yirtilish xavfi belgilari qanday? Homilador ayol nihoyatda betoqat bo'lib, dardni og'riqli kelishidan shikoyat qiladi, bu og'riq dard orasida ham to'xtamaydi. Dard borgan sari tezlashib, ketma-ket tutadi. Ayol o'zini har tomonga tashlab, hatto joyidan sapchib turmoqchi bo'ladi, og'riq nihoyatda zo'r bo'lgani uchun qorniga qo'l tekkrizdirmaydi. Tili va lablari quriydi. Tomir urishi tezlashadi.

Tashqaridan tekshirilganda bachadon uzunasiga cho'zilib, taranglashadi, tubi baland ko'tarilib, qovurg'a osti yoyiga qadaladi. Odatda kindik oldida yoki undan yuqorida egarsimon og'riqli qiyshiq ketgan chegara (kontraksion) halqani qorin devori orqali aniqlash mumkin. Bu bachadonning «8» simon shaklda bo'lishiga olib keladi (26.9.-rasm).

Shu bilan bir vaqtda bachadonning juda tarang-lashgan, og'riqli dumaloq boylamlarini ham aniqlash mumkin. Bachadonni pay-paslaganda, ayniqsa pastida kuchli og'riq kuzatiladi yoki eshitilmaydi. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, ba-chadon devori chala yoki to'la yirtilishi mumkin. Bunda juda ehtiyotlik bilan chuqur narkoz ostida shifokor ko'rishi kerak.

Agar yuqorida aytib o'tilgan belgilarga qindan ozgina qon aralash suyuqlik qo'shilsa, bu bachadonning yirtila boshlaganligini ko'rsatadi. Bunda bachadon devorining faqat shilliq va muskul qavati yorilib, seroz qavati butun qolishi va uning ostiga qon yig'ilishi va seroz qavat do'ppayib qolishi mumkin. Bachadon yirtilishining bu darajasida tug'ayotgan ayolga tez yordam ko'rsatib, ya'ni dardni

to'xtatish yo'llarini (yengil narkoz ostida) qo'llab, tezda operatsiya qilinmasa, bachadon to'la yirtilishi (bunda bachadon devorining hamma uch qavati yirtiladi), qorin bo'shlig'iga ko'p qon ketishi, natijada shok yuzaga kelishi mumkin. Bunda ayol hushidan ketadi, ko'ngli aynib qusadi, sovuq ter bosadi, yurak urishi tezlashadi, ahvoli yomonlashadi va yuzi oqarib, ko'zlari ichiga botib ketadi. Qon



26.9.- rasm. *Bachadon yirtilish xavfi*

bosimi past bo'lganidan uni aniqlab bo'lmaydi. Bular hammasi ayolning ahvoli haddan tashqari og'ir ekanligidan darak beradi. Qorinni ushlab ko'rilganda homila devori ostida yotganligi, uning bir tomonida qisqarib qattiqlashgan bachadon tanasi aniqlanadi. Bunday holda tashqariga qon ketmasligi yoki ketsa ham juda oz bo'lishi mumkin. Lekin ayolda ichki qon ketishining hamma belgilari yaqqol ko'rinib turadi. Yuqorida aytib o'tilgan belgilarni akusher ajrata bilsa, bachadon yirtilish xavfini o'z vaqtida aniqlash qiyin emas.

Bachadon yuqoridagi belgilarsiz yoki shu belgilarning faqat ba'zi birlari bo'lgan holda yirtilishi mumkin. Bunga bachadon devorlaridagi (yuqorida aytib o'tilgandek) patomorfologik o'zgarishlar yoki operatsiyadan keyingi chandiqlar sabab bo'lishi mumkin.

Agar kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng ayol bir-ikki yil ichida tug'sa, bachadonning yirtilish xavfi ko'proq bo'ladi, chunki bu joy tug'ruq vaqtida yupqalashib ketishi mumkin (M. A. Repina 1984).

Bachadon devorini, ayniqsa eski chandiqli sohasini qorin devori orqali paypaslab ko'rilganda bachadondagi chandiqlarning ba'zi joyi yupqalashgani va og'rishi aniqlanadi. Agar bachadon yirtila boshlagan bo'lsa, shu joy yanada yupqalashadi; bu «chuqurcha»ni bapmoqlar uchi bilan sekin-asta avaylab aniqlash mumkin- «tokcha»belgisi (simptom «nishi» Kogan A.A.). Bachadon devori yirtilganda uning keng boylamlari orasiga qon quyilib, gematoma hosil bo'ladi. Bunda ham yuqorida aytib o'tilganidek, ayolda ichki qon ketishi kuzatiladi, shu vaqtda shoshilinch yordam ko'rsatilmasa, ayol nobud bo'lishi mumkin.

Bachadon yirtilishi ehtimoli bo'lgan ayollar oilaviy poliklinikada, feldsher-akusherlik punktlarida, uchastka shifokor hisobida alohida «xavfi» guruhida ro'yxatga olinib, har oyda 4-5 marta shifokor ko'rigidan o'tishlari, tug'ishdan 2-3 hafta oldin albatta tug'ruqxonaga yotishlari kerak. Bu guruhga chanog'i tor, homilasi muddatidan o'tishi mumkin bo'lgan, qorin devori bo'shashgan, ko'p va tez-tez tuqqan, ilgari operatsiya qilingan (kesarcha kesish), bachadondan shish olib tashlangan va boshqa ayollar kiradi.

Tug'ruq paytida bachadon yirtilish xavfi kuzatilganda qanday shoshilinch yordam ko'rsatiladi? Bunday daqiqalarda ayolga chuqur narkoz berib, darhol dardni to'xtatish va ahvoliga qarab quyidagi operatsiyalardan biri qilinadi:

a) homilani bo'laklarga bo'lib olishning hamma turlari; b) kesarcha kesish. Agar bachadon yirtila boshlagan belgilar kuzatilsa, faqat kesarcha kesish operatsiyasi qilinadi.

Bachadon yirtilish xavfi bo'lganda homila boshiga qisqichlar qo'yish yoki homilani oyog'i tomonga aylantirib tug'dirib olish qat'iy man etiladi.

Kesarcha kesish operatsiyasi qilinganda ba'zan bachadon olib tashlanadi, ko'pincha esa bachadon saqlab qolinib, yirtilgan joyi tikilishi mumkin.

Bachadon yirtilish xavfi bo'lganda, ayniqsa chala yoki to'la yirtilganda ayolni boshqa tug'ruqxonaga yoki kasalxonaga yuborish mumkin emas, balki ayol yotgan tug'ruqxonaga mutaxassis shifokor chaqirilib, shu yerda zarur yordam ko'rsatiladi.

Qanday va qachon operatsiya qilish, bachadonni saqlab qolish-qolmaslik ayolning umumiy ahvoliga, yirtilish darajasiga, yoshiga, axusherlik anamneziga bog'liq. Bachadon yorilishining oldini olishda tug'ruqni to'g'ri boshqarish va yirtilish xavfi belgilarini o'z vaqtida aniqlash juda katta amaliy ahamiyatga ega. Bachadondagi har qanday yirtilish ona va bola uchun xavflidir. Bachadon yirtilishini davolashdan ko'ra oldini olishning ahamiyati katta.

Xavf soluvchi bachadon yorilishi.

Bu bachadon yorilishidan oldingi holatdir, ya'ni bu holat bachadon pastki segmenti va bo'ynining haddan tashqari cho'zilib ketishidan yuzaga keladi. Bu asosan chanoq o'lchamlari va homila qismlari bir-biriga mos kelmaganda tez tug'ruq faoliyatida yuz berishi mumkin. Bachadon uzunasiga cho'ziladi, tubi bir tomonga tortiladi, kontraksion halqa kindik sohasida turib qoladi va bachadon qumsoat shakliga kiradi. Yuqori bo'lagi qattiq qisqaradi, konturlari keskin aniq, yo chap, yo o'ng qovurg'a ostida joylashadi. Pastki bo'lagi esa bir oz yumshoqroq, kengroq va chegarasi noaniqroq bo'ladi.

Bachadon yumaloq boylamlari, ayniqsa chapdagisi asosan tarang, og'riqli. Bachadon pastki segmenti palpatsiya qilinganda keskin og'riqli va homila qismlarini aniqlab bo'lmaydi. Qin orqali ko'rilganda qog'onoq pardasi aniqlanmay, bachadon bo'g'zi to'liq ochilgan bo'ladi va homila old keluvchi qismi chanoqqa kirish qismida yuqorida bo'ladi. Ba'zida tug'ruq yo'li «tug'ruq g'urrisi» bilan to'lgan bo'ladi.

Amaliy ko'nikmalar.

1. BACHADON BO'YNI YIRTILGANIDA TIKISH

Bemorni tinchlantirish.

1. Antiseptik eritma bilan qin va bachadon bo'yni artiladi.
2. Tikishdan oldin t/i petidin va diazepam sekin yuboriladi (ikkalasi bir shpritsda aralashtirilmaydi), yoki ketamin, kallipsol ishlatiladi.
3. Assistentdan bachadonni massaj qilishini so'raymiz.
4. Bachadon bo'yni qisqich bilan ushlanadi. Qisqich yirtilgan joyning ikki tomonidan qo'yiladi, bachadon bo'ynining hamma tomonini tortib ko'riladi.
5. Uzluksiz chok bilan №0, xromlangan ketgut bilan yuqori uchidan tikiladi, yuqori uchi qon ketish manbai hisoblanadi.

6. Agar bir qancha qismi yirtilgan bo'lsa, xromlangan ketgut bilan uzluksiz chok qo'yib tikiladi.

7. Yuqori uchidan qon ketganda 4 soatga qisqich qoldiriladi.

8. 4 soatdan keyin qisqichni sekin-asta ochiladi, lekin olinmaydi.

9. 4 soatdan keyin qisqich olinadi.

2. QIN VA ORALIQ YIRTILISHIDA TIKISH

Tug'ruq vaqtida qin yirtilishi 4 darajaga bo'linadi.

1-daraja: qin shilliq qavati va biriktiruvchi to'qima yirtilishi;

2-daraja: qin shilliq qavati, biriktiruvchi to'qima va mushak qavati yirtilishi;

3- daraja: hamma qavatlar yirtilishi anal teshik sfinkterigacha;

4- daraja: to'g'ri ichak shilliq qavati yirtilishi.

1-2 DARAJADA TIKISH

1. Bemorni emotsional qo'llab- quvvatlash. Mahalliy yoki pudendal anesteziya qilinadi.

2. Assistentdan bachadonni massaj qilishni so'raymiz.

3. Qin, oraliq va bachadon bo'yni diqqat bilan ko'zdan kechiriladi.

4. Agar jarohat chuqur bo'lsa , uni 3 - yoki 4 - daraja emasligiga ishonch hosil qilish.

5. Qo'lga qo'lqop kiyib barmoq anusga kirgiziladi.

6. Ehtiyotlik bilan barmoq ko'tariladi va sfinkter tekshiriladi va uning butunligi va tonusi baholanadi.

7. Qo'lqop steril qo'lqopga almashtiriladi.

8. Agar sfinkter zararlangan bo'lsa, u holda uni 3-4 darajadagi xabi tikiladi.

9. Agar sfinkter zararlanmagan bo'lsa, u holda qin shilliq qavati, biriktiruvchi to'qima va muskul qavati tikiladi.

10. Yirtilgan joy atrofiga antiseptik eritma bilan ishlov beriladi

11. Qin shilliq qavatiga, oraliq terisiga va oraliq muskul qavatiga chuqur infiltrat hosil qilinib, mahalliy anesteziya qilinadi.

12. Qin shilliq qavati uzluksiz chok bilan tikiladi.

13. Qin yirtilgan joyidan 1 sm yuqoridan tikiladi. Chok qinga kirish qismigacha davom ettiriladi.

14. Qinga kirish qismi yirtilgan joyi chetlarini bir xil ushlash kerak.

15. Qinga kirish sohasida ichki tomondan tashqi tomonga igna chiqarib ligatura qo'yiladi.

16. Oraliq muskullari alohida chok bilan tikiladi. Agar yirtilgan joy chuqur bo'lsa, sohani yopish uchun ikkinchi qator chok qo'yiladi.

17. Teri alohida chok bilan tikiladi, qinga kirish qismidan boshlab tikiladi.

18. Agar yirtilgan joy chuqur bo'lsa, rektal tekshirish o'tkaziladi. To'g'ri ichakda chok yo'qligiga ishonch hosil qilinadi.

3-4 darajada tikish.

1. Jarohat jarrohlik xonasida tikiladi.

2. Bemorni qo'llab- quvvatlash. Adekvat anesteziya qo'llaniladi.

3. Assistentdan bachadonni massaj qilish so'raladi.

4. Qin ,bachadon bo'yni, oraliq va to'g'ri ichak ko'riladi.
5. Anal sfinkteri tekshiriladi:
 - qo'lga qo'lqop kiyib, barmoqni anusga kirgiziladi va yengil ko'tariladi.
 - sfinkter bor yoki yo'qligi aniqlanadi.
 - to'g'ri ichak yuzasini paypaslang va yirtilgan yuzani ko'rib chiqing.
6. Qo'lqop almashtiriladi.
7. Yirtilgan soha antiseptik eritma bilan ishlov beriladi va fekaliiy qoldiqlari olinadi.
8. Qin shilliq qavati, oraliq terisi ostiga va oraliq mushak qavatiga anestetik yuboriladi.
9. To'g'ri ichak ketgut bilan tikiladi, alohida choklardan foydalaniladi, shilliq qavat 0,5 sm oraliqda tikiladi.
10. Mushak qavati fassiya bilan tikiladi, alohida choklar bilan.
11. Jarohat sohasiga ishlov beriladi.
12. Sfinkter jarohatlanganda :
 - Sfinkterni qisqich bilan ushlanadi .Qisqich bilan tortilganda sfinkter yirtilmaydi.
 - Sfinkter 2 yoki 3 ta alohida choklar bilan tikib qo'yiladi.

Masalalar.

1. Tuqqan ayolda oraliqning III daraja yirtilishi. Taktikangiz?
 - A. Oraliqni tikish.
 - B. Laparotomiya.
 - V. Gemotransfuziya.
 - G. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish.
 - D. Gisteroskopiya.
2. Tuqqan ayolning tug'ruq yo'llari tekshirilganda oraliqning III daraja yirtilishi aniqlangan. Nima qilish kerak?
 - A. Xirurgik yondoshuv.
 - B. Uterotoniklar.
 - V. Bachadon massaji.
 - G. Gemotransfuziya.
 - D. Kuzatuv dinamikada.

3. Bemor V. 30 yoshda. 4- homiladorlik. Tibbiy markazda vazni 4.2 kg muddatiga yetgan bola tug'di. Bola tug'ilgandan keyin unga 0.2 mg ergometrin yuborilgan. Yo'ldosh 5 daq. dan keyin asoratsiz ajralgan. Biroq bola tug'ilgandan 0.5 soatdan keyin unda qindan kuchli qon ketishi boshlangan. Puls 88 ta, AB 110/80 mm.sim.ust., NOS 18 ta, tana harorati 37 °C. Bachadon qattiq,yaxshi qisqargan. Yo'ldosh butun. Oraliq jarohati yo'q. Qin va bachadon bo'ynini tekshirish davom etayotgan kuchli vaginal qon ketishi hisobiga qiyinlashgan. Shuning uchun bachadon bo'yni va qin yorilishi hali istisno qilinmadi.

Tashxis?

- A. Tug'ruq yo'llarining yirtilishi.
- V. Koagulopatik qon ketishi.
- S. Bachadon gipotoniyasi.
- D. Bachadon yorilishi.
- E. Bachadon atoniyasi.

B. Taktikasi.

- A. Tug'ruq yo'llari jarohatini tixlash.
- B. Bachadon ekstirpatsiyasi.
- V. Uterotoniklar.
- G. Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalarini ko'rish.
- D. Bachadon ichini qo'l bilan tekshirish.

4. Tug'ruq bo'limiga 33 yoshli homilador ayol kelib tushdi. 6 soatdan so'ng tug'ruq kuzatildi. 5 kg.li vaznli yetilgan tirik o'g'il tug'ildi. 15 daq. dan so'ng mustaqil ravishda yo'ldosh ajraldi va tug'ildi. Tug'ruqdan so'nggi davrda tug'ruq yo'llaridan qon ketish davom etayapti. Bachadon qisqargan.

I. Taxminiy tashxisi?

- A. Tug'ruq yo'llari yorilishi.
- B. Koagulopatik qon ketishi.
- V. Bachadon gipotoniyasi.
- G. Bachadon yorilishi.
- D. Bachadon atoniyasi.

II. Tuqqan ayolni boshqarish taktikasi.

- A. Tug'ruqdan keyingi palataga ko'chirish.
- B. Yumshoq tug'ruq yo'llarini ko'rish.
- V. Bachadon tashqi massaji.
- G. Yoriqni tikish.
- D. Uterotoniklar.

5. Homilador ayol 38 yoshda. Homiladorlik III. 31- hafta. Asoratlangan akusherlik anamnezi. Anamnezdan 1,5 yil oldin kesarcha kesish amaliyotini o'tkazgan. Homilador qorin pastida va belda tortuvchi og'riqlarni sezayapti.

I. Sizning taxminiy tashxisingiz?

- A. Bachadon yorilish xavfi.
- B. Bachadondagi chandig'ning yetishmovchiligi.
- V. Bachadon bo'yinchasini gumbazdan uzilishi.
- G. Bachadonning yorilishi.
- D. Muddatdan oldingi tug'ruq.

6. 31 haftalik muddatda bachadondagi chandiq yetishmovchiligi uchun nima xarakterli?

- A. Qorin pastidagi va chandiq sohasidagi og'riq.
- B. Chandiq sohasining ingichkalanishi.

- V. Jinsiy yo'llardan shilliq ajralishi.
- G. Oyoqlarda va qorin old devoridagi shishlar.
- D. Chandiqlik yo'nalishi bo'yicha qalinligining bir xilda emasligi.

7. Homilador ayol 38 yoshda. Homiladorlik III. 31- hafta. Asoratlangan akusherlik anamnezi. Anamnezdan 1,5 yil oldin kesarcha kesish amaliyotini o'tkazgan. Homilador qorin pastida va belda tortuvchi og'riqlarni sezayapti.

- A. Sizning taxminiy tashxisingiz?
- A. Bachadon yorilish xavfi.
- B. Bachadon chandig'ining yetishmovchiligi.
- V. Bachadon bo'yining gumbazdan uzilishi.
- G. Bachadonning yorilishi.
- D. Muddatidan oldingi tug'ruq.
- B. Tashxisni aniqlash uchun tekshirish o'tkazish?
- A. UT tekshiruv.
- B. Qorin palpatsiyasi.
- V. Qorin bo'shlig'i laparoskopiyasi.
- G. Qin tekshiruvi.
- D. Ambulator kuzatuv.

V. 31 haftalik muddatda bachadondagi chandiqlik yetishmovchiligi uchun nima xos?

- A. Qorin pastidagi va chandiqlik proektsiyasidagi og'riq.
- B. Chandiqlik sohasining ingichkalanishi.
- V. Jinsiy yo'llardan shilliq ajralishi.
- G. Oyoqlarda va qorin old devoridagi shishlar.
- D. Chandiqlik yo'nalishi bo'yicha qalinligini bir xilda emasligi.

8. 34 yoshdagi homilador ayol. O'z vaqtidagi 2 ta tug'ruq. Bo'yi 162 sm, vazni 72 kg. Bachadon tubi balandligi -40 sm, qorin aylanasi - 110 sm. Anamnezda 8 tib.abort, 1 kriminal abort (metroendometrit bilan asoratlangan).12 soatdan beri tug'ruqda. Bachadon bo'yni to'liq ochilganiga 30 daq. bo'ldi. Dard har 1-2 daq. 50-55 sek. davom etmoqda, juda og'riqli. Ayol asabiylashgan. Dard tutganda va ular orasida ham qorin pastida kuchli og'riqdan shikoyatlanayapti. Kuchanishga harakat qilayapti. Chanoq o'lchamlari: 25-26-31-17. Homilaning boshi chanoqqa tiqilib turibdi. Bachadonning pastki segmentini paypaslaganda og'riqli bor., kontraksion halqa dard yo'qligida kindikdan 2.0 sm pastda. Vaginal ko'rilganda: qog'anoq parda yo'q, bachadon bo'yni to'liq ochilgan, shishgan, homila boshi chanoqqa tiqilib turibdi. Promontoriumga barmoq yetadi-10.5 sm.

Tashxis?

- A. Bachadon yirtilishi xavfi.
- B. Anatomik va klinik tor chanoq.
- V. Anatomik tor chanoq.
- G. Klinik tor chanoq.
- D. Yirix homila.

9. Poliklinikaga qayta tug'uvchi ayol dard belgilariga shikoyat qilib keldi. Anamnezida 3 yil burun homilaning noto'g'ri yotishi sababli kesarcha kesish operatsiyasi qilinganligi ma'lum. Operatsiyadan keyingi davrda qorinning oldingi devori choklari yiringlashishining og'irlashuvi kuzatilgan. Chanoq o'lchamlari normada. Homilaning taxminiy vazni 3500 gr. Nima qilishingiz kerak? Qanday maslahat berasiz? Tug'ruq rejasi qanday bo'lishi kerak?

O'rgatuvchi testlar:

1. Bachadonning gistopatik yirtilishida shifokor taktikasi qanday?

Gemodinamikani tiklash maqsadida qon quyish.

Tezkor laparotomiya.

Bachadon ekstirpatsiyasi (bachadon o'smalarisiz).

Operatsiya vaqtida qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqlik quyish.

2. Tug'ruq yo'llarining yirtilishida qon ketish klinikasi qanday?

Bachadon qattiq, qisqargan holatda qon ketadi.

Qon ketish bola tug'ilishi bilan boshlanadi.

Qon suyuq, och rangda.

Qon bosimi pasayib ketadi.

3. Oraliqning III – darajali yirtilishida qaysi to'qimalar jarohatlanadi?

Qin devori.

Oraliq terisi.

Oraliq mushaklari.

Anus sfinkteri.

To'g'ri ichak devori.

4. Oraliq yirtilish xavfi belgilarini ayting:

oraliq to'qimalari sianozi (ko'karishi);

oraliq to'qimasi shishi va terisining yaltirashi;

oraliq terisining oqarishi.

5. Oraliqni kesishning qanday 3 xilini bilasiz?

Perineotomiya (o'rta chiziq bo'ylab).

Epiziotomiya (yon boshiga).

Paramedial kesish (to'g'ri ichak tashqi sfinkteri chetidan).

6. Bachadon bo'yni yirtilishining 3 darajasini ta'riflab bering?

1 – darajasi – yirtilish 2 sm gacha.

2 – darajasi – yirtilish 2 sm dan ko'p, lekin qin gumbaziga yetmaydi.

3 – darajasi – yirtilish qin gumbazlariga o'tgan.

7. Bachadon bo'yni yirtilishini tikish texnikasi:

Ketgut ip bilan tikiladi.

Tikish yuqori burchagidan, tashqi bo'g'ziga qarab tikiladi.

Birinchii chok yirtiq burchagi yuqorisiga qo'yiladi.

Ilgani jarohat chetidan kiritib, 0,5 sm masofada tikiladi.

8. Bachadon bo'yni va qin yirtilishi profilaktikasi:

tug'ruqda spazmolitiklar qo'llash;

tug'ruqni adekvat og'riqsizlantirish;

barvaqt kuchanishning oldini olish;
uterotonik vositalarni ratsional qo'llash;
qin orqali tug'diruvchi jarrohlik usullarini to'g'ri qo'llash;
ratsional tug'ruqqa tayyorlash.

9. Oraliq yirtilish profilaktikasi:

qin orqali tug'diruvchi jarrohlik usullarini to'g'ri qo'llash;
akusherlik yordamini to'g'ri ko'rsatish;
tug'ruqni adekvat og'riqsizlantirish;
tug'ruqqa ratsional psixoprofilaktik tayyorlash;
oraligni o'z vaqtida kesish.

10. Bachadon yirtilishining 4 asosiy sabablari:

homila tug'ilishiga mexanik to'sqinlik;
bachadon mushaklaridagi degenerativ o'zgarishlar;
tug'diruvchi jarrohlik usullari qo'llanilganda zo'rlash;
barcha omillarning birgalikda kelishi.

11. Bandl bo'yicha bachadon yirtilishiga xos 5 klinik belgini ayting?

Kuchli tug'ruq faoliyati.

Ayolning o'zini tutishini o'zgarishi.

Puls tezlashishi.

Siyishning qiyinlashishi yoki qiynalib siyishi.

Homila o'tkir gipoksiyasi, homila intranatal o'limi.

12. Bandl bo'yicha bachadon yirtilish xavfining obyektiv ko'rik ma'lumotlari?

Bachadon pastki segmenti yupqalashishi va og'riq.

Bachadon dumaloq boylamlari taranglashuvi va palpator og'riq.

Qin va tashqi a'zolar shishi.

Kontraksion halqa balandga ko'tarilib, bachadon qumsoat shakliga kirishi.

Homila o'tkir gipoksiyasi, homila intranatal o'limi.

Bachadon bo'yni shishi, homila boshida tug'ruq shishi.

13. Bachadonning gistopatik yirtilishi xavfiga xos 6 klinik belgilar?

Tug'ruq faoliyati sustligi.

Siydik qopi atoniyasi.

Kuchsiz, natijasiz tug'ruqda og'riq va dard.

Homila yurak urishining buzilishi.

Chandiqda notekislik va og'riq.

14. Bachadon yorilishi xavfining asosiy simptomlarini ayting:

paypaslaganda bachadon dumaloq boylamlari og'riqliligi;

kontraksion halqaning balandda turishi;

pastki segmentning yupqalashib va og'riqli bo'lishi;

barvaqt kuchaniq bo'lishi;

bachadon qumsoat shakliga kiradi;

kuchli va og'riqli dard.

15. Yirtilgan bachadonga xos 5 belgini ayting?

Dardni to'xtatish.

Ayolni kayfiyati tushgan.

Homila yurak urishining bo'lmasligi.

QB pasayishi, puls tezlashishi, terisi oqargan.

Jinsiy yo'llardan qonli ajralma kelishi.

16. Bachadonda chandiq bo'yicha yirtilish boshlanganligi belgilari:

ko'ngil aynish, qusish;

bosh aylanishi;

chandiqda palpator og'riq ;

chandiqni paypaslaganda chuqurlashuv «tokcha» belgisining aniqlanishi;

homila o'tkir gipoksiyasi;

jinsiy yo'llardan qonli ajralma kelishi.

17.Tug'ruqda bachadon yirtilish xavfi paydo bo'lganda shifokorning tutadigan yo'li:

zudlik bilan chuqur og'riqsizlantirib tug'ruq faoliyatini to'xtatish;

operativ jarrohlik.

18. Bachadon yirtilishi xavf guruhiga kiradimi?

Bachadon chandig'i bor homiladorlar.

Ko'p tug'uvchilar.

Akusherlik anamneziga moyil homiladorlar.

Tor chanoq.

Katta homila.

Homilaning noto'g'ri joylashuvi.

19. Poliklinikada bachadon yirtilishi profilaktikasi.

Yirtilish xavfiga kiruvchi ayollarni xavf guruhiga ajratish.

Homiladorlikning 37 – 38 haftasida tug'ruqqa tayyorlashga yotqizish.

Bachadondagi chandiqni baholash.

Abortlar profilaktikasi.

Bachadonda chandig'i bor ayollarda homiladorlikni to'g'ri olib borish.

20. Klinik kechishi bo'yicha bachadon yorilish turlari:

Bachadon yorilishi xavfi.

Boshlangan bachadon yorilishi.

Bachadonning butkul yorilishi.

21. Bachadonning gistopatik yorilishida shifokor taktikasi qanday?

Zudlik bilan operatsiya qilish.

Operatsiya bilan bir vaqtda qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyish.

Kichik uzunasiga yirtilganda bachadonni tixish.

Bachadon ekstirpatsiyasi (ortiqsiz).

22. Boshlangan davri bo'yicha bachadon yorilishi:

Homiladorlik davrida.

Tug'ruq davrida.

23. Patogenetix belgilari bo'yicha bachadon yorilishi turlari:

O'z - o'zidan yorilishi.

Zo'rlab yorilishi.

24. O'z - o'zidan bachadon yorilishining 3 ko'rinishi.

Mexanik.

Gistopatik.

Mexanogistopatik.

25. Qayerdan yorilishiga qarab bachadon yorilishi turlari:

Pastki segmentidan yorilishi.

Bachadon tanasidan yorilishi.

Bachadon tubidan yorilishi.

Qin gumbazidan uzilishi.

26. Chot yirtilishining II darajasida qanday to'qimalar shikastlanadi?

Qin devorlari.

Chot terisi qavati.

Chanoq tubi mushaklari.

27. Quyidagilardan qaysi simptomlar qov suyagi birikmasi ajralganida yuzaga keladi?

Yurganda qattiq og'riq.

Qov birikmasida og'riq.

«O'rdaksimon» yurish.

Qov birikmasida shish.

Qov birikmasida qon yig'ilishi (gematoma).

XXVII BOB

CHAQALOQLARNING PATOLOGIK HOLATLARI

Maqsad. Chaqaloqlar asfiksiyasi, sabablari, klinikasi, diagnostikasini o'rganish. Respirator distress sindrom, chaqaloqni birlamchi reanimatsiyasi, tug'ruq jarohatlari, infeksiyon kasalliklarini bilish.

Reja:

1. Chaqaloqlar asfiksiyasi, sabablari, klinikasi.
2. APGAR shkalasi.
3. Respirator distress sindrom.
4. Chaqaloqning birlamchi reanimatsiyasi.
5. Chaqaloqlarda tug'ruq jarohatlari.
6. Chaqaloqlar infeksiyon kasalliklari.

27.1. CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI

• Asfiksiya - patologik holat bo'lib, tug'ilgan chaqaloqda mustaqil nafas olish yo'qligi yoki nafas olishi yuzaki, nomuntazam va organizmda yetarli darajada gaz almashuvini ta'minlab bera olmaydi

Asfiksiya sabablari

- Homila gipoksiyasi.
- Nafas yo'llarining mekoniy, qog'anoq suvlari, shilliq, qonlar bilan aspiratsiyasi sababli o'tkazuvchanligi buzilishi.

- Markaziy asab tizimining og'ir jarohatlanishi.
- O'pkalar to'qimasining funksional yetilmaganligi yoki surfaktantning yetarlicha ishlab chiqarilmasligi.
- Qon aylanishining kichik halqasida gemodinamik buzilishlar.
- Homila nuqsonlari.

27.1.-jadval

Apgar shkalasi

Simptomlar	0 ball	1 ball	2 ball
Yurak urishi	Yo'q	100dan kam	100 va >
Nafas	Yo'q	Bradipnoe, nomuntazam	Baland qichqirishi
Mushak tonusi	Oyoq-qo'llari osilib qolgan	Oyoq-qo'llari buxilgan ozroq	Oyoq-qo'llari aktiv harakatda
Reflekslar	Yo'q	Yuz tirishishi	Yo'tal, aksirish, qichqirish
Terining rangi	Umumiy oqarish yoki sianoz	Pushti rang va akrosianoz	Pushti rang

Chaqaloq ahvolini Apgar shkalasi yordamida baholash (1- daq. va 5 daq. dan so'ng) 8-10 ball -ahvoli yaxshi, 7 ball - chegarali ahvol, 6 ball - yengil darajali asfiksiya, 5-4 ball - o'rta darajali asfiksiya, 4 ball va undan past - og'ir darajali asfiksiya, simptomlar yo'qligi - o'lik tug'ilish.

Chaqaloqlar asfiksiyasi deyilganda MNS, nerv-reflektor faoliyatining susayishi natijasida qon aylanishining buzilishi tushuniladi. Asfiksiya rivojlanishida homilaning o'tkir va surunkali gipoksiyasi ahamiyatga ega. Birlamchi apnoe- bu o'tkir perinatal gipoksiyaga nisbatan boshlang'ich fiziologik javob. Bunda nafas harakatlari to'xtaydi, bradikardiya tranzitor kuzatiladi. Birlamchi apnoeda o'pka ventilyatsiyasiga qisqa muddatli yordam ko'rsatma musbat effekt beradi. Ikkilamchi apnoe- bu birlamchi apnoedan so'ng paydo bo'ladi. Bunda chaqaloq bir marta Gasping tipida nafas olgach, nafas harakati to'xtaydi. Bu holatda ham Q/B tushib ketadi. Bradikardiya va mushak tonusining susayishida chaqaloqlarda intensiv terapiya boshlab, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi bajariladi. Kutilgan natija kamdan - kam hollarda ijobiy bo'ladi. Chaqaloqlar asfiksiyasining og'irlik darajasi Apgar shkalasi bo'yicha chaqaloq tug'ilgach 1daq. va 5 daq. oralatib umumiy ahvoli baholanadi.

Yengil asfiksiya – 6-7 ball. Yengil asfiksiyali chaqaloqlar uchun maxsus davo shart emas. Ko'pincha erta moslashuv davrida nerv - reflektor qo'zg'aluvchanlik sindromi paydo bo'lishi mumkin. Masalan, Moro spontan refleksi gorizontal yoki vertikal nistagm.

27.2. RESPIRATOR DISTRESS SINDROM

Respirator distress sindrom (RDS) - bu yangi tug'ilgan chaqaloqning birinchi soatlaridan paydo bo'luvchi patologik holat bo'lib, o'pxaning struktur yetilmaganligi va surfaktant modda sintezining buzilishi bilan ifodalanadi.

Chala tug'ilish, homila ichi infeksiyasi, perinatal gipoksiya va asfiksiya kabi omillar RDSning sababini, og'irlik darajasini belgilaydi.

Surfaktant – yuza aktiv modda bo'lib, alveositlarning II tipi sintezlaydi. Surfaktant tanqis bo'lganda nafas chiqarish aktida alveolalar bujmayib qoladi, natijada gaz almashinuv sathi kamayib gipoksemiya va giperkapniya holatlari paydo bo'ladi. Surfaktant sistemaning yetilishi homilada 35-36 haftalarga kelib yakunlanadi. Glyukokortikoidlar, tireoid gormonlar, esterogenlar, adrenalalin va noradrenalin uning sintezini stimullaydi.

RDS klinik belgilari chaqaloq tug'ilgach 4-6s o'tgach paydo bo'ladi va 1daq. da 60ta nafas harakatli hansirash bilan xarakterlanadi.

Nafasning tezlashishi eksparator shovqinlar bilan birga kechadi.

Chaqaaloqni ko'zdan kechirilganda nafas olganda ko'krak qafasining ichkariga botishi kuzatiladi, ya'ni xanjarsimon o'siq qovurg'alar orasi va o'mrov usti chuqurchasi ichkariga tortilgan bo'ladi. Yuzlariga e'tibor berilganda burun qanotlarining taranglashishi, apnoe xurujlari kuzatiladi.

Chaqaaloqning yuz terisi pushti rangda bo'ladi. RDS klinik belgilari paydo bo'lgach akrosianoz, keyinchalik umumiy rangparlik yuzaga keladi.

Auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas eshitiladi. SBS rivojlangan sari nafas olish va chiqarish jarayonlarida krepatitsiya va quruq xirillashlar eshitiladi.

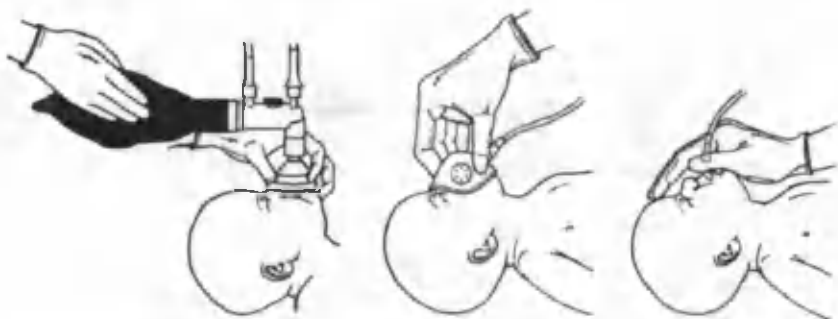
Chaqaaloqning RDS og'irligini baholashda Silverman shkalasidan foydalaniladi: 4 ballgacha-RDS boshlanishi; 5 ball- RDS o'tacha og'irligi; 6-9 ball- og'ir darajadagi RDS; 10 ball- o'ta og'ir RDS.

RDS chaqaaloqning umumiy ahvoli o'zgaradi, gipo-, adinamiya bo'ladi.

RDS o'tkazgan va jonlantirish bo'limida intensiv terapiya olgan chaqaaloqlarda ham ba'zida sepsis, DVS sindromi, bronx-o'pka displaziyasi, o'pkaga qon quyilishi kabi asoratlar yuzaga kelishi mumkin. RDS prenatal diagnostikasida qog'anoq suvining fosfolipid tarkibini aniqlash testi muhim ahamiyatga ega. Agar lesitin bilan sfingomielin nisbati 2:1 bo'lsa, RDS rivojlanish ehtimoli 0%, 2:1,5 nisbati- 50%, 1:1 nisbati – 75%. RDS rivojlanish ehtimolini baholashda «ko'pikli» test o'tkaziladi. Buning uchun yangi tug'ilgan chaqaaloqning 0,5ml oshqozon suyuqligiga 96% spirtidan 0,5 ml qo'shiladi. Probirkada 15s davomida chayqatiladi. Agar alohida yoki o'zaro birikkan yirik ko'piklar aniqlansa, test musbat, ko'piklar umuman bo'lmasa, manfiy, agar probirkaning bir qismini egallovchi mayda ko'pikchalar aniqlansa, kuchsiz musbat natija deb baholanadi. Test musbat bo'lganda RDS rivojlanishi juda kam, kuchsiz musbat bo'lganda -20% hollarda , manfiy natijada 60% hollarda RDS rivojlanishi mumkin. RDS rivojlanganda asosiy parametrlar monitoringga olinadi: yurak qisqarishlar soni, nafas chastotasi, O_2 va CO_2 parsial bosimi, qonning kislotatash holati, EKG, biokimyoviy parametrlar nazorat qilinib boriladi. RDS birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash maqsadida oksigenoterapiya qilinadi (27.1.rasm).

Oksigenoterapiyani qonning gaz tarkibini bilmasdan o'tkazish mumkin emas. Qonning gaz tarkibini aniqlab bo'lmaganda, monitoringga e'tibor beriladi. Kislorod bosimi 60-90mm. sim. ust atrofida bo'lishi kerak. Kislorod bilan to'yinuvchanlikning 1-2% pasayishi bosimning 6-12%ga tushishini bildiradi. 90%gacha kislorod bosimi pasaysa og'ir gipoksiyadan dalolat beradi.

Shu sababli kislorod bosimini 92-96%da ushlab turish kerak. Oksigenoterapiya effektsiz bo'lganda traxeya intubatsiya qilinib, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkaziladi.



A

B

V

27.1. -rasm. Chaqaloq ko'kargan, lekin nafas olmoqda: kislorod berish lozim: A- Anesteziologik xalta yordamida; B- Kislorod niqobi orqali; V- Kislorod shlangi orqali.

Kompleks terapevtik muolajalarga gidratatsion terapiya kiradi. Chaqaloqning bir sutkasida 50-60ml/kg tana vazniga, keyinchalik 140-150 ml/kg vazniga nisbatan suyuqlik qovviladi. 10%li albumin eritmasi va yangi muzlatilgan plazma gipertoniyaning koreksiyalash uchun qo'llaniladi.

Antibakterial terapiya bakteriologik ekma natijasiga ko'ra olib boriladi.

Hozirgi kunda RDS profilaktikasi maqsadida glyukokortikoidlardan foydalaniladi. Chaqaloq tug'ilgach birinchi sutkasida surfaktant preparati Ekzosurf (Angliya) va Kurosuf (Italiya) 5ml/kg vazniga hisoblab endotraxeal har 8 soatda qilinadi.

27.3. CHAQALOQNING BIRLAMCHI REANIMATSIYASI

- Chaqaloqni artib issiq joyga yotqizish.

- Reflekslarni qo'zgatish, bo'shlig'i sanatsiyasi.

- Reflekslarni qo'zgatish.

- Sun'iy o'pka ventilyatsiyasi - Ambu qopchasi yordamida.

- Yurak massaji (27.2.-rasm).

- Kindik arteriyasi orqali 4% natriy gidrokarbonat eritmasi (10-12 ml), 10% glyukoza (10-15 ml), adrenalin 0,1-0,3 ml/kg.

- Traxeya orqali intubatsiya va toza namlangan kislorod yuborish.



27.2. Yurakni bilvosita massaj qilish.

27.4. CHAQALOQLARNING TUG'RUQ JARAYONIDA JAROHATLANISHI

- Kefalogematoma.
- M. Sterno-claيدا-mastoideus travmasi.
- O'mrov suyakning sinishi.
- Yuz asabining parezi.
- Yelka chigalining jarohatlanishi (qo'l falaji).
- MNS tug'ruq jarohati (miyaga qon quyilishi).
- Umurtqa pog'onasi va orqa miyaning tug'ruq jarohati.

Kefalogematoma- bir yoki ikki tomonlama tepa, kamroq hollarda ensa cezub cezrecnb pardasi ostida qon quyilishi. Kefalogematoma ustidagi teri o'zgarmagan. Shish tug'ruqdan keyin 2-3 kunlar ichida kattalashishi mumkin, 6-8 haftalarda asta-sekin yo'qolishi mumkin. Kefalogematoma yiringlashi, kamroq hollarda kalsiylanishi va suyaklanishi mumkin.

M. sterno- claيدا-mastoideus jarohati- ko'pincha homila dumba bilan kelgan tug'ruqlarning asorati hisoblanadi. Mushaklar gematomasi qo'shilishi mumkin, duksimon qalinlashish ko'rinishida aniqlanadi. Bola boshi jarohat tomonga burilgan, engak esa sog'lom tomonga qaragan bo'ladi. Ko'rikda qiyshiq bo'yin aniqlanadi. Bir necha haftadan keyin gematoma izsiz yo'qoladi.

Davo choralari konservativ: yengil massaj, issiq qo'yish.

O'mrov suyagining sinishi deyarli ko'p uchraydi. 3% chaqaloqlarda uchraydi. U asosan yirik bolalarda va tug'ruq jarayoni noto'g'ri boshqarilganda (yelka kamar distotsiyasi) kuzatiladi. Chaqaloqlar tug'ilishi bilan o'mrov suyagi somasida palpatsiyada krepitatsiya va og'riq seziladi. Qo'llar harakati chegaralangan, 3 - 4 kunlari tog'aylanib dumboq bo'lib bitadi. Davo choralari: yelkalarni fiksasiya qilish.

Yuz asabi falaji: akusherlik qisqichlari qo'yilgandan keyin kelib chiqadigan asorat sifatida yoki tug'ruq yo'llarida yuza joylashgan nervning ezilishi natijasida kelib chiqadigan holat. Klinik belgilari burun- lab burmalarining tekislanishi, jarohat tomonda ko'zning ochiq turishi, baqirganda og'izning sog'lom tomonga tortilishi bilan namoyon bo'ladi. Falaj bir necha hafta davomida tuzatiladi.

Yelka asab tugunining falaji. Tug'ruqda yelka asab tuguni va uning ildizlarining yoki ba'zan orqa miyaning shikastlanishi tufayli kelib chiqadi.

Yelka asab tugunining qaysi bir shoxining falajiga qarab, yelka asab tuguni akusherlik falajining 3 turi farqlanadi. Davo kompleksi - shifobaxsh fizkultura, massaj, fizioterapiya va medikamentoz davo choralaridan iborat.

MNS jarohati (miyaga qon quyilishi). Miyaga qon quyilishi tug'ruq paytida kalla suyagi va bosh miyaning mexanik jarohatlanishi natijasida kelib chiqadi. Chaqaloqlarda bu holatning kechishi, asosan miyaning shikastlangan qismiga, og'ir - yengilligiga bog'liq. Uchrash salmog'i 3-8%. Chaqaloqlar tug'ruq jarohatlarida ko'pincha asfiksiya bilan tug'iladi. Klinikasi umumiy va o'choqli simptomlar bilan xarakterlanadi. Umumiy buzilishlar qo'zg'aluvchanlik (harakatlar notinch, monoton qichqiriq, tirishish) yoki gipo - va adinamiya,

reflekslar pasayishi. Davo choralari: bola asfiksiya bilan tug'ilganda shoshilinch chora-tadbirlar; hayot uchun muhim funksiyalarni tiklash, metabolizmni korrektsiyalashdan iborat.

Tiklanish davrida- so'ruluvchi terapiya, massaj bilan davolovchi gimnastika.

Orqa miya jarohati. Orqa miya yengil jarohatlarida gemodinamik buzilishlar kuzatiladi. Klinik belgilari jarohat joyiga bog'liq. Yuqori bo'yin qismi jarohatida bulbar buzilishlar kuzatiladi.

Ko'krak qismi jarohatlanganda nafas mushaklari, bel-dumg'aza.

Davo choralari umurtqalarni immobilizatsiya qilishdan va bir vaqtning o'zida yopiq repozitsiya qilish muolajalaridan iborat. Vitaminoterapiya, so'ruluvchi preparatlar, 2 haftadan keyin esa massaj buyuriladi.

27.5. CHAQALOQLAR YUQUMLI KASALLIKLARI

Sitomegalovirus (SMV). Kasallik o'tkir kechganda erta belgilari sariqlik, gepatosplenomegaliya, gemorragik sindromlar paydo bo'ladi. Kechroq esa asorat sifatida karlik, bolaning nerv-psixik rivojlanishdan orqada qolishi kuzatiladi.

Tug'ma SMV infeksiyasi bo'lgan chaqaloqlarda virus siydik, so'lak, orqa miya suyuqligida topiladi. Tashxis uchun IgM sinfiga mansub bo'lgan spetsifik SMV-antitanelari aniqlanadi. So'lak, siydik yoki jigar to'qimasini elektron-mikroskopik tekshiriladi. Effektiv spetsifik virusga qarshi terapiya yo'q. Unga qarshi spetsifik antisitomegalovirus immunoglobulin sxema bo'yicha qo'llaniladi.

Oddiy herpesning ikkita serotipi bor: I va II. Kam hollarda kasallik alomatlarsiz kechishi mumkin. Bunda ko'proq teri va ko'z jarohatlanadi. Disseminirlangan jarayonlarda sepsis rivojlanishi mumkin. MNS jarohatlanganda qaltirash, lanjlik, ishtaha yomonlashishi, gipoglikemiya, nerv-reflektor qo'zg'aluvchanlikning oshish sindromi xarakterlanadi. Teri va shilliq qavatlarda vezikulyar pufakchalarning bo'lishi kasallikni isbotlovchi muhim belgi hisoblanadi. Tashxis uchun vezikula ichidagi modda yoki terining jarohatlangan sohasidan surtma olinib tekshiriladi. Bunda oddiy herpes virusining antigeni topilishi mumkin. Davo choralari: barcha klinik shakllari uchun Asiklovir qo'llaniladi. Tarqalgan shakli, miyaning gerpetik jarohatlanishi yoki oftalmogerpesda Asiklovir 60-90 mg/kg tana vazniga, kuniga 1 marta t/i yuboriladi. Teri jarohatlanganda doza 30mg/kg tana vazniga, kuniga 1 mahal t/i yuboriladi. Davolash kursi 10-14 kun hisoblanadi. Immunoglobulin yuqori titrida reafteron 100-150 ME/kg kuniga 2 mahal har 12 soatdan 5 kun davomida shamchalar qo'llaniladi.

Listerioz. Chaqaloqlarda tug'ma listerioz aspiratsion pnevmoniya va miyada qon aylanishi buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha eshituv a'zolari(otit), miya (meningial belgilar) va jigar zararlanadi. Teri toshmali: papulalar orqa umurtqa, dumba va oyoq-qo'llarda joylashadi. Ko'rikda hiqildoq, bo'g'iz shilliq qavatlari, kon'yunktivada toshmalar kuzatilishi mumkin. Bakteriologik tekshiruvda infeksiya qo'zg'atuvchisi teri papulasi, axlat, siydik va orqa miya suyuqligidan topiladi.

Davo choralari: antibiotikoterapiya (ampitsillin).

Qizilcha: qizilcha tashxis chaqaloqlarda klinik belgilar va laborator ma'lumotlar (siydik va faringial sekretidan ajralmalar) asosida qo'yiladi. Asosiy tashxis testi chaqaloqlar qonida maxsus qizilcha IgM antitanasini topish hisoblanadi. Maxsus davo yo'q.

Vezikulopustulyoz teri burmalari, bosh, dumba sohalari yuza joylashgan, o'lchami bir necha millimetr keladigan, ichida shaffof suyuqlik bo'lgan pufakchalar bo'lib, keyinchalik ter bezlari yallig'lanishi hisobiga pufak ichidagi suyuqlik xiralashadi. Vezikulalar 2 - 3 kundan keyin yoriladi. Eroziyalar quruq qobiq bilan qoplanadi. Tushib ketgandan keyin chandiq yoki dog'lar qolmaydi.

Chaqaloqlarda qavariq diametri 0,5 - 1 sm gacha bo'lgan pufaklar eritematoz dog' fonida paydo boladi. Ichida seroz yiringli suyuqlik bo'lib, asosida infiltrat. Pufak atrofiga giperemiya bo'ladi. Pufaklar ochilgandan keyin eroziya hosil bo'ladi. Xavfli shakllarida fliktenalar (pufaklar kattaroq o'lchamlarda -2-3 sm gacha) paydo bo'ladi. Teri qavariqlari qipiqlashishi mumkin. Chaqaloqning umumiy ahvoli og'ir, kuchli simptomlar, intoksikatsiya.

Ritter eksfoliativ dermatitini tillarang staflokokklar chaqiradi. Eksfoliatik ekzotoksin ishlab chiqaradi. 1- haftaning oxiri 2 - haftaning boshlarida terida qizarish paydo bo'ladi, kindik, chov burmalari, og'iz atrofiga yoriqlar paydo bo'ladi.

Eritemalar tezda qorin, tana, oyoq - qo'l terilarda tarqaladi, bo'shagan pufaklar, yoriqlar, epidermis quruqlashib, eroziyalar qoldiradi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir. Kasallik boshlangandan 1-2 hafta o'tib chaqaloqning hamma terisi giperemiyalashib katta sohalarda eroziyalar hosil bo'ladi. Epidermis ostida ekssudat yig'iladi. Keyin epidermis ko'chadi.

Kasallikda eroziya sohalari chandiq yoki dog'lar qolmasdan bitishi mumkin.

Figner psevdofurunkulyozi. Bu kasallik ham vezikulo-pustulalardan boshlanib, barcha ter bezlariga tarqaladi. Teri ostida diametri 1-1,5 sm gacha bo'lgan to'q qizil rangli tugunchalar paydo bo'ladi, o'rtasida yiring saqlaydi. Bosh, bo'yin orqa yuzasi, dumba, oyoq - qo'l terisida joylashadi.

Chaqaloqlar mastiti - ko'krak bezlari fiziologik dag'allashishi fonida rivojlanadi. Klinik belgilari: ko'krak bezining kattalashishi va infiltratsiyasi. Ko'krak bezi terisi giperemiyasi kuzatiladi. Davolanmasa kasallik kuchayadi, flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Palpatsiyada og'irqli yiringli ajralma keladi.

Chaqaloqlarning og'ir yiringli yallig'lanishi kasalliklaridan biri nekrotik flegmona hisoblanib, terida qattiq qizil dog' hosil bo'lishi bilan boshlanadi, jarohat tez tarqaladi. Limfa tomirlari turi va katta limfa yoriqlari bo'lishi hisobiga teri ostidagi yog' qavati yiringni tarqatib, terida tezlikda o'zgarishlar bo'lishiga olib keladi. 1-2 kundan keyin alternativ nekrotik bosqichida terining jarohatlangan sohalari qo'ng'ir-ko'kish rangga kiradi. O'rtasi yumshoqlashadi. Ko'chish bosqichida teri ko'chgandan keyin yiring bo'shlig'i hosil bo'ladi. Reparatsiya bosqichida granulyatsiya rivojlanadi va jarohat yuzasi epiteliylanib, keyinroq chandiq hosil bo'ladi.

Kon'yunktivit - kon'yunktiva va qovoqning shishi va giperemiyasi bo'lib, jarohat ikki tomonlama yiring ajralishi bilan kechadi. Davo yuqumli jarayonning qo'zg'atuvchisiga bog'liq.

Kataral omfalit - kindik yarachasidan seroz suyuqlik ajralishi va epiteliylanishining kechikishi bilan xarakterlanadi. Kindik tizimchasida yengil giperemiya va infiltratsiya bo'ladi. Bunda chaqaloqning holati o'zgarmaydi, qon tahlili ham o'zgarmaydi. Kindik tomirlari palpatsiyalanmaydi. Davo mahalliy kuniga 3 % li vodorod peroksid bilan 3 marta, keyin 70% li spirt va kaliy permanganat eritmalari bilan ishlov berish, kindik yarachasi sohasi UFO qilinadi.

Yiringli omfalit - kasallik kindik yarachasining kataral o'zgarishlaridan birinchi hafta oxirlarida bo'shashadi. Keyin kindik yarachasidan yiring ajralib, kindik atrofi teri osti yog' qavati infiltratsiyasi, kindik tomirlari yuqumli zararlanishi simptomlari kuzatiladi. Kindik venasi tromboflebitida kindik ustida elastik qattiqlik palpatsiyalanadi.

Tromboflebitda kindik arteriyasi kindik tizimchasidan pastda palpatsiyalanadi, bunda kindik yarachasidan yiring ajralishi mumkin. Mahalliy ishlov, antibakterial davo o'tkazilishi shart.

Sepsis- chaqaloqlar og'ir yuqumli yallig'lanish kasalligi. Chaqaloqlarda sepsis jarayoni rivojlanishiga organizmning anatomo-fiziologik tuzilishi, sistemalar va organizmning yetilmaganligi, birinchi navbatda MNS ning, immunitet sustligi sabab bo'ladi. Chaqaloqlar infeksiyalanishi ante-, intranatal yoki erta neonatal davrda rivojlanishi mumkin. Infeksiyalanish muddatiga qarab homila ichi va postnatal sepsis farqlanadi. Chaqaloqlarda sepsis rivojlanishining yana bir omillaridan biri bola tug'ilganida va birinchi kunlarida jonlantirish tadbirlarini qo'llash hisoblanadi. Muddatidan oldin tug'ilgan yetilmagan chaqaloqlar sepsis jarayoni rivojlanishi uchun fon hisoblanadi.

Chaqaloqlar sepsisida infeksiya kirish darvozasi bo'lib, kindik yarasi, jarohatlagan teri va shilliq qavatlarga infeksiya tushishi, kateterizatsiya, intubatsiya, ichak, o'pka, kamdan-kam hollarda siydik chiqarish yo'llari, o'rta quloq, ko'zlar hisoblanadi. Chaqaloqlar sepsisining klinik manzarasini yuqumli bo'lmagan holatlardan ajratish qiyin. Turg'un bo'lmagan tana harorati gipo- yoki gipertermiya kuzatiladi. Qo'shimcha belgilariga so'rish reflekslarining sustligi yoki yo'qligi, quqish, ich kelishining tezlashishi va qorin ko'pchishi, qorin dam bo'lishi, apnoe, respirator distress sindromi (nafas yetishmovchiligi belgilari), sianoz, gepatosplenomegaliya, sariqlik, terining marmar ko'rinishiga kirishi, lanjlik, gipotoniya, tutqanoq kiradi.

Katta liqildoq shishi, taranglashishi va ensa mushaklarining rigidligi, chaqaloqlarda faqat meningit muhim belgi hisoblanmaydi. Og'ir shakli chaqmoqsimon sepsis (sepsis shakllari hisoblanadi). O'rtacha kechishi xos.

Sepsisga taxmin bo'lganda:

- qon, orqa miya suyuqligi, siydik, traxeya va infeksiya o'chog'idan olingan ajralmalarni mikrobiologik usulda sterilligi tekshiriladi va Gramm usulida bo'yaladi.

Shifokorga sepsis tashxis uchun qonni infeksiyaga ekkanda ijobiy natijasi. Yiringli yallig'lanish belgilari, yuqumli toksikoz, laborator ko'rsatkichlar, instrumental tekshirishlarning o'zgarishlari imkon beradi.

- orqa miya suyuqligini tekshirish: Gramm usuli bo'yicha bo'yash, hujayra miqdori, oqsil, glyukozani aniqlash. Pleositoz yog' bo'lganda ham bakteriyalar proliferatsiyasi hisobiga suyuqlik xira bo'lishi mumkin. Lyumbal punktsiyasi orqa miya suyuqligida patologik o'zgarishlar bo'lmaganda ham 1 % chaqaloqlarda meningit uchrashi mumkin.

- Hidrosefaliyalı bolalarda ventrikulitda miya qorinchalarini punktsiya qilish mumkin.

- Traxeya aspiratini tekshirish. Traxeya aspiratidagi bakteriya va leykotsitlar soni chaqaloqlar hayotining birinchi soatlarida homila ichi infeksiyasning borligini ko'rsatadi.

- Periferik qonda leykotsitlar va trombositlar miqdori, leykotsitar formulani aniqlash. Ushbu o'zgarishlarning yo'qligi sepsis tashxisi to'liq yo'qligini bildirmaydi. Leykopeniya va neytropeniya yetilmagan va umumiy neytrofillar orasidagi munosabat 0,2 dan yuqori bo'lsa, sepsis tashxisini qo'yish mumkin. Lekin muddatiga yetmagan chaqaloqlar uchrashi mumkin. Trombositopeniya bo'lganda sepsisda DVS sindromi rivojlanishi mumkin. ECHT sepsisda 15 mm / soatdan oshishi mumkin.

- Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.

- Siydikni tekshirish: mikrokopiya va ekish usuli bilan mikroflorani antibiotikka sezgirligini aniqlash.

- Limulus- lizat - testini bajarish.

- Chaqaloqlar sepsisida davolash taktikasi optimal parvarish, emizish va antibakterial (ifisef 20-60 mg/kg og'irlikda kuniga) va simptomatik davo.

- Nafas, yurak, buyrak, buyrak usti bezi, jigar yetishmovchiligi, gematologik buzilish, nevrologik buzilishlar bo'yicha davolash;

- Adekvat gidratatsion terapiya, dezintoksikatsiya, qisman yoki to'liq parenteral oziqlantirish, zarur bo'lganda aylanib yuruvchi qon miqdorini tiklash, mikrosirkulyator va metabolik buzilishlarni korreksiya qilish maqsadida foydalaniladi.

- Immunokoreksiya maqsadida yangi muzlatilgan plazma va leykotsitar massa quyish ko'rsatma hisoblanadi.

- Antibakterial terapiya o'tkazilganda va keyin ichak biosintezini ushlash va korreksiya qilish zarur (bifidum yoki laktobakterin 5 dozadan 2-3 mahal kuniga, polivalent piobakteriofag yoki monovalent bakteriofag, streptokokkli, stafilokokkli, ko'k yiring tayoqcha, klebsiella).

Amaliy ko'nikmalar.

1. CHAQALOQ AHVOLINI APGAR SHKALASIDA BAHOLASH

Qadamlar:

1. Hozirgi paytda chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash tavsiya etilgan. Baholash tug'ilgan zahoti birinchi daqiqasida va 5 daqiqadan so'ng 5 ta muhim klinik belgilar: yurak urishi, nafas olishi, reflekslar, mushaklar tonusi va teri rangiga asoslanib o'tkaziladi.

2. Har bir belgi 3 balli sistemada baholanadi: 0, 1, 2.

3. Chaqaloq ahvolini baholash olingan 5 belgi yig'indisiga qarab o'tkaziladi.

4. Sog'lom tug'ilgan chaqaloqlar ushbu shkala bo'yicha 10-7 ballda baholanadi.

5. Yengil asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 6-5 ballda baholanadi.

6. O'rtacha asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 4- 5 ballda baholanadi.

7. Og'ir asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar esa 1-3 ballda baholanadi.

8. Klinik o'limda tug'ilgan chaqaloqlar 0 ballda baholanadi.

Masalalar:

1.2-tug'ruq, 2-davrida, 30 daqiqa o'tgandan so'ng jinsiy yo'llarda qonli ajralma paydo bo'ldi. QB 120-65 mm. sim. ust. To'lg'oq har 2-3 daq.da 50-55 sek. dan. To'lg'oqsiz davrida bachadon yomon bo'shashadi. Pastki segmentlarda palpatsiyada og'riq. Chanoq o'lchamlari 26-27-33-18 sm. Homilaning yurak urishi bo'g'iqlik, kardiografiya kech deseleratsiya 70 daqiqagacha aniqlangan. Siydik pufagini kateterizatsiya qilishni mexanik to'siq orqali bajarib bo'lmaydi. Qin tekshiruvida bachadon bo'yni og'zi to'la ochiq, homila boshi kichik chanoq chiqish qismida suqilib turibdi. Boshda katta o'sma aniqlangan. Sagittal chok oldinga og'gan. Kichik va katta chuqurchalarga yetib borishi mumkin. 1 sathda joylashgan.

Tashxis? Shifokor taktikasi?

2. Oilaviy poliklinikaga birinchi marta homilador bo'lgan ayol homila sust qimirlashi bilan shikoyat qilib keldi. Bachadon tubi kindix va xanjarsimon o'siq orasida. Homila yurak urishi bo'g'iqlik, oyoqlarida shishlar. Homiladorlik muddati 35-36 haftalik. Ayolning vazni 10 kg ga ortgan.

A. Qanday tekshirish usulini o'tkazish kerak?

A. Kardiotokografiya.

B. UTT.

V. Tashqi akusherlik tekshirish.

G. Gormonal tekshirish.

D. Siydik tahlili.

B. Nima qilish kerak?

A. Tug'ruqni kuchaytirish.

B. Kesarcha kesish.

- V. Nazorat qilish.
- G. Diuretiklar ishlatish.
- D. Tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish.

3.1. Chaqaloq homiladorlikning 38 haftasida tug'ildi, og'irligi 2300 g, uzunligi 48 sm. Chaqaloq yetilganmi?

2. Chaqaloq tug'ilganda qattiq qichqirdi, terisining rangi qizil. Yuragi daqiqaga 120 ta uradi, reflekslari yaxshiligi aniqlandi, mushaklari tonusi yaxshi. Apgar shkalasi bo'yicha chaqaloqqa baho bering.

O'rgatuvchi testlar:

1. Chaqaloqlarda toksik-septik kasalliklar rivojlanishiga olib keluvchi tug'ruqdagi 5 asorat?

- Suvsizlik davrining 12 soatdan ortishi.
- Tug'ruq davomiyligining 24 soatdan ortishi.
- Qin orqali ko'p marta ko'ruvlar.
- Ko'psuvlik.

Tug'ruqda infeksiyalanish.

2. Apgar shkalasi bo'yicha chaqaloq ahvoli qaysi 5 belgiga asoslanib baholanadi?

- Yurak urishi.
- Nafas olishi.
- Teri rangi.
- Mushaklar tonusi.
- Reflekslar.

3. Chaqaloqlar og'ir asfiksiasida davolash usullariga nimalar kiradi?

- Nafas yo'llaridan shilliqni tozalash.
- Chaqaloqni isitish.
- Kindik venasiga glyukokortikoidlar yuborish.
- Kindik venasiga kokarboksilaza yuborish.
- O'pka sun'iy ventilyatsiyasi.

4. Chaqaloqlar bakterial etiologiyali infeksiyon kasalliklariga nimalar kiradi?

- Omfalit.
- Teri kasalliklari.
- Sepsis.
- Zotiljam (pnevmoniya).
- Kon'yunktivit.
- Meningit.
- Chaqaloqlar mastiti.
- 5. Chaqaloqlar bakterial etiologiyali teri kasalliklarini sanab o'ting:
- Vezikulopustulyoz.
- Eksfoliativ Ritter dermatiti.
- Figner psevdofurunkulyozi.

Chaqaloqlar mastiti.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi.

6. Chaqaloqlarda infeksiyon kasalliklarni davolash tamoyillari?

Etarli ovqatlantirish.

Rasional antibakterial davo.

Yurak-tomir, nafas, buyrak, buyrak usti, jigar yetishmovchiliklarining korreksiyasi.

Gepatologik buzilishlar korreksiyasi (DVS, kamqonlik, trombositopeniya).

Nevrologik sindromni davolash.

Adekvat gidratatsion terapiyani o'tkazish.

Immunologik korreksiya.

Ichaklar normal biosenozini ushlab turish.

7. Chaqaloqlar tranzitor tana vazni pasayishiga nimalar xos?

Dastlabki vazniga nisbatan 10% gacha yo'qotish

Tug'ilgandan keyin 3-4 sutkasiga to'g'ri keladi

5 – 7 sutkaga kelib tana vazni tashlanadi

Tana vazni pasayishining sababi sut va suvning yetarlicha ta'minlanmaganligi

8. Chaqaloqlar jinsiy krizining asosiy belgilari:

3 – 4- kundan 7 – 10 -kungacha ko'krak bezlari dag'allashadi.

Ko'krak bezlaridan sut sekreti ajralishi.

Qindan oq - pushti yoki qonli ajralma kelishi.

9. Chaqaloqlar nafas olishining xususiyatlari:

Yuqori nafas yo'llari kalta va torligi.

Ko'krak qafasi bochkasimon.

Nafas olish 1 daqiqada 40 – 70 marta.

Nafas olishning qorin tipi.

Daqiqalik nafas olish hajmi pasaygan.

10. Chaqaloqlarda qon aylanish xususiyatlari:

Yurakning nisbatan katta o'lchami (tana vaznidan 0,34%).

Yurakning gorizontal holati.

Yurak urish soni 120 – 140 marta 1 daqiqada.

Sistolik KB 60 – 80mm.sim.ust diastolik QB-36 mm.sim.ust.

Yurak mushaklarining qon bilan yomon ta'minlanganligi.

11. Chaqaloqlarda hazm qilish xususiyatlari?

So'rish refleksi rivojlangan.

Chaqaloqlarda ichaklar uzunligi, kattalarnikiga nisbatan uzun.

Ichaklari tug'ilgan paytda steril.

Ichaklari bola oziqlanishi uchun tayyor.

Ichki nomuntazam keladi.

12. Erta neonatal o'limning asosiy sababini ayting?

Tug'ruqda jarohat.

Asfiksiya.

Gemolitik kasalligi.

Tug'ma nuqsonlar va kasalliklar.

Respirator- distress sindrom.

Chaqaloqlar infeksion kasalliklari.

13.Perinatal o'lim profilaktikasining 4 asosiy bo'g'inini ayting?

Xavf guruhiga kiruvchi homiladorlarni tug'ruqqa tayyorlash bo'limiga yetkazish.

Tug'ruqni ratsional olib borish.

EGK bor, homiladorlik mumkin bo'lmagan ayollarni homiladorlikdan saqlash.

Oilani rejalashtirish.

14.Chaqaloqlarda tug'ruq jarohati ko'rinishining 5 xilini sanab o'ting:

Bosh ichi tug'ruq jarohati.

O'mrov suyagi va oyoq - qo'llar sinishi.

Yelka asab chigali falaji.

Yuz asab falaji.

Kefalogematoma.

15.Apgar shkalasi bo'yicha chaqaloqlar asfiksiya darajasini ta'riflab ayting:

Yengil darajasi – 5 – 6 ball.

O'rtacha og'ir – 3 – 4 ball.

Og'ir darajasi – 2 ball va kam.

16.Tug'ruq shishi bilan tug'ilgan chaqaloqlarda chaqaloqlik davrining kechishiga nimalar xos?

Tug'ruq shishi hayotining 2 – 3- kuni so'rilib ketadi

Tug'ruq shishi fiziologik jarayon hisoblanadi

17.Kefalogematomaga nimalar xos?

Kefalogematoma tug'ruq jarohati hisoblanadi.

Kefalogematoma hayotining 2 – 3 -haftasida so'rilib ketadi.

XXVIII BOB

AKUSHERLIK OPERATSIYALARI

28.1. QOG'ANOQNI SUN'IY USULDA YORISH

Bunday operatsiya tug'ruq jarayonini tezlashtirish va bachadon bo'shlig'i hajmini toraytirish maqsadida qilinadi. Bu jarrohlikni homila pardasi haddan tashqari taranglashganda qog'anoq yassi bo'lib, homila boshining surilishini sekinlashtirganda, qog'anoq suvi ko'p bo'lganda qilinadi. Shuningdek, platsenta oldin kelganda qon ketishini to'xtatish hamda homiladorlik gipertenziya holatida tug'ruqni tezlashtirish uchun ham qog'anoq yoriladi. Lekin bunday hollarda chanoq tor bo'lsa, homila noto'g'ri joylashgan yoki uning oldinda keluvchi qismi kichik chanoq kirish qismiga noto'g'ri kelishi holatlari kuzatilsa, ahvolning qay darajada og'ir-yengilligiga qarab tug'ruq olib borilishi lozim bo'ladi.

Xususan, ko'p suv bo'lganda bachadon bo'yni 2-3 sm ochilgan bo'lsa, ignada teshib, qog'anoq suvi sekin tushiriladi. Homila noto'g'ri joylashgan bo'lsa (ko'ndalang yoki qiyshiq), oldindan tug'ruqni olib borish rejasiga amal qilgan holda qog'anoq aniqlanadi. Agar bachadon bo'yni to'la ochilgan bo'lsa (10-11 sm), qog'anoq asta yoriladi-da, homila aylantiriladi (agar kesarcha kesish rejalangan bo'lsa). Agar kesarcha kesish operatsiyasi belgilangan bo'lsa, homila oldi suvini bachadon bo'yni 2-3 sm ochilguncha saqlab, qog'anoqni yormasdan turib keyin operatsiya qilinadi. Bunda operatsiyadan keyingi chilla davrida bachadon chiqindilarining ajralishi oson bo'ladi, natijada bachadonning qisqarishi oson bo'ladi.

Agar operatsiya qilish (kesarcha kesish) biror sabab bilan mumkin bo'lmasa yoki homila o'lgan bo'lsa, qog'anoq suvini bachadon bo'yni 5—6 sm ochilguncha saqlanadi, keyin qog'anoq yoriladi-da, homila oyog'iga aylantirilib, tizzasi jinsiy teshikdan chiqazilib osiltirib qo'yilsa, homila o'zi tug'iladi. Agar homila tirik bo'lsa, unda bachadon bo'yni to'la ochilguncha qog'anoq suvini saqlashga harakat qilish kerak. Buning uchun ayol chanoq qismini balandroq ko'tarib yotqiziladi.

Qog'anoqni yorish usuli. Agar homila boshi bilan kelsa, bunda ko'rsatkich va o'rta barmoq qinga yuboriladi. To'lg'oqda qog'anoq taranglashadi, ana shu vaqtda uni ko'rsatkich barmoq bilan bosib turib yoriladi. Qog'anoq qattiq yoki yassi bo'lsa, uzun pinset bilan, kornsang yoki o'tkir uchli qisqich bilan yoriladi. Ammo bunda ham homila ko'ndalang yoki qiyshiq joylashganda qo'l bilan qin orqali qog'anoq yorilganda homilaning mayda qismlari (kindigi, oyog'i, uning qo'li) qinga tushgan-tushmagani kuzatiladi.

Agar dard juda kuchli bo'lsa, homila normal joylashgan, bachadon bo'yni to'la ochiq bo'lsa, dard kuchsizlantirilib, keyin qog'anoqni yorish lozim bo'ladi. Aks holda kuchli dard tufayli qog'anoq suvi ona qorniga, vorsinkalararo bo'shliqqa tushib emboliya yuzaga kelishi mumkin.

28.2. .EPIZIOTOMIYA

Epiziotomiya - oraliq jarohatini va homila jarohatlanishini kamaytirish maqsadida vulvani sun'iy kengaytiriladi.

Tayyorgarlik.

1. Asboblarni tayyorlash.
2. Bemorga muolaja haqida tushuntiriladi.
3. Antiseptik va anestetikdan allergik reaksiya yo'qligiga ishonch hosil qilish.
4. Qo'l yaxshilab yuviladi, ularga ishlov beriladi va steril qo'lqop kiyiladi.
5. Jarohat yuzasiga antiseptik bilan ishlov beriladi.

Muolaja.

1. Mahalliy yoki pudental anesteziya qilinadi.
2. Oraliq kengaymaguncha kutib turiladi va bosh 3-4 sm ko'rinmaguncha kutiladi.

3. 2 barmoqni homila boshi bilan oraliqqa kiritiladi.
4. Qaychi uchini barmoq bilan oraliq orasiga kiritib orqa bitishmadan 2-3 sm yuqoriga mediolateral kesiladi.
5. Agar homila boshi epiziotomiyadan keyin darhol tug'ilmasa kesilgan joy bosib turiladi.
6. Tug'ruqni boshqaring, homila boshi epiziotomiya qilingan kesmani kengaytirmasligi uchun.

Tikish (28.1.—rasm).

1. Oraliqqa antiseptik eritma bilan ishlov beriladi.
2. Mahalliy og'riqsizlantirish.
3. Qin shilliq qavatini uzluksiz chok ketgut bilan tikish. Epiziotomiya qilingan joy 1 sm yuqoridan qinga kirish qismigacha tixiladi.
4. Muskullarni qavatma-qavat ketgut bilan tugunli chok qo'yiladi, yuqori uchidan pastga qarab tixiladi.
5. Teriga ipak bilan tugunli chok qo'yiladi.
6. Oraliqqa toza taglik qo'yiladi.
7. Asboblarni zararsizlantiruvchi eritmaga solinadi.
8. Qo'lqoplar echilib va qo'llar yuviladi.
9. Kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.

28.3. HOMILANI DUMBASIDAN USHLAB TORTIB OLISH

Bu operatsiyada dumbasi bilan kelgan homilani chanoq oxiridan ushlab, tug'ruq yo'lidan tashqariga chiqarib olinadi. Ushbu operatsiya ikki turga: homilani oyog'idan tortib olish va sag'ridan ushlab tortib olish operatsiyalariga bo'linadi. Bu operatsiya quyidagi hollar ro'y berganda qo'llaniladi:

1. Tug'rukning o'z holicha o'tishi ona hayoti uchun xavfli bo'lganda (ayolda dekompensatsiyali yurak nuqsoni bo'lganda, eklampsiya va boshqa og'ir holatlarda).
2. Tug'ishi kerak bo'lgan ayolda endometrit boshlanganda, dard tutish sustligini davolashga qaramay u uzoqqa cho'zilganda;
3. Homila asfiksiyaga uchraganda.

Homilani oyog'idan ushlab tortib olish uchun bachadon bo'yni to'la ochilgan, chanoq normal va qog'anoq yorilgan bo'lishi kerak. Bundan tashqari, ayol chanog'i tor bo'lmasligi lozim. Agar homila boshi chanoqqa mos bo'lmasa (gidrosefaliya), katta homila boshini chiqarib bo'lmaydi, natijada bola ham, ona ham qattiq shikastlanadi.

Bachadon bo'yni to'la ochilmay turib operatsiya qilinsa, homilaning oyog'i va tanasi chiqishi bilan bachadon bo'yni homilaning bo'ynidan qisib qoladi va boshni chiqarish juda qiyinlashadi, homila halok bo'ladi.

28.4. HOMILA VAKUUM – EKSTRAKSIYASI

Vaziyatni baholang.

1. Homila ensa bilan kelishi.

2. Muddatidagi tug'ruq.

3. Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi.

4. Boshni minimal 0 holatda yoki 2/5 dan boshi simfizdan yuqorida paypaslanadi.

Tayyorgarlik:

1. Qo'lingizga qo'lqop kiyib, vakuumni birlashtirishni va ishlashini tekshirib ko'ring (28.2.-rasm).

2. Emotsional qo'llab-quvvatlang. Zarur bo'lsa, pudental anesteziyani tekshirib ko'ring.

3. O'q-yoyimon chok va liqildoqni paypaslab homila boshi holatini baholang.

4. Kichik liqildoqni aniqlang.

Muolaja (28.3.-rasm).

1. Eng katta chashkani egilish nuqtasidan yuqori markaziga kichik liqildoqdan 1 sm oldinga qo'yiladi. Bunday joylashtirish traksiyalar vaqtida boshning bukilishini, chiqishini va ichki aylanishini ta'minlaydi.



28.3.-rasm. Vakuum-ekstraktorni qo'yish (a), traksiya boshlanishi (b) va boshni chiqarish.

2. Chashkalarni to'g'ri joylashtirish uchun epiziotomiya qilish mumkin, agar kerak bo'lsa.

3. Chashkalarni to'g'ri joylashganini tekshirib ko'ring. Ayolning yumshoq to'qimalari (bachadon bo'yni yoki qin) chashkalar orasiga tushib qolmaganligiga ishonch hosil qiling.

4. Nasosni ishlatib, 0,2 kg /sm² manfiy bosim bering va chashkalarni to'g'ri joylashganini tekshiring.

5. 0,8 kg /sm² bosimni oshiring va chashkalarni to'g'ri joylashganligini tekshiring.

6. Yetarlicha maksimal manfiy bosim yuborilgandan so'ng chanoq o'qi bo'yicha va chashkalarga perpendikulyar holatda traksiyani boshlang. Agar homila boshi yonga ketib qolgan, yoki yetarlicha bukilmagan bo'lsa, traksiya

o'sha chiziq bo'yicha korrektsiyalangan ketish yoki boshni yozilishida (masalan bir tomonga yoki boshqa tomonga o'rta chiziq bo'yicha bo'lishi shart emas)

7. Har bir dardda chashkalar chiziq bo'ylab yuzasiga perpendikulyar ravishda tortishni takrorlang. Steril qo'lqopni kiying, barmoqlaringizni chashkaning orqasidan darhol bosh yuzasiga qo'ying va traksiya davomida boshning surilish imkoniyatini va ensa chiqishini baholang.

8. Dardlar orasida tekshiring

- homila yurak urish sonini
- chashkalarning joylashishini

Maslahatlar:

- Homila boshining faol rotatsion burilishida hech qanday chashkalarni

qo'llamang

- Homila boshini aylantirish traksiya bilan bir vaqtda bo'lishi kerak
- Birinchi traksiya uchun eng to'g'ri yo'nalishni topishda yordam beradi
- Dardlar va kuchaniqlar orasida traksiyani davom ettirmang.
- Agar homila disstresi bo'lmasa va progress holatda bo'lsa, homilani maksimum 30 daqiqada chiqarib oling.

Natijasiz

1. Vakuum-ekstraksiya natijasiz hisoblanadi, agar :

- Homila boshi har bir traksiyadan keyin oldinga surilmasa
- Uch marta traksiyadan keyin homila tug'ilmasa yoki muolajani boshlagandan so'ng 30 daqqa o'tgan bo'lsa
- Maksimal manfiy bosimda va to'g'ri yo'nalishdagi traksiyada chashka bosh bilan birga surilmasa

2. Har bir chashka surilgandan keyin urinib ko'ring, agar har bir tortishda siljish kuzatilmasa, muolajani davom ettirmang.

3. Agar vakuum-ekstraksiya amalga oshmasa, kesarcha kesishni qiling .

Asoratlari:

Asoratlar odatda qo'llash sharoitlariga to'g'ri rioya qilinmaslikda yoki ma'lum bir chegaralangan vaqt ichida qilinmasligidan kelib chiqadi.

1 Homiladagi asoratlar

- Vakuum-ekstraksiya chashkasi ostidagi bosh terisining lokal shishishi xavfli emas va bir necha soatdan keyin yo'qolib ketadi (tug'ruq g'urrasi)

- Kefalogematoma kuzatuvni talab qiladi va odatda 3-4 haftada yo'qolib ketadi.

- Bosh terisining shikastlanishi bo'lishi mumkin, agar jarohat bo'lsa uni ko'zdan kechiring va tozalab chok qo'yish kerak bo'lsa qo'ying. Nekroz kamdan-kam hollarda uchraydi.

- Kalla ichi qon quyilishi juda kam uchraydi. Chaqaloq intensiv kuzatuvni talab qiladi.

2. Onadagi asoratlar:

- Jinsiy yo'llar yumshoq to'qimasi yirtilishi mumkin. Ayolni tug'ruq yo'llarini ko'ring va bachadon bo'ynini, qin yoki epiziotomiya qilingan sohani tiklang.

28.5. AKUSHERLIK QISQICHLARINI QO'YISH

Vaziyatni baholash

1. Ensa bilan kelishda yoki yuzni old ko'rinishi bilan kelishda, dumba bilan kelganda yoki kalla bilan tug'ilishda qiyinchilik tug'dirganda .

2. Bachadon bo'yni to'liq ochiq bo'lishi kerak.

3. Boshni suyak chegarasi quymich suyagidan 2-3sm pastda yoki abdominal tekshiruvda boshi 0/5 joylashgan. O'q- yoysimon chanoq to'g'ri o'lchamida turishi kerak.

Tayyorgarlik.

1.Emotsional tayyorgarlik qilish, pudendal anesteziya qilish.

2.Qo'yishdan oldin qisqichlarni yig'ib tayyorlang. Qisqich bo'laklari bir-biriga to'g'ri kelganligiga ishonch hosil qiling (28.4.-rasm).

3.Qisqich qoshiqlariga lyubirikant suring.

28.4. - rasm. Akusherlik qisqichlari Muolaja (28.5.-rasm).

1.Qo'llarga rezina qo'llop kiyib o'ng qo'l bilan qin yon tomonidan homila boshigacha kiriting. Ehtiyotkorlik bilan chap qoshiqchani qo'l va homila boshi orasiga kiritib qoshiqchani joylashtiriladi.

2.Akusherlik qisqichlarini homilaning yonoq va tepa suyaklariga ikki tomonidan qo'yilganida eng yagona va xavfsiz hisoblanadi.

3.Xuddi shu muolajani ikkinchi tarafdin chap qo'l va o'ng qoshiqchani qo'yish kerak.

4.Tutqichni birlashtirib qisqichlarni mahkamlang. Qisqichni mahkamlashda qiyinchilik tug'ilsa qisqich noto'g'ri qo'yilganidan dalolat beradi. Agar shu holat yuzaga kelsa, u holda qisqichlarni chiqarib olib, homila boshini va holatini baholang. Keyin yana qisqichlarni homila aylangandagina qo'yish mumkin.

5.Qisqichlar yopilgandan keyin chanoq o'tkazuvchi o'qi bo'yicha bir tekislikda tortiladi (28.6.-rasm).

6.Har bir dard orasida homila yurak urishi va qisqichlar to'g'ri kiritilganligini tekshiring.

7. Homila boshi yorib chiqayotganda epiziotomiya qiling.

8. Har bir dardlar orasida homila boshini asta- sekin qindan chiqaring.



28.5.- rasm. Chanoq tubida turgan homila boshiga qisqichlar qo'yish: a – qisqichning birinchi qoshiqchasini joylashtirish; b – qisqichning ikkinchi qoshiqchasini joylashtirish



28.6.-rasm. Homila boshini qisqich yordamida tortish (traksiya) va tug'dirish.

9. Har bir traksiyada homila boshi siljishi kerak, buning uchun ikkita yoki uchta traksiya kifoya.

Natijasiz

Qisqichlarni qo'yish natijasiz, agar:

1. Har bir traksiyada homila boshi siljimasa,

2. Homila uchta traksiyadan keyin tug'ilmasa yoki operatsiya boshlangandan 30 daqiqa o'tgandan so'ng

- Har bir qisqichni qo'yish urinish deb ko'rilsin. Agar siljish kuzatilmasa, muolajani davom ettirmang.

- Agar qisqich qo'yilganda tug'ruq sodir bo'lmasa, kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazing.

Homilada kuzatiladigan asoratlari:

1. Chaqaloq yuz nervlarining jarohati bor- yo'qligini tekshirish.

2. Yuz va bosh terisi jarohati kuzatilishi mumkin.

3. Sinish borligini aniqlash maqsadida chaqaloq yuz va bosh suyaklarining butunligini tekshirish.

Onadagi asoratlari:

1. Tug'ruqda yumshoq to'qimalarning yirtilishi bor- yo'qligini diqqat bilan tekshirish va bachadon bo'yni, qin va oraliq butunligini tiklash kerak, epiziotomiya qilingan bo'lsa.

2. Balki bachadon yirtilishi mumkin, darhol xirurgik yondoshish kerak.

28.6. LAPAROTOMIYA

Tayyorgarlik.

1. Kerakli jihozlarni tayyorlang.

2. Bemorga (va uning yaqinlariga) muolaja texnologiyasini tushuntiring, uni diqqat bilan tinglang, savollariga javob bering, tinchlantiring va uning (yoki qarindoshlarining) yozma roziligini oling.

3. T/i kateter o'rnatib, 500 ml suyuqlik bilan infuziyani boshlang.

4. Premedikatsiya qiling.

5. Siydik pufagiga kateter o'rnatib.

6. Ayolga xalat va qalpoq kiygizing.

7. Anesteziya imkoniyatlarini baholang.

8. Xirurgik kiyim, baxila, qalpoq, niqob, himoya ko'zoynagi va plastik xalat kiyib.

9. Qo'llarni xirurgik usulda yuving va steril qo'lqop va xalatlarni kiyib.

10. Barcha kerakli steril instrumentlar steril instrumentlar uchun mo'ljallangan maxsus stolda ekanligiga ishonch hosil qiling. Yordamchigizdan ularni sanab ko'rishni so'rang.

11. Ayolni operatsion stolga yotqizing.

12. Anesteziya ta'sir qilganligiga ishonch hosil qiling.

13. Antiseptik eritma bilan qorin old devoriga ishlov bering va choyshab yoping.

Operatsiya.

1. Qorin oq chizig'i bo'yicha bo'ylama kesma qiling.
2. Aponevrozni kesing va qorin to'g'ri mushaklarini ajrating.
3. Parietal qorin pardani oching, qorin bo'shlig'ini, bachadonni va bachadon ortiqlarini ko'zdan kechiring.
4. Rejalashtirilgan operatsiyani o'tkazing.
5. Qorin old devorini qavatma-qavat tiking.

28.7. KESARCHA KESISH

Tayyorgarlik.

Kerakli jihozlarni tayyorlang.

1. Bemorga (va uning yaqinlariga) muolaja texnologiyasini tushuntiring, uni diqqat bilan tinglang, savollariga javob bering, tinchlantiring va uning (yoki qarindoshlarining) yozma roziligini oling.

2. Ayolni tekshiring, uning ahvolini aniqlang, homiladorligining kechishi, tug'ruq va asoratlari to'g'risida ma'lumot beruvchi tibbiy hujjatlarni ko'rib chiqing.

3. Qonda gemoglobin miqdorini, qon guruhini va mosligini aniqlang, 2 doza qon tayyorlang.

4. Vena ichiga kateter o'rnatang va 500 ml suyuqlik infuziyasini boshlang.

5. Premedikatsiya qiling.

6. Siydik pufagini kateterlang.

7. Ayolga xalat va qalpoq kiyishida yordamlashing.

8. Anesteziya imkoniyatlarini baholang.

Operatsiyadan oldin.

1. Xirurgik kiyimlarni, baxilalarni, qalpoq, niqob, himoya ko'zoynagi va plastik xalatni kiying.

2. Qo'llarga xirurgik ishlov bering, steril yoki CHD qo'lqoplarni va steril xalatni kiying.

3. Barcha kerakli steril yoki CHD instrumentlarning steril instrumentlar uchun mo'ljallangan maxsus stolda ekanligiga ishonch hosil qiling, yordamchigizdan ularni sanab ko'rishini so'rang.

4. Yordamchigiz ham operatsiyaga tayyorligiga ishonch hosil qiling.

Bemorni tayyorlang.

1. Operatsion stolni engashtiring yoki bemor beli tagiga yostiq qo'ying.

2. Anesteziya ta'sir qilinganligiga ishonch hosil qiling.

3. Mos keladigan antiseptiklar bilan bemor old qorin devoriga ishlov bering, quriting va choyshab bilan berkiting.

Operatsiya (28.7.-rasm).

1. Pfannenshtil (yoki bo'ylama, qorin oq chizig'i bo'yicha 2-3 sm kindikdan pastdan to qov usti sohasigacha) bo'yicha teri va teri osti yog' qatlamida ko'ndalang kesma kesing.

2. Aponevrozni kesing va qorin to'g'ri mushagini ajrating.

3. Parietal qorin pardani oching.

4. Ko'zgu yordamida siydik pufagini qovning orqasiga itaring va bachadon pastki segmentini oching.

Bachadon pastki segmentida 3 sm ko'ndalang kesma qiling.

5. Kesmani kengaytiring.

6. Agar qog'anoq pufagi butun bo'lsa uni yoring.

Homilani chiqarib olish.

1. Bachadon bo'shlig'iga bachadon devori va homila boshi orqasiga bir qo'lingizni kiriting.

2. Homilaning boshini ushlang va yozing, jarohatdan chiqaring.

3. Homila boshining tug'ilishiga yordamlashish uchun ayol qornini yoki bachadon tubini sekinlik bilan bosing.

4. Agar bachadon yetarlicha qisqarmasa 0.2 mg ergometrinni AQB kuzatuv ostida kiriting. 160/110 mm sim. ust. va undan yuqori qon bosimida 20 TB oksitotsinni v/i 1 l suyuqlikda 2 soat davomida 60 tomchi/daq. tezlikda yuboring.

5. Chaqaloqni og'iz va burnini tozalang.

6. Kindikka 2 ta qisqich qo'ying va kesing.

7. Yordamchigizdan profilaktik maqsadda 2 gr. ampicillin yoki 1 gr. sefazolinni t/i kiritishni so'rang.

8. Yo'ldoshni chiqarib oling va ko'zdan kechiring.

9. Agar kerak bo'lsa bachadon bo'ynini yuqoridan kengaytiring.

10. Instrumentlarni, salfetka va tamponlarni sanang.

11. Bachadonni tiking va gemostaz yaxshiligiga ishonch hosil qiling.

12. Qon ketmayotganligiga yana bir marta ishonch hosil qiling.

13. Siydik pufagini ko'zdan kechiring, hech qanday jarohat yo'qligiga ishonch hosil qiling.

14. Bachadon devorini diqqat bilan ko'zdan kechiring va aponevrozga ketgut bilan uzluksiz chok qo'ying.

15. Terini №3-0 ipak bilan tiking.

16. Qon ketmayotganligiga ishonch hosil qiling. Jarohat atrofini spirt bilan arting, steril taglik qo'ying.

17. Qindan qon laxtalarini oling va steril taglik qo'ying.

18. Ayolni operatsion stoldan o'tkazishga yordamlashing.

Operatsiyadan keyin.

1. Qo'lqoplarni yechishdan oldin skalpeldan lezviyani yeching. Hamma ignalarni va o'tkir instrumentlarni teshilmaydigan konteynerga joylashtiring, ishlatilgan materiallarni germetik konteyner yoki plastik qopga joylashtiring.

2. Barcha instrumentlarni 0.5% xlor eritmasiga zararsizlantirish uchun solib qo'ying.

3. Agar shprits va ignalar ko'p martalik bo'lsa, shpritsga igna orqali 0,5% yod eritmasini to'ldiring va dekontaminasiya uchun teshilmaydigan konteynerga joylashtiring.

4. Fartuk va qo'lqoplarni yeching, agar ular bir martalik bo'lsa germetik konteyner yoki plastik qopga soling.

5. Agar ularni qayta ishlatishga ehtiyoj bo'lsa, 0,5% xlor eritmasiga solib qo'yning.

6. Kasallik tarixiga va operatsion jurnalga operatsiya va operatsiyadan keyingi muolajalarni yozib qo'yning.

7. Puls, AQB, NOS, jarohatdan va qindan qon ketishini kuzating.

8. Bemorning ahvolini operatsion blokdan palataga o'tkazguncha kuzating.

9. Bemorni har kuni yoki kerakli holatlarda kuzating.

10. Bemor chiqib ketgungacha operatsiyaga ko'rsatmani, operatsiyadan keyingi sterilizasiya usulini, keyingi homiladorlik imkoniyatini muhokama qiling.

11. Operatsiyadan keyingi davrda bemorning keyingi tashrifini belgilang.

28.8. M. STARK BO'YICHA KESARCHA KESISH

Operatsiya oldi tayyorgarliklari va vazifalari yuqorida keltirilgan.

1. Qorin pardani ochilgandan keyin qovuq- bachadon burmasi sohasidan 3sm ko'ndalang kesma qilinadi va qorin pardaning erkin chekkasini ushlab kesmani ikkala tomonga boshchani eng chekka nuqtalarigacha kengaytiriladi.

2. Bachadonda chokni peritonizasiya qilinmaydi. Qorin parda va qorin oldi devori mushaklari tikilmaydi.

3. Aponevrozga Reverden bo'yicha uzluksiz vikrilli chok qo'yiladi.

4. Terini teri osti kletchatkasi bilan ayrim choklar Donati bo'yicha katta intervallar bilan qo'yiladi (3-4 chok). Choklar orasiga 5-10 daq. qisqichlar qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi muolajalar yuqorida keltirilgan.

28.9. KLASSIK KESARCHA KESISH

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va vazifalar yuqorida ko'rsatilgan.

1. Qorin oq chizig'i bo'ylab 16sm ga bo'ylama kesiladi, uni yuqoriga davom ettirib kindikni chapdan aylanib o'tib to aponevrozgacha kesiladi.

2. Aponevrozni vertikaliga 2-3 sm ga kesiladi.

3. Aponevrozni qisqichlar bilan ushlab kesmani yuqoriga va pastga kengaytiriladi.

4. Barmoqlar yoki qaychilar bilan qorin to'g'ri mushagi ajratiladi.

5. Kindik yonidan qorin pardada teshik qilinadi, qaychilar bilan kengaytiriladi.

6. Bachadonni operatsion jarohatga chiqariladi.

7. Qorin bo'shlig'iga bachadon va qorin devori orasiga bir necha salfetka kiritiladi.

8. Bachadonda skalpel bilan 12sm dan kam bo'lmagan kesma qilinadi.

9. Agar homila pardasi butun bo'lsa u ochiladi.

10. Homila oyoqchalaridan ushlab chiqarib olinadi.

11. Kindikka 2ta qisqich qo'yiladi va kesiladi, chaqaloq akusherga beriladi.

12. Yo'ldosh olinadi va bachadon bo'shlig'i qon laxtalari va yo'ldosh qoldiqlaridan tozalanadi.

13 Tikish oldidan kesmaning yuqori burchagiga tor ko'targich qo'yiladi, bu bachadonni yuqoriga tortganda gemostazni yaxshilaydi va tikishga qulay bo'ladi.

14 Choklar ikki qavat qilib qo'yiladi. Miometriyga 0,5sm oraliq bilan 10-12ta tugunli chok qo'yiladi (uzluksiz chokni ham qo'llash mumkin).

15 Mushak-serozli ikkinchi qavat chokni uzluksiz chok qilib qo'yiladi. Bachadon qorin bo'shlig'iga kiritiladi.

16 Asboblari, salfetkalar olinadi.

17 Qorin bo'shlig'ini drenajlash zarur yoki zarur emasligi ko'riladi.

19 Qorin devori qavatma- qavat tikiladi.

Operatsiyadan keyingi muolajalar yuqorida keltirilgan.

28.10. KRANIOTOMIYA

1.Tayyorgarlik.

2.Kerakli jihozlarni tayyorlang.

3.Ayolga tushuntiring, savollariga to'g'ri javob bering.

4.Ayolni tekshiring, ahvoliga baho bering.

Tibbiy hujjatlarni tekshiring, homiladorligi va tug'ruq asoratlarini aniqlang.

5.Qon tahlili topshiring, gemoglobin va qon guruhini aniqlang.

6.Tomir ichiga 500ml suyuqlik kiriting.

7.Premedikasiya o'tkazing.

8.Anesteziya qiling.

Operatsiyagacha vazifa

1.Xirurgik kiyimlarni, baxilalarni, qo'lqop, niqob, himoya ko'zoynagi va plastik xalatlarni kiying.

2.Qo'llarni xirurgik yuving va steril yoki CHD qilingan qo'lqoplarni va steril xalatlarni kiying.

3.Barcha kerakli steril yoki CHD qilingan asboblarni steril stolda ekanligiga ishonch hosil qiling. Yordamchingizdan ularni stol ustida sanashini so'rang.

4.Yordamchingiz ham operatsiyaga tayyorgarligiga ishonch hosil qiling.

Ayolni tayyorlash

1. Operatsiya stolini ko'taring yoki ayol bel sohasiga yostiq qo'ying.

2.Anesteziya ta'sir qilganligiga ishonch hosil qiling.

3.Antiseptik bilan qorin old devoriga ishlov bering.

4. Quriting va cho'yshab bilan yoping.

Muolaja:

1.Homila boshi yaxshi fiksasiyalanishi uchun yordamchi qorin old devori orqali homila boshini kichik chanoq kirish qismiga bosib turishi kerak.

2.Ikkinchi yordamchi qinga kiritilgan ko'zgu va ko'targichni ushlab turadi.

3.Boshi ikkita uchli qisqich bilan ushlanadi .

4.Bosh terisi kesilgan vaqtda birdaniga qaychi bilan kengaytiriladi.

5.Perforatom bilan chok, liqildoq yoki ko'z kosasi orqali teshik qilinadi va keyin kengaytiriladi.

6. Eksserebratik qirg'ich yoki Fenomenov qoshiqlari bilan o'tadi.

7. Kranioklaziya (perforasiya va ekserebrasiyadan keyin boshni chiqarib olish). Perforativ teshik orqali qo'l nazorati ostida kranioplast qoshiqchalarini qo'yish yordamida o'tkazing.

8. Qo'l nazorati ostida qoshiq oxirini qin devori va boshni tashqi tomonga joylashtiriladi.

9. Kranioplast qoshiqlarining oxiri qulflanadi, ularni vint bilan birlashtiriladi va uni chashkaga harakatlantiriladi.

10. Kranioplast qoshiqlari orasiga bachadon bo'yni qisilib qolmaganligini qo'l bilan tekshirib ko'ring va keyin traksiya qilib, urinib ko'ring.

11. Akusherlik qisqichlarini o'rnatib, traksiya qilib, boshini chiqaring.

12. Jarohatning oldini olish uchun tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalarini yaxshilab ko'zdan kechiring.

Operatsiyadan keyingi muolaja .

1. Qo'lqoplarni yechishdan oldin skalpeldan lezviyani yeching, barcha igna va o'tkir uchli asboblarni teshilmaydigan konteynerga, ishlatilgan materiallarni germetik konteynerga yoki plastik qopga soling.

2. Barcha instrumentlarni 0,5% xlor eritmasiga zararsizlantirish uchun solib qo'ying.

3. Agar shpritslar va ignalar ko'p martalik bo'lsa, igna orqali shpritsga 0,5% xlor eritmasini to'ldiring va teshilmaydigan konteynerdagi eritmaga dekontaminatsiya uchun solib qo'ying.

4. Fartuk va qo'lqoplarni yeching, agar ular bir martalik bo'lsa, ularni germetik konteynerga yoki plastik qopga tashlang.

5. Qo'llarni yaxshilab yuving.

6. Operatsiyani yozing, keyingi ko'rsatmalarni ham .

7. Pulsni kuzating, AQB, nafas chastotasini, qin jarohatidan qon ketishini kuzating.

8. Ayolning holatini operatsion palataga o'tguncha yana baholang.

9. Ayolni har kuni ko'zdan kechiring.

10. Operatsiyaga ko'rsatmani, kontratsepsiya usulini, kasalxonadan chiqqunigacha yana homilador bo'lishini muhokama qiling.

28.11. HOMILA CHANOQ BILAN JOYLASHGANDA KRANIOTOMIYA QILISH

Operatsiyagacha tayyorgarlik va vazifa.

1. Bo'yin asosidan mo'ljallab teridan kesma o'tkazing.

2. Assistentdan bir qo'li bilan homila boshini qorin old devori orqali ushlab turish, boshqa qo'l bilan gavda qismini ensadan qarama- qarshi tomonga qaratish so'raladi.

3. Qinga qo'l nazorati orqali kraniotom kiriting (o'tkir uchli qaychi yoki katta skalpel bilan) teri kesmasidan ensagacha.

4. Ensani teshing va teshikni kengayguncha kengaytiring.

5. Boshni chiqarib olayotganda kallaning tushishini ta'minlash uchun tanasidan torting.
6. Tug'ruqni to'xtating.
- Operatsiyadan keyingi muolajani yuqoridan qarang.
5. Qo'llarni yaxshilab yuving.
6. Operatsiyani yozing, keyingi ko'rsatmalarni ham.
7. Pulsni kuzating. AQB, nafas chastotasini, qindagi jarohatdan qon ketishini kuzating.
8. Ayolning holatini operatsion palataga o'tguncha yana baholang.
9. Ayolni har kuni ko'zdan kechiring.
10. Operatsiyaga ko'rsatmani, kontratsepsiya usulini, kasalxonadan chiqqunigacha yana homilador bo'lishini muhokama qiling.

28.12. GEMOTRANSFUZIYA

1. Gemotransfuziyaga ko'rsatmani aniqlang.
2. Transfuzion moddani tanlang (tayyorlangan muddatini aniqlang).
3. Donor qon guruhini ikki seriyali standart zardob bilan tekshiring.
4. Bemor qon guruhini 2 seriyali standart zardobda tekshiring.
5. AVO sistemasi bo'yicha mosligini aniqlang.
6. Rh moslikni jelatinol bilan probirkada aniqlash (temperatura 48 OS, 10 daqiqa).
7. 3 marta biologik sinama o'tkazish bilan gemotransfuziyani boshlang.
8. Gemotransfuziya boshlangan va tugagan vaqtini yozing.
9. Gemotransfuziya vaqtida va undan so'ng termometriya o'tkazing.
10. Gemotransfuzion varaqani to'ldiring.
11. Umumiy qon va siydik tahlilini takrorlang.

O'rgatuvchi testlar:

1. Kesarcha kesish operatsiyasining qanday asoratlari mavjud?
Peritonit.
Yara infeksiyasi.
Bachadon subinvolusiyasi.
Endometrit.
Sepsis.
2. Kesarcha kesish operatsiyasining asosiy maqsadi qanday?
Klinik tor chanoqda onalar shikastlanishini kamaytirish.
Yo'ldosh oldin ko'chganda onalar o'limini kamaytirish.
Perinatal o'limni kamaytirish.
3. Kesarcha kesish operatsiyasiga nisbiy ko'rsatmalar qanday?
Kindik tizimchasining tushib qolishi.
Homilaning ko'ndalang joylashishi.
Yo'ldoshning qisman oldinda yotishi.
Anatomik tor chanoq I – II darajasi.
Muddatidan o'tgan homiladorlik.
Yirik homila.

4. Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalarni sanab o'ting?

Homila rivojlanishi anomaliyalari, yetilmagan homila, homila og'ir gipoksiyasi.

Tug'ruqdagi endometrit.

O'lik homila.

Ko'p marta qin ko'rishlari o'tkazilganda.

5. Kesarcha kesishga mutlaq ko'rsatmalarni ko'rsating?

Anatomik mutlaq tor chanoq.

Yo'ldoshning markaziy joylashishi.

Qin stenoz.

Chanoq ekzostazlari va o'smalari (chanoq 6 sm ga toraygan bo'lsa).

Yo'ldoshning vaqtidan oldin butkul ko'chishi.

6. Chiqish akusherlik qisqichlari qo'yish uchun shart - sharoitlar qanday?

Homila boshi chanoqdan chiqish tekisligida (o'q - yoysimon chok chiqish tekisligining to'g'ri o'lchamida).

Chanoq va homila boshi o'lchamlarining mos kelishi.

Tirix homila.

Qog'anoq pardasi yorilganligi.

Bachadon bo'ynining to'liq ochilganligi.

7. Kesarcha kesishga mutlaq ko'rsatmalarni ko'rsating?

Yo'ldoshning markaziy joylashishi.

Og'ir gipertenziya holatlarida ko'z to'r pardasining uzilishi

Normal joylashgan yo'ldoshning harvaqt ko'chishi va tug'ishga sharoit yo'qligi.

Preyeklampsiyaning og'ir formasida tug'ruqni qo'zg'atishdan foyda bo'lmaganda.

Yo'ldoshning qisman ko'chishi kuchli qon ketish bilan kechganda.

8. Akusherlik qisqichlarini qo'yishda ona tomonidan qanday ko'rsatmalar bo'lishi kerak?

Og'ir preyeklampsiya, eklampsiya.

Kuchaniq sustligi va homila boshining uzoq turib qolishi kuzatilganda.

Tug'ruqning II davrida yo'ldosh vaqtidan oldin ko'chganda.

Yurak nuqsonlarining dekompensatsiyasida.

Miopiyaning yuqori darajasi.

9. Kesarcha kesishga nisbiy ko'rsatmalar qanday?

Homilaning ko'ndalang joylashishi.

Katta yoshda tug'uvchi ayol.

Yirik homila, homilaning chanoq bilan kelishi.

Homilaning surunkali dimiqishi.

10. Kesarcha kesish operatsiyasining turlari:

Korporal (klassik usuli).

Bachadon pastki segmentida kesarcha kesish.

Shtark usuli.

XXIX BOB

TUG'RUQDAN KEYINGI YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLAR (TKYSK)

Maqsad.

Talabalarni tug'ruqdan keyingi yiringli septik kasalliklarning asosiy sabablari, tasnifi, alohida klinik shakllari, davolash usullari bilan tanishtirish. Tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar ona sog'ligiga zararliligini, oila va davolashga moddiy ziyon keltirishini, onalar o'limiga sabab bo'lishini ko'rsatish.

Reja.

1. Chilla davrining yiringli - septik kasalliklarining kelib chiqishi va patogenezini.

2. Septik kasalliklarga olib keladigan mikroblar.

3. Chilla davri yiringli - septik kasalliklarining tasnifi.

4. Asosan uchraydigan septik kasalliklarning klinik belgilari.

Chilla davri kasalliklari organizmning umumiy kasalligi hisoblanadi. Bu muammo ko'pdan beri olimlarni qiziqtirib keladi. IX asr o'rtalarigacha ushbu kasalliklardan ko'plab onalar vafot etgan. Akusherlikdagi bunday asoratning bir necha marta kamayishida venger olimi I. F. Zimmelveysning xizmati katta bo'ldi. U 1847 yilda birinchi bo'lib chilla davrida uchraydigan kasalliklarning yuqumli bo'lishini va ularning oldini olish uchun akusherlar qo'llarini antiseptik suyuqlik (xlorli suv) bilan yuvishlari shartligini aytdi.

Ko'p holatlarda uchrovchi infeksion agentlar quyidagilar: *Escherichia coli*, enterokokklar, b-gemolitik streptokokklar, anaeroblar va ular ichidagi peptostreptokokklar, peptokokklar va bakteroidlar hisoblanadi. Hozirgi paytda chilla davrida yuqumli kasalliklarni keltirib chiqaruvchi har xil mikroblar (stafilokokk, streptokokkning har xil guruhlari, ichak tayoqchalari va boshqalar) ma'lum bo'lib, ular bir vaqtning o'zida bir qanchasi yoki ayrimlarigina ta'sir qilishi natijasida kasallik yuzaga kelishi mumkin. Bu mikroblarning turlari ayol organizmiga tashqaridan (ekzogen yo'l) yoki organizmda surunkali infeksiya o'choqlaridan (tish kariesi, surunkali tonsillit, kolpit, surunkali pielonefrit va boshqalar) limfa, qon tomirlari orqali tarqalishi mumkin. Shu bilan bir qatorda chilla davri infeksion kasalliklarining taraqqiy etishida ayol organizmining ahvoli, uning mikroblarga qarshilik ko'rsatish va immun-biologik qobiliyati asosiy hal qiluvchi rol o'ynaydi. Chilla davrida ayol organizmiga mikroblar tushish uchun qulay sharoit mavjud bo'ladi. Ayniqsa bachadon shilliq qavatidagi jarohat yuzasi, ko'chib tushgan yo'ldosh o'rni juda qulay bo'ladi.

Chilla davrida infeksiya organizmga tug'ruq yo'llari jarohatlanganda oraliq orqali, qin, bachadon bo'yni yirtilganda yoki shu jarohatlar chala hitganda tushadi.

Tug'ruq jarayonini mufassal aseptik jarayon deb bo'lmaydi, chunki qindagi mavjud mikroblar patogen bo'lmasa-da, tug'ruqdan oldinga kislotali muhitdan ishqoriy muhitga (bachadon bo'yni kanaliga) o'tishi natijasida patogen bo'lib qolishi mumkin.

Ayniqsa tug'ruq uzoq davom etib, qog'anoq suvi oldin ketganda uning pardalari yallig'lanishi mumkin, buni qog'anoq pardalarining yallig'lanishi (xorioamnionit) deyiladi. Odatda ayolda yuqori harorat, titrash, leykotsitoz infeksiyaning tug'ruq yo'llaridan qonga tarqalganligini ko'rsatadi.

Mikrob organizmga tushishi bilan kasallikni to'satdan qo'zg'atmaydi, chunki ayol organizmi infeksiyaga qarshi kurashuvchi tanachalar-antitelalar ishlab chiqaradi. Chilla davrida kasalliklar rivojlanishida retikulo-endotelial sistemasining mikroblarni ushlab qolish, ya'ni to'siq funksiyasining kamayishi yoki susayishi katta ahamiyatga ega.

29.1.TUG'RUQDAN KEYINGI YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLAR VA ULARNING TASNIFI

1. Infeksiya –fenomen, odatda steril makroorganizm to'qimasiga mikrob tanachalarining invaziyasi tufayli makroorganizmda yallig'lanish javob reaksiyasi rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

2. Bakterimeiya- qondagi tirik mikroorganizmning mavjudligi.

3. Sistemali yallig'lanish javob sindromi – turli jarohatlanishga organizmning tarqalgan yallig'lanish javobi. Quyidagi sindrom klinik jihatdan 2 yoki bundan ortiq belgilarning mavjudligi bilan tasdiqlanadi:

- tana harorati 36°C dan past yoki 38°C dan ortiq bo'ladi.

- yurak qisqarishlar soni daq. 90 martadan ortiq.

- nafas olish soni daq. 20 dan ortiq.

- periferik qondagi leykositlar soni $<12000/\text{mm}^3$, $>4000/\text{mm}^3$.

- yetilmagan shaklining 10% dan ortiq bo'lishi.

4. Sepsis- organizmning infeksiyaga sistem javobi bo'lib, klinik jihatdan ikki yoki bundan ortiq belgilarning mavjudligi bilan xarakterlanadi:

5. Og'ir darajadagi sepsis – a'zolarning yetishmovchiligi, gipoperfuziya yoki gipotenziya rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Gipoperfuziya yoki to'qimalarda perfuziyaning buzilishi laktat-asidoz, oligouriya yoki o'tkir es-hushining buzilishini o'z ichiga olishi mumkin, ammo bular bilan chegaralanib qolmaydi.

6. Septik shok – sepsis bilan indusirlangan gipotenziya, o'tkazilgan adekvat suyuqlik infuziyasiga qaramasdan rivojlanadi va to'qimalar perfuziyasi buzilishi bilan boradi. Inotrop va vazopressor vositalarini qabul qilgan bemorlarda tashxis qo'yish paytida gipotenziya kuzatilmasligi mumkin.

7. Sepsis gipotenziya bilan kechganda va gipotenziyaga boshqa sabab bo'lmaganda sistolik arterial qon bosimi 90 mm.sim.ust.dan past yoki bazal ko'rsatkichlardan 40 mm.sim.ust. pasayishi mumkin.

8. Poliorgan yetishmovchiligi sindromli bemorda kasallikning o'tkir fazasida a'zolar funksiyasining buzilishi, gomeostazning tashqi aralashuvsiz o'zini tiklay olmasligi tushuniladi.

Hozirgi davrda S. V. Sazonov, V. A. Bartels (1973) tasnifi qabul qilinib, bu 4 bosqichdan iborat.

1-bosqich-bunda infeksiyon jarayon asosan tug'ruq yo'llarida bo'ladi. Bunga chilla davrida bachadon shilliq qavatining yallig'lanishi (endometrit), chot, qin va bachadon bo'ynining chilla yaralari.

2-bosqich-bachadon mushaklarining yallig'lanishi (metrit), bachadon atrofidagi joylashgan kletchatka to'qimalarining yallig'lanishi (parametrit), tuxumdon va bachadon naylarining yallig'lanishi (salpingooforit), ichki a'zolar yuzasini berkitadigan seroz qavat chanoq qismining yallig'lanishi (pelveoperitonit), bachadon vena tomiri devorlarining yallig'lanishi (chanoq tomirlarining tromboflebiti), boldir vena qon tomirlarining yallig'lanishi (boldir vena qon tomiri tromboflebiti).

3-bosqich-qorin seroz pardasining umumiy yallig'lanishi (umumiy peritonit) septik mikroblarning birdaniga ko'p o'lishi natijasida endotoksin ajralib chiqib, shok yuzaga kelishi, anaerob gaz mikrobi ta'siri natijasida sepsis yuzaga kelishi (anaerob sepsis), kundan-kunga rivojlanib boradigan tromboflebit.

4-bosqich-metastazsiz sepsis (qonda haddan tashqari ko'p bakteriya bo'lishi), metastazli sepsis (bir yoki bir necha a'zolarida yiringli yallig'lanish bo'lishi) kabilar kiradi.

29.2. CHILLA DAVRIDAGI YARALAR VA ULARNI DAVOLASH

Tug'ruq paytida oraliqda, qin dahlizida, qin devorida, bachadon bo'ynida yirtiqalar bo'lib, chilla davrida yaxshi bitmasdan yiringlay boshlasa, chilla yarasi yuzaga kelishi mumkin. Jarohat infeksiyasini keltirib chiqaruvchi omillar, xorioamnionit, semirish, xirurgik muolajaning davomiyligi, ko'p qon ketishi kiradi.

Chilla yarasi yuzasi ko'pincha yiring bilan qoplangan, atrofi qizargan bo'ladi. Kasallik 3-4 kun davom etib, ayolga deyarli sezilmaydi, harorat ko'pincha subfebril

(37-37,5) bo'lib, yuqori ko'tarilmaydi. O'z vaqtida davolansa, tezda tuzalib ketadi.

Ayrim hollarda kasallik zo'rayib, to'qimalarning chuqurroq qismlariga tarqalishi mumkin, bunda qin dahlizining yallig'lanishi (vulvit), qinning yallig'lanishi (kolpit), qin atrofidagi kletchatkaning yallig'lanishi (parametrit) kuzatiladi. Bunday yaralarning yuzaga kelishi homiladorlikdan avval va homiladorlik davrida ayolning qin yallig'lanishini boshidan kechirishi katta rol o'ynaydi. Shuning uchun homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida qinning yallig'lanish kasalligini albatta davolatib, shaxsiy gigiyena qoidalariga to'la rioya qilib yurish kerak.

Chilla yarasini odatda dezinfeksiyalovchi dorilar-furasillinlar 1:5000 nisbatdagi eritmasi, 3%li vodorod peroksid eritmasi bilan yuvib, yiringdan tozalanguncha sterillangan doka tamponni 10%li osh tuzi eritmasiga namlab qo'yiladi va bir sutkada 2-3 mahal almashtirilib turiladi. Keyin metrogil plyus vaginal gel bilan ham davolanadi. Bulardan birini, yuqorida ko'rsatilganidek, vodorod peroksidi yordamida tozalangandan so'ng qo'yiladi.

Jarohat sohasidagi ajralmani har qanday sharoitda Gramm bo'yicha mikrobiologik tekshirishdan o'tkazish va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash kerak. Davolashda jarayonga berilgan to'qima va fassiyani xirurgik eksstsiya qilish, adekvat antibiotikoterapiya (xlamidioz, ureaplazmozga qarshi doramisin 1 tabletkadan 2-3 mahal 5-7 kun) qilish, drenajlash, naychalash va jarohatni irrigatsiya qilish, jarohatni to'liq tozalangandan keyin ikkilamchi chok qo'yish mumkin.

Agar jarohatlangan joy tixilgan bo'lib, iplarda yiring bo'lsa, shu yiring bor joydagi iplarni darhol so'xib tashlash kerak, bunda yiringning tashqariga oqib chiqishi osonlashib, yara tezroq tozalanadi.

29.3.CHILLA DAVRI ENDOMIOMETRITI

Endometriit (bachadon shilliq qavat yallig'lanishi)- ko'pincha alohida kasallik sifatida uchraydi. Bunda ba'zan shilliq va muskul qavatlarining yallig'lanishi bir vaqtda avj olib borib, bachadonning shilliq qavatlaridan boshlanadi.

Endometritning asosiy belgilari: bachadon yomon qisqaradi, qorin pasti og'riydi, darmon quriydi, qindan biroz qoramtir rangli, ba'zan qo'lansa hidli ajralma oqadi. Agar infeksiya bachadonning ichida bo'lsa, ayolning harorati ko'tarilib 38-39 darajaga chiqadi, tomir urishi tezlashadi, sel kam ajraladi yoki butunlay to'xtab qoladi, buni loximetra deyiladi, bu esa alohida kasallik sifatida uchraydi. Ba'zan harorat ko'tarilmasligi ham mumkin. Qondagi oq qon tanachalari normadan oshib ketadi.

Endometrit kasalligi ko'pincha ko'p tuqqan ayollarda yoki tug'ruq vaqtida dard sustlashib, qiynalib tuqqanda, homila operatsiya yo'li bilan olinganda ko'proq yuzaga keladi. Endometrit chilla davrida eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biridir.

Endometrit belgilariga qarab davolanadi.

Shuni ham aytish kerakki, antibiotik berishdan oldin qindan kelayotgan ajralma analiz qilinadi, bachadon og'zidan surtma olib, bakteriologik tekshirish va mikroblar qaysi antibiotikka ta'sirchan ekanligini aniqlash maqsadga muvofiq bo'ladi. Ayolning chot oralig'ida va tug'ruq yo'llarida jarohat bo'lib, u tiqilgan bo'lsa, kuniga 2-3 martadan dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, keyin 5%li yod eritmasi surtib, so'ngra sterillangan choyshabcha beriladi. Mana shu muolajani ayol siygandan so'ng har gal albatta takrorlash zarur. Chilla davrida uchraydigan infeksiyon kasalliklardan yana biri bachadon muskul qavatining yallig'lanishi-metritdir. Bu kasallik endometritda mikroblarning limfa yoki qon tomirlari orqali bachadonning chuqur qavatlariga tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Endometrit ko'pincha chillaning 7-kunlaridan so'ng tana haroratining oshishi bilan boshlanadi. Ayolning umumiy ahvoli yomonlashib, ishtahasi pasayadi. Kam uyqu bo'lib qoladi. Tili karash bog'laydi. Bachadon yomon qisqaradi. Bachadon qorin devori orqali ko'rilganda, uning yon devorlarida og'riq seziladi, bu metrotromboflebit yoki vena qon tomirlarining yallig'lanishi deyiladi. Qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni chilla davrining 9-10- kuni ham

berkilmaganligini aniqlanadi. Kasallikning boshida tana harorati 38-40 daraja bo'lsa, keyinchalik subfebril, ya'ni 37-37,05 gacha bo'ladi. Qindan ajralayotgan ajralma kasallikda ko'p miqdorda va yiringli bo'lib, asta-sekin tozalanib boradi. Kasallik 3-4 haftagacha cho'ziladi.

Davolash endometritdagi kabi: har tomonlama ta'sir ko'rsatuvchi antibiotiklar beriladi. Hozirgi davrda antibiotiklarni ko'p mikroblarga bir vaqtda har tomonlama ta'sir ko'rsatadigan turlari keng qo'llanilmoqda. Bularga sefamed, lendasin (seftriakson) 1g t/i - mahaldan 3 kun, megasef 750 mg v/i 3 mahal kuniga 3-5 kun davomida, ifisef 1-2 g dan m/o yoki v/i kuniga, ifisipro yoki oflo (200mg) 100mldan 2 mahal v/i, merkasin 2 ml (500 mg) t/i 2 mahal yoki 1 g dan 1 mahal 5-7 kun, amoksiklav 600 mg dan 3 mahal v/i, abaktal 400mg 5% 250 ml glyukoza eritmasi bilan birga v/i 2-3 mahal, ampioks (0,5g dan har 6-8 soatda) muskul orasiga 5 kun yuborish mumkin. Anaerob infeksiyaga qarshi albatta ornizol 0,5 g 2 mahal 5 kun yoki metrogil 100ml (500mg) dan 2 mahal v/i tomchilab 3-5 kun qo'llaniladi. Zamburug'larning oldini olish uchun diflyuzol, diflazon (flukonazol) yoki fluzamed, fungikeyr 150 mg haftada 1 marta qo'llaniladi. Nospesifik yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi vositalardan dikloberl, kladifen (diklofenak) 3 ml (75) dan mg m/o 5 kun. Oksitotsin 0,5 ml dan kuniga 2 marta teri ostiga yuboriladi. Organizm chidamini oshirishga, isitmani tushirishga, organizmdan zaharli moddalarni haydashga qaratilgan (0,9%li fiziologik suyuqlik va 5% li glyukoza eritmasidan 400 ml va boshqalar) tadbirlar qo'llaniladi. Infeksiyaga qarshi mahaliy siteal va metrogil plyus vaginal geli ishlatiladi. Ba'zan yetarlicha to'la davolanmaganda bachadon qavatlarida yiring to'planib, ayolning ahvoli og'irlashadi, bunda operatsiya yo'li bilan davolashga va bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

29.4. BACHADON NAYLARI VA TUXUMDONLARNING YALLIG'LANISHI (SALPINGOOFARIT)

Kasallik chilla davrining 8-10- kunlaridan boshlanadi, bunda qorinning pastida to'satdan og'riq bezovta qiladi, qon tomir urishi tezlashadi. Bemorning tili karash bog'laydi, harorat 38-40 darajagacha ko'tariladi, bemor titraydi. Ayrim vaqtlarda esa ayolning ko'ngli aynib, qayt qiladi, qorin dam bo'ladi. Qorin devori orqali qovuqqa bosib ko'rilganda qorin pastida kuchli og'riq borligi aniqlanadi. Qin orqali tekshirib ko'rilganda bachadon ortiqlari atrofidagi kuchli og'riq borligi hamda ularning kattalashganini aniqlash mumkin.

Ko'pincha yallig'lanish jarayoni ikki tomonlama bo'lib, bachadonning ikkala ortig'iga ham o'tishi mumkin. Bosib ko'rilganda ayol og'riq sezadi, qovuq sohasidagi og'riq davolash jarayonida asta-sekin kamayib boradi. Ayrim hollarda bachadon naylarining ampulyar qismi berkilib, nay bo'shlig'ida yiring to'planadi-buni piosalpinks, zardob yig'ilsa-gidrosalpinks deb yuritiladi. Agar bunga chanoq bo'shlig'i qorin pardasi yallig'lanishi qo'shilsa, pelvioperitonit, chanoq kletchatkasiga o'tsa pelviosellyulit deyiladi.

Kasallikning o'tkir davri 1-2 hafta davom etib, o'z vaqtida davolanmasa sekin-asta surunkali turiga o'tib ketishi mumkin. Uni aniqlash qiyin emas,

kasallik tarixi, klinik ko'rinishi va belgilariga qarab oson aniqlash mumkin. Piosalpinksni appendisitdan ajrata bilish kerak.

Davolash. Avvalo bemorga har tomonlama tinchlik yaratish lozim. Qorin pastiga sovuq suv yoki muzli xalta qo'yiladi. Antibiotiklarni yuborish davolashning asosiy tadbirlaridan hisoblanadi. Nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita sifatida dikloberl 3 ml (75 mg)dan m/o yuboriladi. Biroq qancha dori va uni qachon yuborish bemorning ahvoriga qarab buyuriladi (endomiometritni davolash sxemasiga qaralsin). Og'riq qoldiruvchi dorilar (analgin 0, 5 g yoki amidopirin 0, 5 g dan bir kunda 2-3 mahal ichgani beriladi) yoki 4% li amidopirin eritmasidan 5 ml, 25%li analgin eritmasidan 2 ml ni mushak orasiga ukol qilish mumkin. Agar chanoq a'zolari orasida yiring hosil bo'lsa, bunda eng yaxshi va tez natija beruvchi tadbirlardan biri-qinning orqa gumbazi orqasiga yig'ilgan yiringni igna bilan teshib chiqarish (punksiya) usulidir.

Bunda antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilgan holda tozalovchi klizma qilinadi, tashqi jinsiy a'zolar sovun bilan yuviladi, qin maxsus asbob (spinsovka) bilan chayiladi, so'ngra tashqi jinsiy va ichki jinsiy a'zolar spirt bilan artilib, u yerga 5% li yod eritmasi surtiladi.

Punksiyani albatta shifokor qiladi va olingan suyuqlik bakteriologik tekshirishga yuboriladi. Punksiya qilingan joyga shu igna orqali gentamitsin eritmasini yoki boshqa antibiotiklarni 1 g ni 0,5 % li novokain (5-10 ml) bilan yuboriladi. Ayol ahvoli tuzala boshlaganda davolash kompleksiga fizioterapiya usullarini qo'shish mumkin. Bachadon naylarining yiringli yallig'lanishi ko'pincha surunkali davrga o'tishi bilan ikkilamchi bolasizlikka sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun bunday kasallik bilan og'rikan ayol to'la-to'kis davolanishi va doim shifokor nazoratida bo'lishi kerak.

29.5. BACHADON ATROFI TO'QIMALARINING YALLIG'LANISHI (PARAMETRIT)

Bu kasallik mikroblar bachadon atrofidagi kletchatkaga limfa yoki qon tomiri orqali, shuningdek qin, bachadon bo'yni hamda bachadon ortiqlari o'tishi oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

Parametrit chilla davrining 10-12- kuni ayolning birdan harorati 39-40° darajaga ko'tarilishi, titrab-qaqshashi va tomirining tez urishi bilan boshlanadi. Bu kasallik asosan endomiometrit oqibatidir. Agar kasallik o'chog'ida yiringli infiltrat hosil bo'lsa (bu ko'pincha kasallikning 3-5 haftalarida vujudga keladi), harorat yana 1, 5-2 darajagacha ko'tariladi. Yiringlagan joy atrofidagi a'zolarga yoki qorin bo'shlig'iga ketishi mumkin. Parametritni aniqlash qiyin emas, lekin uni pelvioperitonitdan tafovut qila bilish kerak.

Tana haroratining oshishi, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi simptomlari ham uchraydi. Bundan tashqari, teri qoplamining oqarishi, taxikardiya, leykotsitoz, bachadon subinvolyusiyasi va og'riq bo'lishi kiradi. Bimanual tekshirishda bachadon ortiqlari va parametrij sohasida og'riq kuzatiladi. Loxiya tabiati kam bo'lishi yoki profuz va hidli bo'ladi.

Davolash. O'tkir yallig'lanish davrida qorin pastiga muz qo'yiladi, og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi. Antibiotiklar (azimed kapsulasi 0,5 g dan 1 mahal 3-5 kun, ornizol tabletkasi 0,5 dan 2 mahal 7 kun) berish asosan endometriyaga beriladigandagidek, dozalari bemorning ahvoriga qarab o'zgartiriladi. Umumiy dorilar qatoriga albatta vitaminlar, haroratni tushiruvchi, organizm umumiy kuchini oshiruvchi dorilar berish maqsadga muvofiq. 100-150 ml qon quyish yaxshi natija beradi. Agar yiringli infiltrat bo'lsa, qinning orqa gumbazi orqali punksiya qilib, yiringni chiqarib tashlagan ma'qul. Punksiya qilib yiringni olib bo'lgach, o'rniga biron-bir antibiotik (1 g gentamitsin yoki 0,5 g kanamitsin) yuboriladi.

Bemorning ahvoli biroz tuzalgandan boshlab tana harorati tushib, og'irlik pasaya boshlaganda, dikloberl va fizioterapiya usullari qo'llaniladi.

29.6. VENA QON TOMIRLARINING YALLIG'LANISHI-TROMBOFLEBITLAR

Chilla davrida uchraydigan eng og'ir septik kasalliklardan hisoblanadi. Tromboflebit joyiga ko'ra ikki xil o'tishi mumkin:

- 1) oyoq, yuza vena qon tomirlarining yallig'lanishi;
- 2) chuqur joylashgan vena qon tomirlarining yallig'lanishi.

Har ikkala turi ham yiringli yoki yiringsiz o'tishi mumkin. Bularga bachadon vena qon tomirlarining yallig'lanishi (metrotromboflebit), chanoq vena qon tomirlarining yallig'lanishi, boldir vena qon tomirlarining chanoqqa yaqin qismi hamda oyoq qon tomirlarining yallig'lanishi kabilar kiradi.

Bugungi kunda shuni ta'kidlash kerakki, chanoq venalarining septik tromboflebiti patogenezida tomir intima qavatining bachadondan tarqalgan mikroorganizmlarning jarohatlashi, bakteriemiya va endotoksemiya, yoki operativ muolaja vaqtidagi jarohati orqali kelib chiqishi bilan tushuntiriladi.

Chilla davrida uchraydigan kasallikda ayolning umumiy ahvoli dardining kechishiga qarab o'zgarib turishi mumkin. Ya'ni kasallik yengilroq kechganda ayolning umumiy ahvoli unchalik o'zgarmaydi, tana harorati biroz ko'tarilganda (37-38, 5 gacha) tomir daqiqasiga 100 martagacha uradi. Qondagi leykotsitlar soni biroz ko'payib, eritrositlarning qondagi cho'kish darajasi tezlashadi. Kasallik og'irroq kechganda yuqorida ko'rsatib o'tilgan belgilar (bemorning umumiy ahvoli, tana harorati, tomir urishi, qon tarkibi) ko'proq o'zgaradi.

Yuza joylashgan vena qon tomirlari yallig'langanda tomirlarda og'riq zo'rayadi, ular biroz yo'g'onlashib, teri qizarishi mumkin. Yuzaki tromboflebit homiladorlikdan oldin vena qon tomirlari kengaygan ayollarda ko'proq uchraydi. Unda ayolning harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli unchalik o'zgarmaydi, oyog'i bir oz shishadi. Ayolning qini tekshirilganda bachadonning tuqqandan keyingi qisqarishi (involyutsiyasi) orqada qolganligini ko'rish mumkin. Chuqur joylashgan vena qon tomirlari yoki bachadon vena qon tomirlari yallig'langanda harorat birdan ko'tariladi, ayolning ishtahasi yo'qoladi, yomon uxlaydi, titrab-qaqshaydi, tomiri daqiqasiga 110-120 marta uradi, bemorning ahvoli birdan

og'irlashadi. Qin orqali tug'ruq yo'llari tekshirib ko'rilganda bachadon chilla davri muddatiga to'g'ri kelmaydi-katta va og'riqli bo'ladi. Bachadondan qon aralash qo'lansa hidli sel keladi. Bachadon yon yuzalari sohasida xarakterli «chuvalchangsimon» og'riqli vena qon tomirlarini paypaslab ko'rish mumkin. Qon analiz qilinganda yallig'lanishga xos o'zgarishlar aniqlanadi. Siydikda oqsil va leykotsitlar bo'lishi mumkin. Diqqat bilan tekshirilsa kasallikni aniqlash qiyin emas.

Tromboflebitda bachadon yaxshi qisqarmagan va og'riqli bo'ladi. Chanoq vena qon tomiridagi patologik o'zgarishlar oyoq vena qon tomiriga o'tishi bu kasallikka sabab bo'ladi. Bunda oyoq muskullari og'riydi, vena qon tomirlari yo'g'onlashadi va ular ushlab ko'rilganda og'riydi. Bu holat vena qon tomiri devoriga xos bo'lgan trombning joylashuviga bog'liq. Tromb boldirdan qancha yuqorida joylashsa, oyoq shuncha ko'p shishadi.

Oyoq vena qon tomirida tromb hosil bo'lib, tomir devori bilan birga yallig'lanish odatda chilla davrining 2-3- haftalariga to'g'ri keladi. Tromboflebitning asosiy klinik belgilari uning joylashishiga bog'liq. Tromboflebitda oyoq shishadi, og'riydi, teri rangi o'zgaradi, oqish yoki ko'kimtir tusga kiradi, teri osti vena qon tomirlari kengayadi, tana harorati ko'tarilib tomir urishi tezligi oshadi, ayniqsa shu dardga chalingan sohada harorat yuqori bo'ladi.

Og'riq kasal tomir bo'ylab ayniqsa bemor yurganda va ushlab ko'rilganda ko'proq seziladi. Bemor yurganda biroz og'irlik sezadi, kasallikka chalingan oyog'i tez charchaydi, boldir mushaklarining qisqarib-qattiqlashib qotishi natijasida tovonda, boldir-sonda kuchli og'riq turadi. Agar tromboflebit chuqur joylashgan vena qon tomirlarida bo'lsa, son va boldir tomirlari bosib ko'rilganda bemor kuchli og'riq sezadi. Ba'zan oyoq uvishib qolishi mumkin. Bu ham tromboflebit belgilaridan biri hisoblanadi.

Tromboflebitning xarakterli va tez-tez uchraydigan belgilaridan biri oyoqning shishidir. Oyoq shishini bilish uchun ikkala oyoq son va boldir sohasining bir necha joyidan (yuqori, o'rta va pastki qismidan) odatdagi santimetr bilan o'lchab ko'rish kerak. Shunda tromboflebit bo'lgan oyoq aylanasi sog'lom oyoqqa nisbatan 3-5 sm ga kattaroq bo'ladi. Bu kasalliklarda tana haroratining ko'tarilishi 2-3 haftagacha davom etib, shundan keyin ham bir necha kun subfebril holda saqlanishi mumkin. Kamqonlik belgilari, ya'ni gemoglobin miqdorining kamayib ketishi ham shu kasallikka xos bo'lishi mumkin.

Fizikal tekshirish o'tkazilganda ko'pchilik holatlarda intoksikatsiya simptomlari aniqlanmaydi, ammo qorin pastki qismida og'riq va taranglashish kuzatiladi. Kamroq hollarda shu joyda og'riqli uzun hosila borligi aniqlanadi. Tashxisni endometrit bilan og'rigan ayollarda antibiotikning kam naf berishidan ham bilsa bo'ladi va qin orqali tekshirilganda kichik chanoq sohasida hosila borligi kuzatiladi. Tashxisni tasdiqlashda ma'lumot beradigan metodlar KT va MRT hisoblanadi. Tekshirishlarda tromboflebit belgilari yo'qligi, ammo tromboflebit klinikasi borligi va antikoagulyant terapiyadan (geparin bilan) dinamikada yaxshilanishi tashxisni tasdiqlaydi. Tomografiya mezonlari: 1. Jarohatlangan tomirlarning kengayishi. 2. Tomir ichki radiusining kichiklashishi.

3. Tomir devorining yaxshi ko'rina boshlashi. MRT tekshirishda jarohatlangan tomirning normal tomirlardan farqi och ko'rinadi. KT va MRT usullarining kamchiligi servikal va bachadon tomirlarining yaxshi ko'rinmasligi. Rangli dopplerografiya ham chanoq venalari tromboflebitiga tashxisni qo'yishda va o'tkazilgan terapiyaning dinamikada kuzatishda qo'llaniladi.

Tromboflebitni aniqlashda qonning ivish va ivishiga qarshi omillarini laboratoriyada tekshirish katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, hozirda flebografiya (tomirga yodli kontrast moddasini yuborib, tomirlar holatini aniqlash), ultratovush bilan aniqlash, termografik metod va boshqalar qo'llanilmoqda.

Oyoq tromboflebiti quyidagi asoratlarga olib kelishi mumkin: tromboflebit yiringli formaga o'tib, ko'pincha mikroabscesslar hosil bo'lishiga olib kelishi; tromb uzilib ko'pincha o'pka arteriyalariga borib, qon aylanishini birdan buzishi mumkin (o'pka arteriyalari emboliyasi). Ba'zi bir ayollarda tromboflebitdan keyingi sindrom-oyoqda shish qolishi, og'riq bo'lishi, yuzaki vena qon tomirlarining kengayishi, teri qoramtir tusga kirib, bitmaydigan yara hosil bo'lishi mumkin.

Tromboflebitni limfatomirlarining yallig'lanishi, teri osti flegmonasi, boldir arteriyasining o'tkir trombozi va emboliyasi, boldir nervining yallig'lanishi va boshqalardan farq qila olish lozim.

Davolash. Hozirgi kunda 2 xil davolanadi: konservativ va operativ yo'l bilan. Bulardan qaysi birini tanlash tromboflebitning turi, qaysi venadagiliga hamda venaning qayerdaligiga, kasallikning qanchadan buyon davom etayotganligiga va bemorning umumiy ahvoriga bog'liq. Operativ yo'l bilan davolash asosan yirik vena qon tomirlarida katta tromblar hosil bo'lib, qon yurishi birdaniga buzilib qolganda qo'llaniladi.

Konservativ yo'l bilan davolash asosan oyoqning qon aylanishini yaxshilash uchun uni elastik bint bilan gir aylantirib o'rashga hamda hozirgi vaqtda kasallik boshlangandan ma'lum bir vaqtdan (5-6 kundan) so'ng aktiv yurgizishga ko'proq ahamiyat berilmoqda. Chunki bemor uzoq vaqt bir joyda yotib qolsa, oyoqda qon aylanishi buzilib trombozning tarqalishiga sabab bo'lishi mumkin. Kasallikni davolashda bemorning ovqatlanishiga ham ahamiyat beriladi. Bemor ko'proq tuzi va yog'i kam, sutli va sabzavotli ovqatlar iste'mol qilishi kerak.

Tromboflebitlarni davolashda antibiotiklar umumiy sxemada - chilla davri septik kasalliklaridagi kabi qo'llaniladi. Hozirgi kunda ko'proq antiflogiston preparatlari: butadion, reopirin kabi dorilar ishlatilmoqda. Bu dorilar og'riq qoldiradi, ham yallig'lanishga va sensibilizatsiyaga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, dorilar spazmini pasaytiradigan papaverin, nosh-pa, baralgin va boshqa dorilar qo'llash mumkin. Mahaliy tromboflebitlarni davolashda lioton gelni (1000 t/b heparin saqlaydi) qonni suyultiradigan (antikoagulyant) dori sifatida qo'llanilmoqda. Bu dorilarni qo'llash shifokor nazorati ostida olib borilishi lozim.

Yallig'lanishga qarshi yana mushak orasiga nikotin kislotani sxema bo'yicha (dozasini sekin-asta 1 ml dan boshlab, har kuni shunchadan qo'shib

boriladi va 5-6 ml ga yetkaziladi, keyin esa 1 ml dan kamaytirib yana 1 ml ga tushiriladi); tripsin yoki ximotripsin (5-10 mg ni 2 ml izotonik eritmada) berish ham yaxshi natija beradi. Sensibilizatsiyani kamaytirish uchun muskul orasiga antigistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen, tavegil va boshqalar) berish mumkin. Organizmdagi intoksikatsiyani kamaytirish va qon aylanishini yaxshilash uchun reopoliglyukin, 5% li glyukoza hamda fiziologik eritmadan tomirga tomchilatib yuboriladi. Bir sutkada beriladigan suyuqlikning umumiy miqdori 1,5-2 l gacha bo'lishi mumkin. Qonning ivishi va unga qarshi xususiyatini yaxshilash uchun uning ivish vaqtini hisobga olib, asosan qon tomiriga yoki muskul orasiga sutkasiga 5 ming birlikkacha 3-4 kun davomida geparin yuborilishi mumkin. Keyinchalik esa 1 tabletkadan kuniga 1-2 mahal plentan yoki eskuzan berish mumkin.

Tromboflebitning oldini olish uchun konsultatsiya sharoitida tomirlarning varikoz kengayishini konservativ va operativ yo'llar bilan davolash, ichki kasalliklar va homiladorlik toksikozlarini o'z vaqtida bartaraf etish, vaqti-vaqti bilan qonning ivish xususiyatini tekshirib turish, tug'ruq vaqtida qon ketgan bo'lsa, vaqtida har tomonlama va yetarlicha davolash, tug'ruq normal o'tgan bo'lsa ayolni erta turg'izish, operatsiya yo'li bilan tug'dirilsa, tez-tez qon ivish xususiyatini tekshirib turish, o'z vaqtida davolash tavsiya qilinadi.

Davolash tartibiga fraksiparin dozalari (0,3 ml) kuniga 2 marta statsionar sharoitida 1 hafta davomida, keyin ambulator sharoitida flebodia 600 mg yoki venodiol 1 tabletkadan 2 mahal kiritiladi.

Medikamentoz terapiyadan turg'un naf bo'lmaganda zahira sifatida jarohatlangan vena tomirlarini xirurgik bog'lash qo'llaniladi. Pastki kovak venaga jarayonning tarqalishi yoki o'pka arteriyasi emboliyasi kuzatilganida va antibiotikoterapiyadan naf bo'lmaganda, pastki kovak venani bog'lashga ko'rsatma bo'ladi. Bu metodning asorati sifatida oyoqlarning tranzitor shishi va postflebitik sindromning avj olishi kiradi.

29.7. PELVIOPERITONIT

Pelvioperitonit chanoq ichidagi qorin pardasining yallig'lanishi chilla davrining 3-4- kuni qorinda kuchli, ayniqsa pastida qattiq og'riq tutishi bilan boshlanadi. Shchetkin-Blyumberg belgisi yuzaga keladi, qorinda qabziyat kuzatiladi, bemorning ko'ngli aynib, qayt qiladi, harorat ko'tariladi, tomir urishi tezlashadi. Ba'zan siyganda og'riq sezadi. Qorin bo'shlig'iga suyuqlik to'planadi. Diqqat bilan tekshirilsa, kasallikni aniqlash qiyin emas. Qinning orqa gumbazida punksiya qilib, suyuqlik olish va uni tekshirish kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Davolash. Bemor alohida palataga yotqiziladi. Qorni pastiga muzli xaltacha qo'yiladi. Pelvioperitonit septik kasallik bo'lgani uchun davolash xuddi sepsisdagi kabi. Qabziyatni bartaraf etish va ichak ishini yaxshilash uchun tozalovchi klizma qilinadi hamda to'g'ri ichakka gaz chiqib ketishiga yordam beruvchi rezina naycha kirgizib qo'yiladi. Agar kichik chanoq sohasi pardasi yallig'lanib, yiringlagan bo'lsa, bemorga vaqtida yordam berish zarur. Chunki

to'plangan yiringning siydik pufagi yoki to'g'ri ichakka yorilib ketish xavfi bo'ladi. Bu yerda to'plangan yiringni ko'pincha qinning orqa gumbazi orqali punksiya qilib, shpirts bilan tortib olish va yiring o'rniga 0,5% li novokain suyuqligida eritilgan biron-bir antibiotik (merkasin) yuborish mumkin. Bordi-yu, yallig'lanish chanoq bo'shlig'ining o'zida bo'lib, davolash tufayli kasallikning o'tkir davri pasaysa, fizioterapiya usullarini qo'llash mumkin.

29.8.CHILLA DAVRIDAGI MASTIT (SUT BEZLARI YALLIG'LANISHI)

Sut bezlariga mikroba asosan limfa, qon va sut yo'llari orqali tushadi. Infeksiya ko'pincha ko'krak tugunchalarining yorilgan joylaridan kiradi.

Sut yo'llari orqali tushgan infeksiya bez bo'laklariga kirib, ularda yallig'lanish jarayonini yuzaga keltiradi. Qon orqali metastaz sifatida organizmda infeksiya manbalaridan o'tadi. Mastitni asosan patogen stafilokokklar qo'zg'atadi.

Mastit bilan og'rikan bemorlardan topilgan mikroba ko'proq antibiotiklarga chidamli bo'ladi.

Mastit klinikasi. Bu asosan mastitning turi va kechish jarayoniga bog'liqdir.

Mastit turlari:

1. Serozli (boshlang'ich) mastit.

2. Infiltratli mastit.

3. Yiringli mastit.

a) infiltrativ-yiringli, diffuz, chegaralangan mastit;

b) absessga aylangan turi, bez tugmachasi aylanasining furunkulyozi, absessi, bez bo'laklari absessi, bez orqasidagi absess.

4. Flegmonoz mastit (yiringli-nekrotik turi);

5. Gangrenoz mastit.

Mastit chilla davrining 3- haftasida avj oladi. Ba'zan ancha kech yuzaga kelishi mumkin. Ko'pincha mastit bir tomonlama bo'ladi, ayrim hollarda esa har ikki tomon ham kasallanadi. Odatda, mastit o'tkir boshlanadi, dastlab bezlar og'riydi va bez bo'laklari qattiqlashib, teri yuzasi qizaradi. Ko'proq o'ng sut bezining tashqi yuzasi yallig'lanadi. Tana harorati 39°C va bundan ko'tariladi, bosh og'riydi, bemor lanj bo'ladi. Bemorni tekshirilganda kasallangan sut bezi kattalashgan, qattiq (qattiq-elastik), zararlangan qismining harorati baland bo'ladi, og'riydi. Bu klinik holat seroz mastitga xosdir.

Agar davolash tadbirlari yordam bermasa, mastitning bu turi 3 kun davomida keyingi bosqichga o'tib ketadi. Albatta bu mikrobnining virulentligiga ham bog'liqdir.

Hozirgi sharoitda mastit infiltrativ turi juda tez yiringli turga o'tganida bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi (uyqusi buziladi, ishtahasi yo'qoladi, boshi og'riydi va boshqalar). Tana harorati 38-40°C gacha ko'tarilib, eti uvishadi.

Agar kasallik davomida mikroblar assotsiatsiyasi (qo'shimcha mikroblar qo'shilib) oshsa, unda kasallikning klinik ko'rinishi yanada zo'rayadi.

Yiringli mastitning yiringli-infiltrativ turi ko'p uchraydi. Bu turda yiringli jarayon bilan to'qimalarda infiltratsiya kengaya boradi. Operatsiya qilinganda kesilgan yara sathi g'ovaksimon shaklda bo'ladi. Mastitning bunday turi diffuz tur deb ataladi.

Mastitning chegaralangan yiringli turida yiringlangan to'qima chegarasi aniq bo'lmaydi. Agar jarayon yuzaroq joylashgan bo'lsa, tashxis qo'yish unchalik qiyin emas, abscess chuqurroq joylashgan bo'lsa, uni punksiya qilib aniqlash mumkin.

Mastitning abscess turi kamroq uchrab, kasallik birdaniga harorat ko'tarilishi, agar jarayon chuqur joylashgan bo'lsa, qattiq og'riq bilan boshlanadi. Jarayon ko'krak tugmachasi atrofiga yoki teri ostiga joylashgan bo'lsa, bunda og'riq birmuncha sust bo'lib, yiring chiqarilgandan so'ng (kesilsa yoki punksiya qilinsa) harorat tezda tushadi.

Mastitning flegmonoz turida ko'krak bezining ko'p qismida yiringli jarayon yuzaga keladi. Bunda harorat birdaniga ko'tarilib (40°C va bundan yuqori), et uvishadi, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Bemorlar bosh og'rig'idan, ko'z chuqurchasi sohasida kuchli og'riq va qo'rquvdan arz qiladilar. Ko'krak bezi kattalashadi, teri yuzasi ko'kimtir, qizil yoki to'q qizil rangda bo'ladi. Limfa bezlari kattalashgan, ba'zan ularda ham yallig'lanish jarayoni belgilari kuzatiladi. Mastitning flegmonoz turida nekroz jarayoni tez avj olsa, kasallik og'ir kechadi. Bu flegmonoz-nekrotik turi deb yuritiladi. Kasallik og'ir kechganda nekroz juda tez tarqaladi. Kasallikning og'ir turi sepsisga o'xshab kechadi. Uni kesilganda quyuq yiring ajraladi. Ko'krak bezi to'qimalari kul rangda bo'ladi.

Mastit 14-15 kun, hatto 2-3 oy ham davom etishi mumkin. Bemorlarning qonida leykositoz, SOE ning ko'tarilishi, intoksikatsiya yuqori bo'lganda neytrofillar tomonga surilishi kuzatiladi. Yiringli mastit uzoq davom etsa, yuqoridagi belgilardan tashqari, gemoglobin kamayib, neytrofillarda toksik donachalar ko'payadi. Agar laktatsion mastit bo'lsa, jarayon og'irlashgan sayin sutda leykotsitlar ko'payib ketadi.

Mastitda zararlangan qismda teri yuzasining harorati tana haroratidan $1-2^{\circ}\text{C}$ baland bo'ladi.

Mastit bilan og'rigan bemorlarda leykotsitlarning fagotsitar faollik xususiyati sog'lom ayollarnikidan deyarli farq qiladi. Oqsil almashinuvining buzilishi natijasida kasallik davomida albumin fraksiyasi kamayadi. Bemorlarda immunologik reaktivlik uncha baland bo'lmaydi.

Davolash. Agar serozli yoki infiltrativ mastit bo'lsa, tug'ruqxonada davolash mumkin. Yiringli mastitning qayerda vujudga kelganidan qat'iy nazar, albatta, maxsus jarrohlik statsionarida davolash kerak. Sut ajralishini to'xtatish uchun parlodeldan bir kunda 1 tabletkadan 2 marta 14 kun davomida berish kerak. Bunda ko'krakni bog'lash shart emas.

Davolashda antibiotiklarni to'g'ri tanlash kerak. Ma'lumki, ko'pincha kasallikni stafilokokklar keltirib chiqaradi. Shunga ko'ra metisillin, oksatsillin, sefalosporinlarni (megasef 1g m/o ga 2-3 mahal 5 kun) ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Operatsiya qilib, zararlangan yuzani ochish, kontrapertura qilish, nekrozlangan to'qimalarni kesib tashlash kerak. Yiring doimo oqib turishi uchun yaraga tasma shaklida tampon yoki rezina qo'yish zarur. Tamponni osh tuzining gipertonik eritmasiga dioksidin, ximotripsindan qo'shib yaraga qo'yiladi va har 4-6 soatda almashtirib turiladi. Drenaj naycha yordamida yarani yuvish yordam beradi. Bemor statsionardan yallig'lanish jarayoni butunlay tugagach, laboratoriya ma'lumotlari normallashtirishdan keyin chiqaziladi.

Amaliyotdan misollar.

1. Yangi tuqqan ayolning 5-kuni tana harorati 38°C ko'tarildi, oraliqdagi choklar orasida og'riqlar paydo bo'ldi. Genitaliy ko'rilganda oraliq sohasida choklar giperemiyasi va infiltrasiyasi, yiringli qoplam bilan qoplangan. Choklar olib tashlandi-jarohat chekkalari to'liq ochildi, 3% li vodorod peroksid bilan tozalandi, NaCl ning gipertonik eritmasi shimdirilgan salfetka qo'yildi, 2 kundan keyin Vishnevskiy malhami bilan salfetka qo'yildi. Antibiotiklar buyurildi. Tashxisi: Tug'ruqdan keyingi yara.

2. Yangi tuqqan ayolning tug'ruqdan keyin 3-kun bachadon subinvalyutsiyasi va gematometra aniqlandi. Bachadon bo'shlig'i qirib tozalandi. 5-kuni uyiga javob berildi. Keyingi kuni kechqurun bachadondan qon ketib, shok holatida ginekologiya bo'limiga olib kelindi. Qayta qon quyqalari bilan birgalashib, abrasio savi uteri qilindi. Gemotransfuziya qilindi-750 ml yangi qon, shokka qarshi tadbirlar o'tkazildi.

Keyingi kuzatuvda $t\ 38^{\circ}\text{C}$, bachadon og'riqli, jinsiy yo'llarda yiringli ajratma aniqlandi. Intensiv terapiya foyda bermadi, hansirash, o'pkada xirillashlar qo'shildi. Tashxis: Septik endometrit. Septik pnevmoniya 11-kuni bachadon naylari bilan birga ekstirpatsiya qilindi. Bemor 5-kundan keyin shishdan vafot etdi. Jarayon tahlil qilinganda bemor tug'ruqxonada haroratning oshganligini yashirganligi, antibakterial davo va operatsiya kech qilinganligi aniqlandi. Sepsis metastazlar bilan birga rivojlangan.

TKYSK ona hayotiga tahdid soladi. Bularning oldini olish uchun ona organizmidagi surunkali infeksiya o'choqlarini homilador bo'lishdan oldin davolash kerak: tish kariesi, surunkali tonzillit, yiringli gaymorit, pielonefrit, kolpitlar, servisitlar, bachadon bo'yni eroziyalari, entero-kolitlar.

Homiladorlik davrida ham sog'lomlashtirish davolash tadbirlari o'tkazish va latent infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, ayol organizmi himoya kuchlarini oshirish zarur.

Tug'ruqxonada va operatsiya xonasida tug'ruqdan keyingi bo'limda sanitariya-epidemiologiya tartibiga qat'iy rioya qilish kerak. Tug'ruqda tug'ishdan keyin YSKlarning oldini oladigan tadbirlarni o'z vaqtida o'tkazish zarur.

O'rgatuvchi testlar:

1. Qanday 2 kasallik tug'ruqdan keyingi septik infeksiyaning 1- bosqichiga taalluqli?

Tug'ruqdan keyingi yara.

Endometrit.

2. Qanday 5 kasallik tug'ruqdan keyingi septik infeksiyaning 2- bosqichiga taalluqli?

Metrit.

Parametrit.

Salpingooforit.

Pelvioperitonit.

Tromboflebit.

3. Qanday 4 kasallik tug'ruqdan keyingi septik infeksiyaning 3- bosqichiga taalluqli?

Tarqalgan peritonit.

Endotoksinli septik shok.

Anaerob gazli infeksiya.

Jadallashayotgan tromboflebit.

4. Qanday 2 kasallik tug'ruqdan keyingi septik infeksiyaning 4- bosqichiga taalluqli?

Metastazsiz sepsis.

Metastazli sepsis.

5. Tug'ruqdan keyingi endometritning 5 ta belgisini sanab o'ting:

Bachadon subinvolyutsiyasi.

Tana haroratining oshishi.

Qorin pastidagi og'riqlar.

Tomir urishining tezlashishi.

Sel-yiringli loxiyalar.

6. Yuqori xavf guruhiga kiruvchi 5 ta guruhdagi homiladorlar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda septik kasalliklarni ko'rsating:

Homiladorlik- surunkali infeksiya o'chog'i.

Operatsiyadan keyingi homiladorlar va anamnezida septik kasalliklar.

Ko'psuvlik va homiladorlik.

Uzoq suvsizlik davri.

Homiladorlik genital infeksiya bilan.

7. Tug'ruqdan keyingi septik kasalliklarni Sazonov - Bartels bo'yicha 4 ta bosqichini ko'rsating va ta'rif bering:

1. bosqich— tug'ruqdan keyingi yoki endometriyda mahalliy infeksiya.

2. bosqich – infeksiyon - yallig'lanish jarayonining paydo bo'lishi va boshqa a'zolarga tarqalishi.

3. bosqich – infeksiya og'irligiga qarab tarqalishi.

4. bosqich – tarqalgan infeksiya.

8.Tug'ruqdan keyingi septik infeksiyaning rivojlanishida 5 ta sababini ayting:

Uzoq tug'ruq.

12 soat va bundan ko'p suvsizlik akusherlik jarrohliklari.

Tug'ruq yo'llarining jarohatlari.

Surunkali infeksiyon kasalliklar.

9. Tug'ruqdan keyingi septik kasalliklar rivojlanishida 5 ta infeksiya kirish yo'lini sanang:
- Oraliq jarohatlari.
 - Qin devorlarining jarohati.
 - Bachadon bo'ynining jarohati.
 - Bachadon devorining jarohati tug'ruq va akusherlik operatsiyalaridan so'ng.
 - Yo'ldosh maydonchasi.
10. Tug'ruqdan keyingi septik kasalliklarni chaqiradigan 5 ta mikroorganizmni ko'rsating:
- Anaerob infeksiya.
 - Enterokokklar.
 - Stafilokokk.
 - Streptokokk.
 - Yiringli tayoqcha.
11. Tug'ruqdan keyingi infeksiyaning 3 ta tarqalish yo'lini ayting:
- Limfogen.
 - Gematogen.
 - Intrakanalikulyar.
12. Tug'ruqdan keyingi yara bo'lgan bemorlarning asosiy 3 ta shikoyatini ko'rsating:
- Jarohatlangan sohada qichishish sezish.
 - Subfebril temperatura.
 - Yiringli ajralma.
 - Yara sohasida nekrotik to'qima shishi.
13. Boshlanayotgan mastitda bemorlarning 5 ta asosiy shikoyatini ayting:
- Qaltirash.
 - Yuqori tana harorati.
 - Holsizlanish.
 - Bosh og'rig'i.
 - Ko'krak-bo'yin sohasidagi og'riq.
15. Boshlanayotgan mastitda 4 ta ko'rinarli belgilar:
- Jarohatlangan teri sohasining qizarishi.
 - Ko'krak bezlarining kattalashishi.
 - Bezda qattiqlashgan qismlar aniqlanishi.
 - Palpatsiyada og'riqliligi.
16. Mastit bosqichlarini sanang:
- Seroz (boshlanayotgan mastit).
 - Infiltratli mastit.
 - Yiringli mastit.
17. Mastitni davolash tamoyillari:
- Antibakterial terapiya flora sezgirligi bilan.
 - Immunomodulyator dorilar.
 - Dezintoksikatsion terapiya.

Antigistamin dorilar.

Mastit bosqichlarida fizioterapevtik.

Mahalliy davo: seroz – infiltrativ mastitda yog'li - malhamli kompress.

Yiringli mastitda – operativ davo.

18. Pelvioperitonitning 6 ta asosiy simptomini sanang:

Tana haroratining yuqoriligi.

Qaltirash.

Qorin pastida og'riq.

Taxikardiya.

Qorinning pastki qismidagi shish va og'riq.

Ko'ngil aynishi, qayt qilish.

Savollar:

1. TKYSK asosiy sabablarini ko'rsating?

2. YSK asosiy qo'zg'atuvchilari?

3. Endometrit belgilarini sanab bering?

4. YSKning nechta bosqichi bor?

5. Endometritni asosiy davolash usullari qanday?

29.9. AKUSHERLIK PERITONITI

Maqsad: talabalarga akusherlik peritoniti sabablari patogenezi tasnifi, kasallik klinikasi, tashxisi va davolash taktikasi bilan tanishtirish.

Reja:

1. Akusherlik peritoniti kasalliklarining kelib chiqishi va patogenezi.

2. Akusherlik peritonitiga olib keladigan mikroblar.

3. Akusherlik peritoniti tasnifi.

4. Akusherlik peritoniti variantlarining klinik belgilari.

5. Akusherlik peritonitning zamonaviy davolash usullari.

6. OPda va statsionarda profilaktika muolajalari.

Akusherlik peritoniti, chilla davri yiringli septik kasalliklari ichida eng xavfli hisoblanadi. Bu kasallikning oldini olishga qaratilgan profilaktik muolajalarni o'z vaqtida o'tkazish onalar o'limining kamayishiga olib keladi. Respublikamizda tug'ish yoshidagi ayollar orasida ekstragenital va genital kasalliklarning ko'p uchrashi homiladorlik davrida immun tizimning susayishi, infeksiyon agentlarga nisbatan organizmning himoya kuchlarining pasayishiga olib keladi. Buning natijasida chilla davrida EGK fonida yiringli kasalliklarning kelib chiqishi kuzatiladi, kasallikni kechikib aniqlash va davolash onalar o'limiga sabab bo'ladi.

Tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar:

Homiladorlik va tug'ruqdagi neyroendokrin o'zgarishlar, gumoral va hujayra immuniteti holati.

Homiladorlik va tug'ruqdagi asoratlar.

Jarrohlik amaliyotining o'sishi.

EGK.

Bakteriyalar assotsiatsiyasining mavjudligi (aerob va anaerob).

Akusherlik peritonitining infeksiya manbai bo'lib ko'pincha bachadon hisoblanadi (tug'ruqda xorioamnionit, tug'ruqdan keyingi endometrit, kesarcha kesish jarrohligidan keyingi choklarning nosozligi). Infeksiya o'chog'i bo'lmish bachadonda infeksiyaning yashashi va ko'payishi uchun qulay sharoitlar mavjud bo'ladi, bular qon quyqalari, homila elementi qoldiqlari va h.k. Akusherlik peritoniti ko'pincha sust va yashirin kechadi, ayniqsa kesarcha kesish jarrohligidan keyingi peritonit.

Akusherlik peritoniti patogenezi asosida:

Endogen intoksikatsiya, biologik-aktiv moddalar (gistamin, serotonin, kinin) ta'siri, tomirlardagi tarqalgan o'zgarishlar, to'qima gipoksiyasi, gipovolemiya va almashinuvning o'zgarishi, MNS va miokardga patologik ta'siri, buyrak, jigar, oshqozon osti bezi va ingichka ichakdagi destruktiv o'zgarishlar yotadi.

Peritonit tasnifi (K.S.Simonyan bo'yicha) (1971):

Reaktiv faza.

Toksik faza.

Terminal faza.

Reaktiv faza

(birinchi 24 soatda)

Kompensator mexanizmlar saqlangan, to'qima metabolizmi o'zgarishlari va gipoksiya belgilari yo'q, (qusish, defans musculorum va taxikardiya 1 daqiqada 120ta kuzatiladi).

Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli (o'rtacha darajada).

Ichaklar falaji.

Qon ko'rsatkichlari: leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga surilishi

Toksik faza

(24 soatdan so'ng, davomiyligi 2-3 sutka)

Intoksikatsiya belgilarning kuchayishi.

Almashinuvning buzilishi.

Gipoproteinemiya.

KF va ishqoriy fosfataza ko'payishi.

Leykotsitozning o'sishi.

Terminal faza

(48-72 soatdan so'ng nnnisbatan chuqur o'zgarishlar)

Markaziy nerv tizimida o'zgarishlar.

Umumiy ahvoli og'ir, kasal apatiyada, adinamiyada, tili quruq.

Ichakning motor funksiyasi buzilgan.

Ichak peristaltikasi auskultatsiyada aniqlanmaydi.

Fermentlar aktivligi kamaygan.

Peritonit variantlari

I. Variant (30%) 12-24 soatdan so'ng kesarcha kesish operatsiyasi vaqtida homila pardasining infeksiyalanishi natijasida (xorioamnionit, uzoq muddat suvsizlik davri.) Infeksiya manbai bachadon bo'shlig'idagi saqlanma operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga tushishi. (erta peritonit) operatsiyada xorioamnionit fonida.

Patologik simptomlar 1- sutka oxirida yoki 2- sutka boshida avj oladi. Tana haroratining ko'tarilishi (38-39°C), taxikardiya (120-140 zarba/daq.), qorin shishi.

Reaktiv faza unchalik bilinmaydi. Toksik faza tez avj oladi.

Umumiy ahvoli og'irlashadi, ichak falaji kuzatiladi, tili quruq, qusuq yashil va gemorragik massalar bilan.

Defans musculorum abs. Septik shok, yurak-o'pka va buyrak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

II. Variant (15%) 72 soatdan so'ng:

Operatsiyadan so'nggi davrdagi endometrit bilan bog'liq (ichakning baryer funksiyasi falaj hisobiga buzilganda kuzatiladi).

Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, tana harorati 37,4-37,6°C, taxikardiya (120-140 zarba/daq.), ichak falaji erta paydo bo'ladi.

Qorinda og'riqlar yo'q. Ko'ngil aynish va qusish kuzatiladi, qorni yumshoq, Defans musculorum abs.

Simptomlar qaytalanishi xos.

Konservativ davoga qaramasdan 3-4 kun ichida bemornig ahvoli og'irlashadi va intoksikasiya belgilari kuchayadi.

III. Variant (55%) operatsiyadan so'nggi 5-9 sutkasiga

Bachadonda choklar yetishmovchiligi fonidagi peritonit.

Ko'proq bu holat infeksiya bilan bog'liq, kam hollarda texnik kamchiliklar bilan. Bachadonni kesilganda burchaklarni noto'g'ri tikish bilan bog'liq.

Klinika erta paydo bo'ladi. Birinchi sutkadan peritonit belgilari paydo bo'ladi. Ayol holati og'irlashadi, Qorin pastidagi og'riqlar bezovta qiladi.

Bachadondan loxiyalar miqdori kam bo'ladi.

Taxikardiya, qusish, qorin shishi saqlanib turadi.

Perkussiyada qorin bo'shlig'ida ekssudat aniqlanadi.

Intoksikasiya tez kuchayadi.

Dunyoda akusherlik peritonitining ko'payishi yiringli-septik asoratlarning o'sishi bilan bog'liq.

Peritonitga olib keluchi sabablar:

Qin biosenozining o'zgarishi

Homiladorlik oxirida immunotanzisligi paydo bo'lishi.

Tug'ruqning patologik kechishi.

(suvsiz davr, tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi)

Tug'ruqda xorioamnionit.

Homiladorlik asoratlari (kamqonlik, preyeklampsiya, yo'ldoshning oldinda joylashishi).

Tug'ruqdan keyingi davrda peritonit paydo bo'lishining sabablari:

Endometrit, metrotromboflebit, parametrit va kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng choklarning so'kilishi.

Ortiqlar kasalliklari (piosalpinks perforasiyasi, kapsulasining yorilishi yoki buralishi).

EGK (o'tkir appenditsit, ichak yoki siydik pufakgi devori butunligining buzilishi, endogen infeksiya).

Peritonitning xarakteri va og'irlik darajasi qorin bo'shlig'idagi mikroblarning miqdori, turi, ularning virulentsligi, patologik jarayonning tarqalganligi hamda organizm immun tizimining holati kabi bir qator omillarga bog'liq.

Ko'p hollarda peritonitda aralash turdagi mikroflora aniqlanadi. Lekin ularning ichida ichak tayoqchasi, stafilokokk, ko'k yiring tayoqchasi va vulgar protey yetakchi o'rinni egallaydi.

Bachadonga infeksiya kirishi uchun bachadon bo'shlig'idagi qon laxtalari, homila qoldiqlarining bo'lishi katta rol o'ynaydi. Bular mikroorganizmlarning o'sishi uchun qulay sharoit bo'lib hisoblanadi. Bundan tashqari, homilador bachadon bakteriya, to'qima toksinlari uchun yuqori rezorbsion yuza bo'lib, ularning qonga to'g'ridan-to'g'ri o'tishiga sharoit bo'ladi.

Oqsil tabiatli toksinlar (polipeptidlar, to'qima proteazalari, bakteriyalar va ularning mahsulotlari), toksin- kristalloidlar (ammiak), biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin) qonga so'rilib organizmda bir qator o'zgarishlarga olib keladi.

Bu holat to'qimalarda metabolik jarayonning buzilishi, ularning parchalanishi va katabolizmi bilan kechib, bu o'z navbatida MNS, jigar, buyrak, miokard va boshqa a'zolarga, xususan ichakning asab tizimiga patologik ta'sir ko'rsatadi. Natijada to'qimalarda almashinuv jarayonining pasayishi, yurak-tomir tizimi, nafas tizimi, gomeostaz buzilishlari kuzatiladi.

Bu mahsulotlarning toksik ta'siri natijasida oksidlanish- qaytarilish jarayoni buzilishi bilan kechadigan sirkulyator gipoksiya yuzaga keladi. Bunda indol tarkibli aminlar va tuzilishiga ko'ra bilan sut kislotasiga yaqin S-polipeptidning almashinuv mahsuloti bo'lmish chala oksidlangan metabolitlarning yig'ilishi oqibatida anaerob faza ustun keladi.

Peritonit intoksikatsiyasining jadallashishi turli sabablar (toksinlar ta'siri, qon aylanish buzilishi, gipoksiya va b.) natijasida yuzaga keladigan jigarning zararsizlantirish funksiyasining pasayishiga olib keladi. Ko'p hollarda jigar yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi bilan birga kechadi.

Peritonitda hujayralardan kaliyning ajralishi kuchayib, bevosita patologik jarayon zonasini tomon yo'nalishi kuzatiladi. O'z navbatida kaliy hujayra elementlarining parchalanishidan ajralib chiqadi, xususan qorin bo'shlig'ining eksudatida ko'p miqdorda aniqlanadi (10 mmol/l gacha). Chin kaliy yetishmovchiligi (uning eritrositlardagi konsentratsiyasining pasayishi) umumiy adinamiyaga, MIT pareziga, bradioaritmiyaga, miokardning qisqarish xususiyati va yurak o'tkazuvchanligining buzilishiga sabab bo'ladi.

Peritonit terminal bosqichida oliguriya va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi kaliyning buyraklar tomonidan ekskresiyasi buzilishiga hamda o'sib boruvchi giperkaliemiya olib keladi, ammo eritrositlarda kaliyning konsentratsiyasi o'zgarmagan holda past bo'ladi.

Peritonitning patogenezida ichak parezi alohida o'rin egallaydi. Ichak qovuzloqlarining suyuqlik va gazlar bilan kengayib ketishi ularning harakat, sekretor, so'rish, almashinuv funksiyasi buzilishiga, suvsizlanishiga sabab bo'ladi.

Paralitik sekretsianing oshib borishi bilan ingichka ichak bo'shlig'ida o'zida ko'p miqdorda oqsil, elektrolitlar, K ionlarini saqlagan ma'lum hajmdagi suyuqlikning to'planishi va sekvestrlanishi kuzatiladi.

Ichak bo'shlig'ida bosim oshib boradi, ichakning kengayishi va ichak devorining qon aylanishi buzilishi bo'ladi. Bu devor ishemiyasiga sabab bo'lib, parez holatini yanada kuchaytiradi. Natijada ichak devori mikroorganizmlar va toksinlar uchun o'tkazuvchan bo'lib qoladi. Diafragmaning yuqori turishi, uning kam harakatchanligi esa o'pka ventilyatsiyasini (bazal atelektazlar) va yurak faoliyatini yomonlashtiradi. Qorin pressi muskullarining immobilizatsiyasi yo'tal mexanizmining o'zgarishlariga olib keladi.

O'sib boruvchi og'riqli sindrom, gipoventilyatsiya, vena-arterial shuntlash fonida respirator buzilishlar va organizmning gipoksiyasi kuchayib boradi. Hosil bo'ladigan gipoproteinemiya o'pkalar shishiga, ularning elastikligi pasayishiga, nafas faoliyati oshishiga sabab bo'ladi.

Yuqori isitma, total perspiratsiya, qusish natijasida suyuqlikning ko'p miqdorda ajralishi avvalo aylanib yurgan qon hajmini, keyin esa yurakning zarb hajmi kamayishini va endotoksik shok rivojlanishini ta'minlaydi.

Bunda ayniqsa mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi, proteolitik fermentlar faolligining oshishi va koagulopatiya bilan kechuvchi tomir ichi qon ivishi yaqqol namoyon bo'ladi.

O'tkir peritonitning toksik fazasida organizm kislorodli rejimining o'zgarishi nafaqat yurak qon-tomir (gipovolemiya, toksik miokardit, qonning yuqori ivuvchanligi) va nafas yetishmovchiligi, balki gematologik buzilishlar (mikrosirkulyator sistemada sirkulyatsiya qiluvchi eritrotsitlar sekvestratsiyasi, gemoliz, to'qima kapillyarlarida gemoglobinning kislorodga bo'lgan talabi oshishi), bundan tashqari, energetik sarfning ortishi bilan aniqlanadi.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, peritonitni davolashda kechiktirib bo'lmaydigan holatlardan biri bu ichaklar falajini zudlik bilan bartaraf qilishdir, chunki parez metabolik o'zgarishlar va mavjud gipoksiyani yanada chuqurlashtiradi hamda shu ishemiya (gipoksiya) natijasida yuzaga keluvchi ichak devorining hayotga layoqatlilikining buzilishiga olib keladi. O'z vaqtida peristaltikani tiklash buning oldini olishi mumkin, bundan tashqari, portal qon aylanish kuchayadi, natijada jigar funksiyasi yaxshilanadi.

B.N.Serov va b.(1984) kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazilgan bemorlarda qorin bo'shlig'iga infeksiya tushishining 3 xil mexanizmini ko'rsatadilar.

Birinchii variantida peritonit kesarcha kesish vaqtida qorin pardaga infeksiya tushishi oqibatida (birga keluvchi xorioamnionitda, uzoq kechuvchi oralig'ida) infeksiya manbai bo'lib, operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga tushgan bachadondagi hosilalar ("erta peritonit")xizmat qiladi. Peritonitning klinik

belgilari operatsiyadan 1-2 kun o'tgach, bachadonda choklar germetikligi saqlangan holda yuzaga keladi. Peritonitning rivojlanib ketishi natijasida ularning ikkilamchi yetishmovchiligi kelib chiqishi mumkin.

Kesarcha kesishdan so'ng qorin bo'shlig'iga tushuvchi infeksiya manbai falaj natijasida toksin va bakteriyalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ortgan ichak devoridir. Bu faraz bundan 100 yil muqaddam bayon qilingan va keyingi izlanishlar natijasida bir necha bor ma'qullangan. Ammo mikrobnining qorin bo'shlig'iga tushishi peritonitning tipik ko'rinishi bo'lgan massiv eksudat bilan kechadi, og'ir funksional va metabolik o'zgarishlar esa faqat ma'lum sharoitlarda yuzaga keladi.

Peritonitning uchinchi va ko'proq uchraydigan varianti bachadonda choklar yetishmovchiligi natijasida qorin bo'shlig'ining infeksiyalanishiga asoslangan.

Akusherlik peritonitining klinik ko'rinishi umumiy va mahalliy o'zgarishlarga asoslanadi. Akusherlik peritonitida mahalliy o'zgarishlar kamroq rivojlangan va reaktiv faza intoksikatsion fazaga tezda o'tib ketadi.

Shuning uchun "erta" akusherlik peritonitida intoksikatsiya belgilari ustun bo'ladi, psixomotor qo'zg'alish, chanqash, shilliq parda qurishi, taxikardiya, holsizlik. Bemor ahvolining og'irligi infeksiyaning virulentligi va poliorgan yetishmovchiligi sindromi rivojlanish tezligi bilan aniqlanadi, qisman uzoq davom etuvchi tug'ruqlar natijasidagi gipovolemiya darajasiga, operatsiya jarayonida qon yo'qotilishining ortishiga, elektrolit va suyuqlikning ko'p miqdorda yo'qotilishiga ham qaraladi.

Akusherlik peritoniti ikkinchi formasining klinik ko'rinishida, kasallik avval ichaklar parezi ustunlik qiladi, tug'ruqdan keyingi endometrit belgilari ikkinchi o'rniga o'tadi. Bemor ahvolining og'irligi, ichak barer funksiyasining buzilishi va bachadondagi toksik mahsulotlarning rezorbsiyasi hisobiga o'sib boruvchi intoksikatsiya belgilari bilan aniqlanadi.

Bachadon choklari yetishmovchiligi natijasida infeksiyon agentning qorin bo'shlig'iga tushishi orqali yuzaga keluvchi uchinchi formaning klinik ko'rinishida mahalliy simptomatika yaqqolroq namoyon bo'ladi. Ichaklar falaji aniq rivojlanganda Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, "mushakli himoya", qayt qilish, suyuq va tez-tez ich kelishi o'tkir hid bilan, palpatsiyada aniq lokal og'riqlar bo'ladi. Lexin kompleks jadal terapiya fonida peritonitning klinik belgilari ko'rinmasligi va uni faqat "qaytuvchi" simptomatika yuzaga kelgach aniqlashimiz mumkin.

Kesarcha kesishdan keyingi tarqoq peritonitda kompleks jadal terapiya.

Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi yoyilgan peritonit bilan og'rigan bemorlarni davolash taktikasi uning shakli, kasallik kechishining og'irligi va konservativ terapiyaning samaradorligiga bog'liq.

«Erta» peritonitda davolash taktikasi kompleks konservativ terapiya o'tkazishga asoslanadi va faqatgina undan samara bo'lmaganda hamda bemor ahvoli yomonlashishi (ichak falajining tuzalmasligi va paralitik ichak

tutilishiga o'tishi, qorin bo'shlig'ida ekssudat paydo bo'lishi, taxikardiya, taxipnoe) jarrohlik operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi. Peritonitning 2-variantida kompleks jadal terapiya bemorni operativ davolashga tayyorlash uchun o'tkaziladi. Parezga qarshi ko'pgina usullar (peridural anesteziya, tozalovchi ho'qna, sifonli ho'qna, umbrisit, kaliy xlor, serukal, simagel 10 mldan har bir soatda 4 mahal ichishga) o'tkaziladi. Peritonitning 3-variantida tezkor operativ davo o'tkaziladi, bachadonni uning naylari bilan birga ekstirpatsiyasi, peritonitning reaktiv fazasida qorin bo'shlig'ini tikilmagan-qin orqali va yon kanallarning pastki qismlaridan drenajlash, peritonitning intoksikatsiya fazasida esa qorin bo'shlig'ining yuqori sohalarini drenajlash va qorin bo'shlig'ini yuvish.

Operatsiyaning maqsadi infeksiya manbaini, ya'ni infeksiyalangan bachadonni yo'qotish va qorin bo'shlig'ini drenajlashdir. Bachadon yuzasidagi choklar yetishmovchiligida bachadonni olib tashlash ayniqsa zarur. Ayni vaqtda ichaklar barer funksiyasi buzilganida qorin bo'shlig'ini sifatli drenajlash ayniqsa katta ahamiyat kasb etadi.

Operatsiya vaqtida jarroh ekssudatning tabiatiga ko'ra (seroz, fibrinoz yoki yiringli) va qorin bo'shlig'i zararlanishining tarqalganligiga ko'ra (cheklangan, diffuz yoki to'liq) peritonitning shaklini aniqlashi lozim. Ko'pchilik hollarda kesarcha kesish operatsiyasidan keyin 4-kunga kelib yiringli ekssudat aniqlanadi va qorin pardaning zararlanishi ko'pincha diffuz bo'ladi. Peritonit shaklini aniqlash «qorin bo'shlig'i dializi»ni qo'llash muammosini hal qilish uchun zarur. Bu muolajani o'tkazish uchun ko'rsatma bo'lib total peritonit yoki peritonitning og'ir intoksikatsiya bilan kechuvchi shakli hisoblanadi.

Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi peritonitni mahalliy davolash (bachadonni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini, oshqozonni, ba'zi bemorlarda ichakni drenajlash, ileostomiya) bilan birga umumiy terapiyani ham o'tkazish lozim. Umumiy terapiyaning maqsadi patofiziologik buzilishlar kompensatsiyasi va infeksiya hamda intoksikatsiyaga qarshi kurashishdir.

Umumiy terapiyani belgilovchi holatlarni ko'rib chiqq turib, davolash muolajalarining bajarilish ketma-ketligiga e'tibor bermay bo'lmaydi. Kesar kesish operatsiyasidan keyingi peritonitda oshqozon-ichak traktida hech qanday destruksiyalar bo'lmaganida, operativ davo shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra o'tkaziladi. Biroq u destruktiv appenditsit, oshqozon va ichaklar yarasi bilan chaqirilgan jarrohlik peritonitidan farqli o'laroq, bir necha soat bilan chegaralanmaydi. Shunga ko'ra, umumiy terapiya operativ davodan oldin yoki u bilan birga olib borilishi lozim.

Kompleks intensiv terapiya o'tkazishning asosi bo'lib, yo'naltirilgan ta'sirga ega bo'lgan qon o'rnini bosuvchi eritmalarini va qonning kolloid-osmotik holati ko'rsatkichlarining ionotor nazorati ostida balanslashtirilgan ion tarkibga ega bo'lgan eritmalarini keng qo'llagan holda boshqariluvchi gemodilyusiyasi metodi bilan amalga oshiriluvchi infuzion-transfuzion terapiya hisoblanadi.

Katta miqdordagi suyuqlikni (4-5l) organizmga kiritish tezlashtirilgan diurez (kiritilgan har 1 l suyuqlikdan keyin 0,02 g furosemid, spazmolitik vositalar bilan birga) fonida o'tkaziladi.

Bir qator muolajalar mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va TIQI sindromini yuqotishga qaratiladi. Bu maqsadda sutkasiga 500 TB/kg (tana massasi)dan geparin, nikotin kislotasi-3mg/kg dan, eufillin 10mg/kg dan, reopoliglyukin 15ml/kg dan, kontrikal-100ED/kg dan qo'llaniladi.

Parenximatoz a'zolar funksiyasini va to'qima metabolizmini yaxshilash maqsadida 1% li glyutamin kislotasi, va koferment preparatlari kokarboksilaza, folat kislotasi, sirepar qo'llaniladi. Peritonitda endogen va ekzogen proteinazalarning esteraz faolligini tormozlovchi proteazalar ingibitorlarini qo'llash tavsiya etiladi. Proteazalar ingibitorlari - trasilol, kontrikal, gordoks qonda antigenlik xossasidan holi bo'lgan turg'un nofaol komplekslar hosil qiladilar va proteolitik fermentlarni katalitik faollikdan mahrum qiladilar. Ularning davolovchi ta'siri kininogenezni tormozlash yo'li bilan amalga oshiriladi.

Immunoterapiya gammaglobulin, zardobli globulin, antistafilokok plazma, vaksina, immunoaktiv plazma, leykositlar massa qo'llashni o'z ichiga oladi. Organizm himoya kuchlarini yaxshilash maqsadida, biogen stimulyatorlar (dekaris, pentoksil, metilurasil) qo'llanadi.

Antibakterial terapiyani bir vaqtning o'zida 2-3 ta preparat bilan o'tkazish kerak. Antibiotiklarga mikroflorani sezgiriligini hisobga olgan holda 10 kundan keyin almashtiriladi. Antibiotiklar sefalosporinlar (fortum 2 g dan har 8-12 soatda m/o ga yoki t/i ga, siprinol, sefamed, ifisef, sefamizin, megasef 750 mg v/i 3 mahal kuniga 3-5 kun davomida), aminoglikozidlar (merkasin, kanamisin, gentamisin), florxinolonlar (oflo) kiradi. Anaerob preparatlardan metrogil qo'llanadi.

Antibiotiklar bilan bir vaqtning o'zida nitrofuran qatori preparatlari, zamburug'ga qarshi preparatlar (fluzamed), kolibakterin kabi preparatlar buyuriladi.

Anaerob flora tomonidan chaqirilgan peritonitda kuchli antigipoksik, antiparetik va detoksikatsion ta'sir ko'rsatuvchi giperbarik kislorodni qo'llash maqsadga muvofiq.

Tashxis qo'yilgandan so'ng operativ davoni hayotiy zarur bo'lgan a'zolar funksiyasini yo'lga qo'yish maqsadida kompleks davo bilan birgalikda olib borish lozim.

Umumiy og'riqsizlantirish (intubatsiya, SUV) ostida operatsiya qilinadi (12 soat davomida konservativ davo samarali bo'lmasa). Qorin oldingi devorida pastki o'rta laparotomiya yo'li qo'llaniladi va qorin bo'shlig'ining sanatsiyasi va drenajlash bajariladi. Ekssudat bakterial ekmaga va antibiotiklarga sezgirlikka olinadi. Ortiqlar yiringli hosilalari bo'lsa, bachadon ortiqlari bilan olinadi. Qorin bo'shlig'ini drenajlash (peritoneal dializ), yo'g'on ichak intubatsiyasi (ichak dekompressiyasi bajariladi).

Intensiv terapiya ko'p komponentlar bilan olib boriladi. Diurez va qon biokimyoviy tekshiruvlari ostida olib boriladi (elektrolitlar, oqsil, oqsil fraksiyalari, mochevina, kreatinin, glyukoza, bilirubin va boshqalar). Suvelektrolitlar almashinuvi korrektsiyasi kaliy, kalsiy va Ringer-Lokk suyuqliklari

bilan bajariladi. Shular bilan birgalikda volemik preparatlardan kolloid eritmalar refortan va stabizol v/i yuboriladi.

Oqsil moddalardan: albumin, protein, plazma, aminokislotalar aralashmalari (infezol) qo'llaniladi.

Hammasi bo'lib sutkada 3 l suyuqlik diuretiklar fonida va MVB tekshirish ostida olib boriladi.

Infeksiyaga qarshi antibiotiklar qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'iga merkasil, kanamisin 1g dan 2 maha! sutkada qo'llaniladi.

AB terapiya fonida gormonal terapiya qo'llaniladi (prednizolon, deksametazon).

Oshqozon va ichaklar motor-evakuator funksiyasini yaxshilash maqsadida nazogastral zond, peridural blokada qo'llaniladi.

Falajga: prozerin, 10% natriy xlorid 100,0 tli tomchilab, serukal 2,0 m\o, kaliy xlorid 1% tli, ubretid 1,0 m\o, gipertonik ho'qna, Ognev ho'qnasi (30,0 gliserin, 3% peroksidi, 10% natriy xlorid) yoki sifon ho'qna).

Vitaminoterapiya: V,S,E guruhlari.

Immunomodulyatorlar: T-aktivin, immunomodulin, timalin.

Desensibilizatsiya maqsadida: dimedrol, pipolfen, suprastin, kalsiy xlor.

Yurak foliyatiga: riboksin, korglyukon, kokarboksilaza.

Vaqtidagi operatsiya va samarasiz terapiya natijasida kelib chiqishi mumkin.

29.10. SEPSIS. SEPTIK SHOK

Septik shok – septik infeksiyaning og'ir asorati.

Septik shok patogenez.

Mikroorganizmlar lizisi, endotoksinlar chiqarilishi.

Biologik faol moddalar ajralishi (gistamin, serotonin, katexolaminlar).

Gemodinamikaning o'tkir buzilishlari (titrash, tana haroratining tez ko'tarilishi, taxikardiya). O'BY, MAT, yurak va o'pka funksiyasining buzilishi.

TIQI qo'shilishi (toksinlar endoteliyga ta'sir qiladi va natijada trombo-plastin ishlab chiqariladi) davolash + gemostaz buzilishlarini.

Septik shok og'irlik ko'rsatkichi «shok indeksi» (Algovver indeksi):

Puls

Shok indeksi (Sh.I) =

Sistolik AQB

SH.I.=1,5 va undan yuqori - holati og'ir (normada SH.I.=0,5).

Lekin, vaqtida operatsiya va adekvat davo olib borilganda ham bo'lishi mumkin.

IV bosqich SEPSIS – umumiy infeksiyon kasallik bo'lib, organizmning himoya reaksiyalari sustlashganda va umumiy qon aylanishiga mikroorganizmlar tushishi bilan bog'liq holat hisoblanadi.

Etiologik agentni aniqlash maqsadida kamida ikkita joydan qon olish kerak, birinchi holatda teri orqali punktsiya yo'li bilan, ikkinchi holatda tomir ichi kateteridan foydalaniladi (agar u 48 soat oldin o'rnatilgan bo'lsa). Qo'lgan

materiallarni yig'ishda siydik, likvor, jarohat ajralmalari antibiotikoterapiya o'tkazilishidan oldin olish va klinik belgilari namoyon bo'lishi kerak.

Bugungi kunda amaliyotda 20,0 ml qon olinib teng barobarida ikkiga ajratilib aerob va anaerob flora aniqlanadi. Sepsisning tashxis mezonlariga laborator ko'rsatkichlarning o'zgarishlari ham kiradi. Infeksiya o'chog'i borligiga shubha bo'lganda, quyidagi testlarni o'tkazish tavsiya qilinadi: umumiy qon analizi, standart biokimyoviy tekshirish, bikarbonatlar miqdorini aniqlash, kreatinin, jigar fermentlarini aniqlash, laktat va koagulyatsiya parametrlarini aniqlash. Bakterial infeksiya tushganida- leykotsitoz, leykotsitar formulada neytrofil siljishlar paydo bo'ladi, ammo bu ko'rsatkichlar spesifligi va sezgirligi past bo'lgani uchun bakterial infeksiya borligini to'liq tasdiqlay olmaydi va spetsifik testlar qatoriga kirmaydi.

Boshlang'ich tahlillardan:

-umumiy qon analizi (gemoglobin, gematokrit).

-qonning biokimyoviy analizi (elektrolitlar, mochevina, kreatinin, bikarbonat, glyukoza).

- glyukozada laktat miqdorini aniqlash.

- koagulogramma (PTI, fibrinogen).

- ABo sistema bo'yicha qon guruhi va rezus- omillarni aniqlash.

- siydik umumiy analizi.

- siydikni ekish.

- jigar funksiyasi testlari (bilirubin, ishqoriy fosfataza).

- lipaza

Takrorlanuvchi tahlillardan:

- plazmadagi laktatni har 4 soat ichida tekshirish.

Og'ir darajadagi sepsis/septik shok shubha tug'dirganda va DVSni aniqlashda quyidagi testlar o'tkaziladi: trombotsitlar miqdorini aniqlash, protrombin va tromboplastin aktivlanish vaqtini aniqlash, D-dimer, fibrinning degidratatsiya mahsulotlari, fibrinni aniqlash o'tkaziladi.

Qonning standart biokimyoviy tekshirish testlarini o'tkazib laktat – asidozni aniqlash mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, giperlaktatemiya hamma vaqt ham bikarbonatning miqdori kamayishi yoki anion oralig'ining oshishi bilan birgalikda bormaydi, lekin og'ir sepsisda bu testlarni o'tkazish shart.

Sepsis belgilari:

Yuqoridagi +

Titrash va terlash.

Gektik harorat.

Og'ir umumiy holati.

Nafas qisishi.

Anoreksiya.

Taxikardiya past haroratda.

Yurak tonlarining sustlashishi.

Jigar va taloqning kattalashishi.

Eritrositopeniya.

Kamqonlik.

Leykositoz yoki leykopeniya.

Toksik buyrak yetishmovchiligi.

SEPTISEMIYA – sepsis metastazlarsiz.

SEPTIKOPIEMIYA – sepsis metastazlar bilan. Metastazlar o'pkada, jigarida, buyrakda, endokarditlar.

Umumiy ahvoli tez og'irlashadi.

Gippokrat yuzi kuzatiladi.

Ayollar o'limi sabablarida yiringli-septik kasalliklar 3 o'rinni egallaydi

Bu vaqtda kerakli yordam ko'rsatish lozimligini yana bir marta eslatadi.

Antibakterial terapiya:

«Sepsis» tashxisi qo'yilgandan keyin 1 soat ichida patologik materialni yig'ish va tomir ichiga antibiotik yuborishni boshlash kerak.

Boshlangan empirik mikrobg qarshi kurash bir yoki bir nechta preparatlardan tashkil topgan bo'lib, patogenga (bakteriya, zamburug') aktivligi saqlangan bo'lishi va infeksiya o'chog'iga kirib borishi kerak.

Antibakterial terapiya har 48-72 soat ichida mikrobiologik tekshiruv va klinik belgilariga qarab baholanib turiladi. Asosiy patogen mikroba aniqlangandan keyin monoterapiyaga qaraganda kombinatsiyalangan terapiya o'tkazish yaxshiroq degan xulosaga kelish kerak emas.

Agar rivojlanayotgan klinik simptomatika infeksiya tabiatga ega bo'lmasa, darhol antibiotiklarni to'xtatish darkor, chunki mikroorganizm rezistentligi oshishi kuzatiladi va boshqa patogen mikroorganizmlar sababli superinfeksiya rivojlanadi.

Klinik qo'llanma reproduktiv yoshdagi homilador ayollar va tug'ruqdan keyingi davrdagi sepsis va septik shok bilan og'rigan bemorlarni olib borishda qo'llaniladi.

Bu borada shifokor taktikasi peritonit shakli, uning holati, og'irligi va gemodinamika, suv-elektrolit, oqsil almashinuvida o'zgarishlar boshlanishiga, mikrosirkulyatsiya, to'qima metabolizmidagi o'zgarishlarga bog'liq.

Tarqalgan peritonitni to'g'ri davolash qo'shimcha jarohatlar va nogironlikdan (bachadon ekstirpatsiyasi), shuningdek o'lim xavfidan saqlanishga imkon beradi.

Masalalar.

20 yoshli birinchi marta tug'uvchi ayol siyrak to'lg'oqlar bilan kelgan. Unda 12 soat oldin homila suvi oqqan. Tug'ruqxonada tug'ish faoliyatini kuchaytirish maqsadida oksitotsin vena ichiga yuborildi. 8 soatdan so'ng bachadon bo'yni to'liq ochildi, lekin homila yirikligi tufayli (4,5 kg) uning peshona bilan taqalganligi aniqlandi. 1 soatdan so'ng K/K operatsiyasi o'tkazildi. 2-kuni peritonit boshlangan. Bachadonni bachadon naylari bilan ekstirpatsiya qilish uchun relaparotomiya o'tkazildi. Bu holat ko'rib chiqilganda homiladorda og'ir anemiya (Hb 70 g/l), surunkali pielonefrit bo'lganligi aniqlangan, biroq bu kasallangan va davolanmagan. Homiladorda homila oldi suvi oqib ketgan. Tug'ruqqacha tayyorgarlikka shifoxonaga yotqizilmagan. Kesarcha kesish

operatsiyasi 21:00 da suvsiz davrida xorionamnionit va davolanmagan EGP fonida o'tkazildi. Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalari bo'lgan yosh ayol nogiron va keyinchalik onalik baxtidan mahrum bo'lib qoldi.

40 yoshli ko'p tuqqan ayol homiladorlikning 40-haftasida jinsiy yo'llardan qon ketishi bilan kelgan 7-tug'ishi. Homiladorlik anemiyasi, surunkali pielonefrit va HGHning og'ir darajasi fonida kechgan tashxis NJYBK shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra unda kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazildi. Operatsiyadan so'nggi davrda bachadon subinvolyutsiyasi bilan asoratlangan.

6-sutkada bachadon qirib tozalanganda bachadon yomon qisqargan. Operatsiyadan so'nggi davrda intensiv terapiya fonida sekin kechuvchi endometrit rivojlangan. 9-sutkada ichak parezi, suyuq ich kelishi kuzatilgan. UTT da bachadon choklarida infiltrasiya, jarohat chap burchagida soyalanish, Duglas oralig'ida erkin suyuqlik aniqlandi. D/Z bachadon choklarining ajralishi. Peritonit relaparotomiya va bachadon amputatsiyasi o'tkazildi, qorin bo'shlig'i drenajlandi. Operatsiyadan so'ng bemor holati og'ir, falaj bartaraf bo'lmagan. Intoksikatsiya isitmasi pasaymagan. 12-sutkada bachadon bo'yni ekstirpatsiyasi qovuzloqlari, abscesslari olib tashlangan. Ingichka ichak qovuzloqlari ajratilgan, ileostomiya bajarilgan.

Bemor tug'ruqdan keyin 16-sutkada vafot etdi. Uyida uning 6 farzandi onasiz qoldi. Bu kabi letal oqibatning oldini olish mumkinmidi? Ha. Bu holatda kesarcha kesish operatsiyasi va bachadon amputatsiyasi o'tkazilishi lozim edi.

Shuningdek, akusherlik peritoniti bu kesarcha kesishdan keyingi va kamdankam hollarda abortdan keyingi (bachadon perforatsiyasi bo'lgan holatlarda) o'ta xavfli asorat bo'lib, uning kech aniqlanishi yoki to'laqonli davolanmasligi letal oqibatga olib keladi. Infeksiyaning virulentligi, polimikrob ko'rinish bo'lishi, bakteriyalarning ko'pchilik antibiotiklarga nisbatan turg'unligi va organizmning himoya kuchlarining pasayishi mazkur patologiyaning kechishini og'irlashtiradi. Simptomatikaning noaniqligi, sekin kechishi, yoki intensiv terapiya fonida to'liqinsimon kechishi tashxis va operativ muolajaning kechikishiga va oqibatda onalar o'limiga olib kelishi mumkin.

Asosiy profilaktik choralar bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarni sog'lomlashtirish, homiladorlik davrida va boshqa vaqtda infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazishga bo'lgan qarshi ko'rsatmalarga qat'iy rioya qilish, tug'ruqxona operatsion blokida sanepid tadbirlar og'ishmay amal qilish, reanimatsion va reabilitatsion bo'limlarda kesarcha kesish operatsiyasini boshidan kechirgan ayollarni ayniqsa katta e'tibor bilan davolash hisoblanadi.

O'rgatuvchi testlar:

1. Tarqalgan peritonitga xos 7 ta xarakterli belgilar ayting:

Ichak falaji.

Tilning qurishi.

Haroratning oshishi.

Leykositoz.

Shetkin – Blyumberg simptomi musbat.

Qayt qilish.

Hidli suyuq va kam miqdordagi axlat.

2. Peritonitda qorin bo'shlig'i a'zolarini rentgenologik tekshirish:

Chok sohasidagi shish.

Ichak devorlarining qalinlashishi.

Dinamik ichaklar tutilishida suyuqlikning o'z miqdorida bo'lishi.

3. Kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazilgan infeksiyalangan qorin bo'shlig'ining 3ta mexanizmini ko'rsating:

Uzoq suvsizlik davrida endometritda xorioamnionit operatsiyasi vaqtida qorin bo'shlig'ining infeksiyalanishi.

Ichak devorlarining toksinlar, bakteriyalar ta'siridagi falaji.

Infeksiyalangan qorinda bachadon choklarining nosozligi.

4. Peritonitda qon tahlildagi o'zgarishlar:

Leykositoz o'sishi (oshishi).

Leykositlar formulaning surilishi.

5. Akusherlik peritonitining xirurgik peritonitdan farqi.

Ichak falajining to'liqsimon kechishi.

Intoksikatsiya belgilarining erta paydo bo'lishi (2 – 3kun).

Birinci kuni qorin devorlarining ta'sirchanlik belgilari yo'qligi, 5 – 6 kuni bu begilarning namoyon bo'lishi.

6. Peritonitda kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng bemorlarni boshqarish nimadan iborat?

Peritonit turlariga ko'ra.

Og'ir- yengil kechishiga ko'ra.

konservativ davoning samaradorligiga ko'ra.

7. Peritonitda operativ davoga ko'rsatma:

Konservativ davoning samarasizligi.

Doimiy ichak falaji.

Ichakning paralitik o'tkazuvchanligi.

Qorin bo'shlig'idagi eksudat.

Intoksikatsiya belgilarining birdan oshishi.

8. Peritonitda operativ davo:

Bachadon ekstirpatsiyasi bachadon naylari bilan.

Qorin bo'shlig'i va pastki qismidagi yon cho'ntaklarini drenajlash.

Tarqalgan peritonitda qorinning yuqori qismini drenajlash.

Oshqozon - ichak yo'lining dekompressiyasi.

9. Peritonitda jadal kompleks terapiya.

Infuzion - transfuzion terapiya.

Mikrosirkulyatsiya muvozanatining buzilishi.

TIQI - sindromning oldini olish.

Antibakterial terapiya o'tkazish, 2 – 3 ta antibiotiklar bilan flora sezgirligi aniqlangan holda .

Immunoterapiya.

Umumiy quvvatni oshiruvchi davo.

10. Peritonit profilaktikasi.

Kesarcha kesishga ma'lum ko'rsatmalar va qarama - qarshi ko'rsatmalar.

Kesarcha kesish operatsiyasi usulining zamonaviyligi.

Tug'ruqni ratsional boshqarish.

Genital va ekstragenital infeksiya o'choqlarini davolash.

Ayollarni sog'lomlashtirish.

Savollar:

1. Akusherlik peritonitining asosiy sabablari?

2. Peritonit kechishining variantlari.

3. Davolash taktikasi.

4. Ambulatoriya sharoitida peritonitning profilaktikasi.

XXX BOB

ONADAN HOMILAGA OIV – INFESIYASINING TRANSMISSIYASI

Epidemiologiya. OIV infeksiyasi epidemiologik nuqtayi nazardan o'ta xavfli infeksiyalar turiga kiradi va antropozoz kasallik hisoblanadi. Infeksiya manbai virus tashuvchi immunotankis odam hisoblanadi. Virus infeksiyasini tashish muddati 3-oydan 10-yilgacha davom etishi mumkin. Zararlangan odam organizimida OIV ko'p miqdorda qonda, serebrospinal suyuqlikda, limfoid to'qimada, bosh miyada, spermada, qin suyuqligida, menstrual qonda, ko'krak sutida, ko'z yosh suyuqligida, so'lakda, ter bezlari sekretida kam konsentratsiyada bo'ladi. Biologik suyuqlikning zararlanish havf darajalari quyidagicha bo'linadi: eng katta xavf OIV bilan zararlangan qon (zararlanish uchun 0,1ml infitsirlangan qon kerak), keyingi - sperma, qin sekreti, orqa miya suyuqligi. Boshqa biologik suyuqliklar ter, so'lak, siydik, ko'z yosh suyuqligi, fekalii kam miqdorda virus saqlaydi va zararlanish havfi kam.

Yuqish yo'llari. OIV infeksiyasining yuqish mexanizmi - kontakt yo'li bilan. OIV infeksiya tabbiy va sun'iy yo'l orqali o'tadi. Hozirgi kunda virus immunotankis odamdan 3- xil yo'l bilan o'tishi tasdiqlangan: Jinsiy aloqa bilan - tabbiy yo'l. Vertikal-onadan bolaga - tabbiy yo'l. Parenteral-OIVni yuqtirgan shaxs qonini quyish, to'qima yoki a'zo transplantatsiyasi, shprints orqali - sun'iy yo'l.

Jinsiy yo'l. Infeksiyaning yuqishi getero (erkak va ayol) va gomo (erkak bilan erkak) seksual kontaktda bo'lsa.

Vertikal yo'l. homiladorlikda va ko'krak bilan emizish davrida o'tadi. Transplatsentar yo'l (homiladorlikda), intranatal mexanizm (tug'ruq davrida), postnatal (emizish davri).

Parenteral yo'l. qon va uning komponentlarini quyishda, organ va to'qimalarni o'tkazishda, infitsirlangan igna va shprintsni ishlatishda sterillanmagan tibbiyot jihozlarini qo'llashda, giyohvandlarda (in'eksiya).

Uy sharoitida virus shaxsiy gigiyena predmetlari tishdagi qoldiq qon orqali, manikyur, pedikyur asboblariidan yuqishi mumkin. Umumiy suv havzalari, idishlardan yuqmaydi. OIV infeksiyasi chaquvchi hashoratlar (chivin, kana) orqali yuqishi tasdiqlanmagan.

OIV bilan zararlangan qonni quyishda zararlanish 90%ni tashkil etadi.

DAVOLANISH MUASSASALARIDA ZARARLANISH.

OIV infeksiyasining shifoxona ichida tarqalishining oldini olish maqsadida tibbiy yordam uchun murojaat qilgan har bir shaxsni immun tanqislik virusini tashuvchisi deb hisoblashimiz kerak. Shprits, igna, sistema, asboblarni bir marta ishlatish kerak. Dezinfeksiya qoidalariga, sterilizatsiya oldi tozaligiga va ko'p martalik tibbiyot hamda laboratoriya asboblari sterilizatsiya qoidalariga qat'iy an etibor berish kerak. Har bir tibbiyot ishchisi davolash-profilaktik muassasalar bemorlariga tibbiy yordam ko'rsatishda OIV infeksiyasidan zararlanish xavfi borligini esda tutishi kerak. Har bir bo'limda tibbiyot asboblari zararsizlantirilishi va sterilizatsiyadan oldingi tozalik o'tkazish kerak. Tibbiyot xodimlari virus bilan zararlanmasligi uchun dezinfeksiya va sterilizatsiya qoidalariga rioya qilishlari kerak. Tibbiyot xodimlarining ish joylarida yozma ravishdagi hujjatlar, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining metodik qo'llanmalari bo'lishi kerak. Tibbiyot manipulyatsiyalarini o'tkazishda OIV infeksiyasi bilan zararlanmaslik uchun ehtiyot bo'lish kerak, barcha muolajalar rezinali qo'lqop, maxsus himoya kiyimlarda (xalat, niqob, himoya ko'zoynagi) o'tkazilishi kerak. Zararlangan qon teri, shilliq qavatlariga, shikastlangan sohaga tushmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak.

- Terini shikastlangan qismiga leykoplasto'r yopishtirish.
- Qon yoki suyuqlikni sachrash ehtimoli bo'lsa himoya ko'zoynagini, niqobni taqish kerak.
- Olingan qon yoki suyuqlik laboratoriyaga yuborish uchun konteyner yoki qopqog'i yaxshi yopiladigan bikslarga solinishi kerak.

OIV -idutsirlangan immunopatogenez.

OIV infeksiyasida immunodefitsitning patogenezida asosiy sabab T-xelperlarning shikastlanishi kuzatiladi, bu esa gumoral hamda hujayra immunitetning javobida zanjirning asosiy bo'g'ini hisoblanadi. OIV infeksiyasining zo'riyishi SD4+ limfotsitlar soning o'zgarishiga va virusli zo'riqishga bog'lik. OIV faol ko'payish vaqtida organizmni himoya qilishda asosiy rol o'ynaydigan SD4+ limfotsitlarini zararlaydi va uni halok qiladi.

Virusli zo'riqish - bu qondagi virusning konsentratsiyasi. Buni qonda ribonuklein kislotaning OIVga polimeraz zanjirli reaksiyasi orqali o'lchash mumkin (PZR). Virusli zo'riqish qancha baland bo'lsa, OIVning yuqish havi ham shuncha baland bo'ladi. OIV bilan birlamchi zararlanishda organizmda infeksiyaga qarshi ziddijism bo'lmaydi va infeksiya organizmda virusli zo'riqish maksimal darajaga yetguncha tarqaladi. Bu davr o'tkir retrovirusli sindrom deyiladi. Bu davrda qonda AT aniqlanmasligi mumkin, lekin inson infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi («seronegativ oyna» davri). Organizm

zararlanganidan keyin 2-6 hafta o'tgach OIVga qarshi ziddijism paydo bo'ladi va uni serologik metod orqali aniqlashimiz mumkin. Bu davr yillab davom etishi mumkin – **assimptomli kechish bosqichi** deyiladi. Virusli zo'riqish oshishi bilan SD4+ hujayralari kamayadi va OITSning rivojlanish bosqichi yuzaga keladi.

Serokonversiya - OIVning organizmga kirishi va ziddijismlar ishlab chiqarilishi.

Simptomsiz bosqichi - OIV infeksiyasining simptomlari kuzatilmaydi immun tizimi ko'p miqdorda virus saqlaydi, harakatchan limfadenopatiya paydo bo'lishi mumkin.

Simptomli bosqichi - OIV infeksiyasi simptomlari paydo bo'ladi, tana vazni yo'qotilishi bilan xarakterlanadi, yuqori nafas yo'llarining retsidivlashgan infeksiyalanishi, sababi aniq bo'lmagan diareya 1-oygacha davom etadi, sababsiz qaltirash 1-oygacha davom etadi, oqiz bo'shligi kandidozi, og'izning sochli leykoplakiyasi, og'ir bakterial infeksiyalar vujudga keladi.

OITS- kasallikning terminal bosqichi bo'lib OIVga xarakterli bo'lgan kasalliklarning rivojlanishi kuzatiladi.

OIV-infeksiyaning klinikasi

O'tkir OIV-infeksiya davri (OIV bilan birlamchi infeksiyalanganda kasallik symptomsiz bo'lishi mumkin, taxminan 50% bemorlarda o'tkir mononukleozga o'xshash sindrom bo'ladi, 2-6 bu haftagacha cho'ziladi.

Keyingi o'tkir infeksiya virusli replikatsiyaga monand bo'ladi, bu yuqori viremiya va R24 antigenemiya bilan kechadi, 2-8 haftadan keyin viremiya ko'rsatgichi ancha kamayadi, birlamchi imunitetning kirib kelganini yaxshiligiga qaramay, u virusni organizmdan to'liq chiqarib bera olmaydi.

Latent davrida hech qanday simptomlar kuzatilmaydi, limfadenopatiyadan tashqari. Hatto hamma limfoid tizimi faol replikatsiyalanuvchi katta rezervuar bo'lib qoladi.

Kasallikning zo'rayishi OIVning limfa to'qimlarga tarqalishi, uning strukturalari buzilishiga olib keladi, bu bosqich imunitetni faollashuviga olib keladi.

Simptomatik bosqich: bunda CD4+ T-limfotsitlarning soni 500 dan kamayadi, immun javobning klinik buzilishi, teri infeksiyasi bilan kuzatiladi. Herpez zoster chaqiruvchi og'iz yoki vaginal kandidoz bilan, allergik teri ta'sirlanishi bo'ladi. Kasallikning zo'rayishi o'tkir infeksiyadan OITSgacha 1yildan 15 yilgacha davom etadi. Shu kasallikning terminal bosqichida CD8+ hujayralarning soni yanada kamayadi, nazoratsiz virusli replikatsiyadan organizmni hech qanday himoyasiz qoldiradi. Deyarli OIV- odamlarda vaqt o'tishi bilan OIV infeksiyaning klinikasi faol rivojlanadi va so'ngida – OITSning kechki bosqichi paydo bo'ladi.

OIV infeksiyaning zo'rayishi bilan CD4+ limfositlarning soni kamayib boradi, opportunistik infeksiyalarning beriluvchanligi ortib boradi. Opportunistik infeksiyalar insonga zararsiz mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladi, immunotanqislik holatida kasallikni keltirib chiqaradi. Masalan, OIV infeksiyalarining orasida pnevmotsist pnevmoniya ko'p uchraydi, CMV, toksoplazmoz, kandidoz, kreptosporidioz, gistoplazmoz, boshqa parazitlar,

virusli va zambrug' infeksiyalar kuzatiladi, ayrim xavfli o'smalar, masalan Kaposhi sarkomasi uchraydi.

Immun tizimi buzilishidan tashqari OIV miya hujayralarini, ichakni va yurakni shkaslantiradi. Klinikasida shu organlarni funksiyasi buziladi, bu holatlar yuqori virusli yuklamada kuzatiladi, ya'ni kasallikning so'nggi bosqichida. Ko'p uchraydigan simptomlardan biri – toliqish. Ichakning funksiyasi buzilishi sababli kaxeziya uchraydi, bu ichak infeksiyasi bilan kuzatiladi.

ARV terapiya CD4+ limfotsitlarning sonini saqlaydi va virus yuklamasini kamaytiradi. Asimptom bosqichining uzayishini ko'paytiradi va oxirida OITSga olib kelmaydi. Hozirgi paytda OIV infeksiyasini organizmdan mutloq yo'q qiluvchi preparatlar yo'q, lekin shunday preparatlar borki (ARV), virusni ko'paymasligiga, shu jarayonda immun tizimni saqlab qolishga va uzoq muddat oraliq'ida OITSga olib kelmaydi.

Laborator tekshiruv metodlari

Spetsifik: 1. Immunnoferment tahlil 2. Ekspres (tezkor) testlar qon plazmasida, zardobda, qonda, so'lakda OIVga qarshi ziddijismlarni aniqlashda ishlatiladi. 3. Immunoblot (vestern-blot) 4. Polimer zanjir reaksiya usuli (PZR) - bu yuqori sezgirlikka ega bo'lgan reaksiya Nospetsifik usullar: 5. CD4-limfotsitlarning sonini aniqlash. Normada T-xelperlar soni 1mk1 qonda 500dan 1500gacha bo'ladi. Ularning soni 350dan va undan pastga tushib ketsa, bu OIV infeksiyaning avjga chiqishini ko'rsatadi, hamda oxirida OITS ga olib keladi.

Homiladorlar orasida OIV infektsiyalangan xavfli guruhlar.

- giyohvand moddalarni vena orqali qabul qilgan shaxslar - hozirgi vaqtda yoki oldin.

- giyohvand moddalarni vena orqali qabul qilgan, OIV infektsiyalangan, qon yoki a'zolari. retsepiyentlari, yoki shunday shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lganlar.

- Qon va a'zolari ritsepiyentlari.

- Sun'iy inseminatsiya qilingan ayollar.

- OITS assotsiatsiyalangan majmuining klinik alomatleri bor shaxslar.

- Jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklari bor homiladorlar.

- OIV infektsiyalangan farzandli homiladorlar.

- Qon bilan professional aloqada bo'lgan homiladorlar.

- Bir nechta jinsiy sheriklari bor ayollar.

Virusning OIV infektsiyalangan onadan bolaga yuqish tebranish darajasi 1 dan 12% gacha shifo olgandan so'ng, 21 dan 40% gacha shifosiz.

Virusning yuqish yo'llari:

OIV infektsiyasini onadan bolaga yuqish yo'llari ashyoi dalillari mumkinligi: transplantsentar, gematogen, amniotik xorionning yuqoriga ko'tarilib borishi yoki homila oldi suvlari orqali, yatrogen yo'llar orqali diagnostik invaziv manipulyatsiyalarda, ko'krak suti orqali.

OIV ning vertikal transmissiyasi bo'lishi mumkin:

20% - homiladorlik paytida, 20% - ko'krak suti orqali, 60%- tuqruq paytida yuqishi mumkin.

OIV perinatal transmissiyasining xavfli omillari

Ona tomonidan

- Onaning salomatlik holati.
- Giyohvand moddalar qabul qilishi.
- Spirtli ichimliklar ichishi.
- To'la qimmatli oziqlanishi.
- A vitaminining kam miqdori.
- Antiretrovirus terapiyasining yo'qligi.
- Jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklari borligi.
- Ko'krak suti orqali oziqlantirilish -12-20%.

Akusherlik omillari

- Platsentaning holati.
- 4 soatdan ko'p bo'lgan suvsizlik davri.
- Tug'ruq paytida qon ketishi.
- Xoriomnionit.
- Muddatdan oldingi tugruqlar.
- Invaziv monitoring (asoslanmagan vaginal ko'riklar).
- Amniotomiya, epiziotomiya.
- Akusherlik qisqichlar, vakuum – ekstraktor.
- Virusologik (OIV-2da transmissiya 2%).

Homila tomonidan

- Chala tug'ilish.
- Teri va shilliq qavatning yaxlitligi.
- Ovkat hazm qilish traktining holati.
- Immun tizimning etilmaganligi.

Perinatal infeksiyalangan omillari oshadi, agarda:

- VIRUS NUSXALARINING SONI > 1 MKL da 10 000.
- SD4+ SONI < 1MKL da 500-600.
- SD4+/SD8+ < 1.5 (norma 2:1).
- Jinsiy yo'l orqali yuqish kasalliklari borligi, onada TORCH-infeksiya

borligi.

- Xoriomnionit.
- Platsentar yetishmovchilik.
- Platsentada yallig'lanish o'zgarishlari.
- 4 soatdan ko'p suvsiz davr.
- Tug'ruq vaqtining uzayishi.
- Invaziv monitoringning qo'llanilishi.
- Amniotomiya, epiziotomiya.
- Ko'krak suti orqali.
- Vaginal yo'llari orqali.

Perinatal yo'l orqali yuqish mexanizmi

Bu yo'l bilan yuqish mexanizmi oxirgacha aniqlanmagan. Bilamizki, agar virusning transmissiyasi I trimestrda bo'lsa, bu homilaning tushishiga olib keladi. Virusning transmissiyasi 2-3 trimestrda bo'lsa, ARV-terapiya yaxshi ta'sir

etadi. Yuqish darajasi tuqruq paytida ko'p uchraydi, shuning uchun profilaktik davoni davom ettirish kerak.

OIV-INFEKSIYALANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIKNING VA TUG'RUQ JARAYONINING KECHISHI

1. Muddatdan oldin tuqruqning oshishi.
2. Homila oldi suvining muddatdan oldin ketishi.
3. Chala bolaning tug'ilishi.

ANTIRETROVIRUS PREPATRATLARINI HOMILADORLIK DAVRIDA QO'LLANILISHI

• Bu preparatlarning qo'llanilishi ayolning xohishiga bog'liq bo'ladi, buning uchun esa ayolning ahvolini va bolaga davoning yaxshi taraflarini tushuntirish lozim.

• Ayol homiladorlik paytining 1-chi trimestrida bo'lsa, muolajani 10-12 hafta homiladorligidan keyin boshlasa bo'ladi, chunki organogenez paytida embrion dorilarning teratogen ta'siriga sezuvchan bo'ladi.

• -Kasallikning emizish orqali yuqishidan saqlanishning eng samarali usuli – ko'krak so'ti bilan emizishdan voz kechish.

• -Sun'iy oziqlanish OIV hamda boshqa infeksiyon kasalliklarning yuqishini kamaytiradi.

• -Ona sutiga termik ishlov berish masalasi bahslarga to'laligicha qolmoqda.

• -Ona suti orqali zararanish juda muhim masaladir, chunki tug'ilgan bolaning perinatal zararanishi 20% holatda shu yo'l bilan kechadi.

Ko'krak suti bilan emizishdan voz kechish: Ko'plab rivojlanayotgan davlatlarda ona suti bilan oziqlanmagan bolalarning xilma-xil infeksiyon kasalliklar bilan kasallanishi kuzatilmoqda. Sun'iy oziqlantirishda bolalar orasidagi o'lim 1.5-5marta ko'p uchraydi. Yuqorida keltirilgan sabablarga ko'ra sun'iy yo'l bilan oziqlantirish keng tarqalmagan. OIV da ko'krak suti bilan oziqlantirishning salbiy tomoni-bolaga ham OIV yuqishi ehtimolining yuqoriligi.

Tabiiy tug'ruq yo'llari bilan bola tug'ilayotganida OITV yuqishining taxminlari.

-chaqaloq va onaning teri hamda shilliq qavatlari va shilliq qavatlari sekretlarining o'zaro kontakti.

-chaqaloqning shu sekretlarni yutishi.

-yuqoriga ketuvchi homila suvlari bilan zararanish.

-bachadon bo'yni va qin sekretlari tarkibida, OIV miqdori homiladorlik paytida 4marotaba ko'p bo'ladi.

-Tug'ish jarayonining davomiyligi katta ahamiyatga ega emas, bunga homila qobiqlarining yorilishi davomiyligi muhimroqdir.

- 4soatdan ortiqroq suvsizlik davri OIV bilan zararanishni 2marotabaga oshiradi(tug'dirish usulidan qat'iy nazar).

OIV da tug'dirish taktikasini tanlash.

Tug'dirish usulini hamda to'g'ri antiretrovirus davoni ratsional qabul qilish zarurligini ehtimollikni keskin kamaytiradi.

- Rejali Kesarcha kesish QARV davo.

-OIV bilan zararlangan homilador ayol homiladorligi davrida ARV davo olinganida hamda tug'ish kesarcha kesish yo'li bilan amalga oshirilganida bolaning OIV bilan zarurlanish holati 1% kamroqni tashkil etadi.

OIV bilan zararlangan ayolda tabiiy yo'l bilan tug'ruq qabul qilish.

-uzoq suvsizlik davrinig oldin olish, chunki 4 soatdan ortiqroq suvsizlik davri OITV bilan zarurlanishni 2marotabaga oshiradi.

- agar tug'ruq asoratsiz kechayotgan bo'lsa, amniotomiya o'tkazmaslik kerak.

- Invaziv monitoringdan voz kechish.

- kerak bo'lmagan hollarda epiziotomiya yoki perineotomiya o'tazmaslik lozim.

- Vakuum-ekstraktor hamda akusherlik qisqichini ishlatishdan voz kechish kerak.

- Tug'ruqni kuchaytirish yoki tezlashtirish kerak emas.

- har 2 soatda 2% xlorgeksidin bilan tug'ruq yo'llari sanatsiyasini olib borish.

- tug'ilgan chaqaloqni dez. eritmada yoki sovunli suvda cho'miltirib olish kerak, teri qoplamini jarohatidan ehtiyot bo'lish kerak.

- Kesarcha kesish akusherlik ko'rsatmalariga oid olib borilishi kerak, yoki u rejali o'tkazilishi kerak.

Gemostatik kesarcha kesishning muhim tomonlari.

- Kesarcha kesish 38 haftada, homila qobiqlari yorilmaguncha hamda tug'ish jarayoni boshlanmaguncha amalga oshiriladi.

- tomirlar uchun qisqichlar qo'llash.

- Bachadonni kesganda, homila qobiqlarini ehtiyot qilish uchun, qaychidan foydalanish.

- bolani chiqarishdan oldin bachadon kesigiga uzluksiz-gemostatik chok qo'yiladi.

- choklar qilinganidan keyin, jarrohlik qo'lqoplarini almashtirilib yangilanadi, va yara steril dokalik salfetkalar bilan o'raladi.

- punksiya qilinadi, homila old suvlari so'rg'ich bilan tortib olinadi, va bola quruq tug'iladi.

OIV ning vertikal yuqishini kamaytirish borasida tavsiyalar.

- Yuqori faol ARV davo.

- Virusga yuklanish butun homiladorlik davomida aniqlanishi kerak.

- Muddatdan oldin (elektiv) Kesarcha kesish.

- Virusga yuklanish 1000kop/ml dan ko'p bo'lganida muddatdan oldin (elektiv) kesarcha kesishni tavsiya etish.

- Virusga yuklanish 1000kop/ml dan kam bo'lganida kesarcha kesishning afzalliklari isbotlanmagan.

-Tug'ruq boshlanganida yoki homila qobig'i yorilganidan so'ng boshlangan Kesarcha kesishning samarasi isbotlanmagan.

-Tug'ish yo'llining muqobil turlari haqida ayolga tushuntrish berish kerak.

OIV yuqishini kamaytirish bo'yicha mavjud strategiyalar.

-Sirni oshkor etmasdan maslahat berish va ixtiyoriy OITV ga test o'tkazish.

-Yangi tug'ilgan chaqloqni muqobil oziqlantirish.

-ARV davo.

-Vitamin A qo'shish.

-Temir moddalari hamda folat kislotasi qo'shib davolash.

-YOYIKning tashxisi va davolash.

-Tug'ruq paytida tug'ruq yo'llarini yuvib turish.

-Kesarcha kesish yo'li bilan tug'ruq qabul qilish.

-Invaziv bo'lmagan usullardan foydalanib yordam ko'rsatish.

-homiladorlar uchun boshqa yordam-eklamsiya, qon ketish hamda anemiyani o'z vaqtida tashxis qilish, qoqsholga qarshi o'z vaqtida emlash, infeksiya bilan zararlanishning oldini olish, xavfsiz tug'ruq qabul qilish.

-oilani rejalashtirish va reproduktiv salomatlik bo'yicha yordam ko'rsatish.

-Hayot tarzini o'zgartirish (giyohvand moddalardan, chekishdan, alkogoldan voz kechish).

1. Onadan bolaga OIV yuqishi profilaktikasining asosiy tamoillari.

1. Sifatli antenatal kuzatuv, homiladorlik paytida OIV yuqishi xavfini aniqlash, ularni cheklash yoki o'z vaqtida davolash.

2. Chaqaloqlar, homiladorlar uchun ARV davo kompleks tibbiy yordamning muhim qismi bo'lishi kerak.

• ARV dori vositalari ayolga homiladorlik va tug'ish paytida hamda uning chaqalog'iga tug'ilishi bilan berilishi kerak.

• ARV davoning homiladorlik paytida qo'llanilishi bu davo usulining bo'lajak bolaga teratogen ta'sirini hisobga olib qo'llaniladi.

• Homidarolik paytida ARV davo xamda tug'ruq davrida vertikal yuqishdan himoya qilish tushunchalarining farqini chuqur anglab yetish.

• ARV profilaktikasi PMR, OIV bilan zararlangan ayollarga u ayol davoga muhtoj bo'lmasa, hamda u sog'lom bola tug'ishga yo'naltirilgan bo'lsa o'tkaziladi.

• OIV ga qarshi davoga muhtoj ayollarda ARV davo OIV ni bolaga yuqishining oldini oladi. U homiladorlik davrida ARV PPMR bilan mos keladi.

3. Tug'ruqni samarali olib boorish.

4. Ona suti biln oziqlantirishdan voz kechish.

5. ARV davoga qat'iy rioya qilish, hamda homiladorlarning ART qabul qilishi dasturning amalga oshishida muhim bo'lib, dastur maqsadi-sog'lom bola tug'ilishiga olib keladi.

• ARV davo vositalarini qabul qilish bo'yicha maslahat berish OITS markazlarining tibbiy xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

• ARV davoga qat'iy rioya qilishning qismi-OIV bilan zararlangan homilador ayolni davlat hamda jamiyat ijtimoiy xizmat tashkilotlari tomonidan ijtimoiy-psixologik qo'llashdir.

6. OIV bilan kasallangan ayol tibbiy yordam olishida eng muhim to'sqinlik bu ayolning stigma hamda diskriminatsiyadan qo'rqishidir.

7. Har bir tibbiyot xodimi bemorga aloqador ma'lumotlarni sir saqlashi, bemorning huquqlari hamda shaxsiyatini hurmat qilishi shart.

- OIV bilan kasallangan homilador ayolning maxsus boks yoki alohida palatada saqlanishi mumkin emas

- OIV holatidan qat'iy nazar, homilador ayollar quyidagi kasalliklarda alohida saqlanishadi:

- Silning mikobakteriya ajratuvchi balgamlari turida.

- Kontagioz virusli infeksiyalarda (qizamiq, suvchechak, tepki).

- Juda xavfli infeksiyalarga taxmin qilinganda (o'lat, vabo), epidemik ahamiyatga ega bo'lgan kasalliklarda (o'tkir ichak infeksiyaning kasalligida, skarlatina).

- Sababi noma'lum bo'lgan tana harorati ko'tarilganida.

- Tug'ruqni olib borish hamda chaqaloq kasallik tarixlarini markirovka qilish (belgi qo'yish) man etiladi.

- Ona va bolaning birga bo'lishi ta'minlanishi kerak, ularni ko'rishga qarindoshlarining kirishi erkin bo'lishi kerak (shu jumladan OITV bilan zararlangan ayollar ham).

II. Birlamchi ko'rik.

Homilador OIV bilan zararlangan ayollar uchun maslahatlar.

Ularga qo'yidagi savollar bilan murojaat qilish kerak: OIV va JYOYUK yuqishida to'siqli qimoya usulidan foydalanish, uzoq qon ketishi, kuchli og'riqlar.

OIV bilan zararlangan ayollarda quyidagi holatlar erkaklarga nisbatan kam uchraydi: til leykoplakiyasi, Kaposhi sarkomasi, oddiy herpes, pnevmotsistli pnevmoniya.

III. Tug'ruqqacha bo'lgan bo'limlar va Tug'ruq tashkilotlarida OIV onadan bolaga yuqishining oldini olish.

Homiladorlik davrida kuzatib borish va tekshirish.

1. Ma'lum ijobiy maqomli OIV mavjud vaziyatda homiladorlik davrida kuzatib borish ishlari umumiy amaliyot shifokori va/yoki akusher-ginekolog, yashash joyidagi birlamchi bo'g'in muassasasi akusher yoki ayolning o'zi tanlagan tibbiy muassasa ginekologi hamda OITSga qarshi kurashish markazining mutaxassisi tomonidan amalga oshiriladi;

2. OIV infeksiyasiga chalingan homilador ayolni birgalikda kuzatib borish uchun qo'shma kuzatuv kartasi qo'llaniladi:

Kuzatib borayotgan akusher-ginekologning/ishonchli vrachning FISH, aloqa o'rnatish manzili –

Kuzatib borayotgan infeksiyonistning/ishonchli vrachning FISH, aloqa o'rnatish manzili –

Boshqa kerakli mutaxassislarning FISH, aloqa o'rnatish manzillari –

3. Homilador ayolga kuzatuv rejasining ikkinchi nusxasi berilishi kerak;

4. Homiladorlik normal kechadigan vaziyatda umumiy amaliyot vrachi va/yoki akusher-ginekolog tomonidan ayolni kuzatuvdan o'tkazish tezligi homiladorlik davrida 7 marta va tug'ishdan keyin 1 martani tashkil qiladi;

Homiladorlik muddati	Tibbiy yordam
Dastlabki murojaat	UAV va/yoki akusher-ginekolog tomonidan ko'rik o'tkazish. Birlamchi bo'g'inda hisobga qo'yish. Qonni umumiy tekshirish. Qon guruhi Rh-faktori. Vasserman reaksiyasi. C va V gepatitiga tahlil o'tkazish, siydikni tahlil qilish, Qin surtmasidan namuna olib tahlil qilish, UTT, OIV uchun IFA o'tkazish. Immun blotting reaksiyasi (IFA ijobiy natija bergan vaziyatda). Infeksionist maslahati. OITSga qarshi kurashish markazida hisobga qo'yish. Virusli yuklama. SD4Q limfotsitlar sonini aniqlash. Zarur bo'lganda boshqa mutaxassislarni jalb etish.
12 hafta	UAV, akusher-ginekolog maslahati.
20 hafta	UAV, akusher-ginekolog maslahati. Gravidogramma. UTT.
22 hafta	UAV/infeksionist maslahati. OITSga qarshi kurashish markazi mutaxassisining maslahati. Virusli yuklama. SD4+ limfotsitlar sonini aniqlash. Qonning umumiy va biokimyoviy tahlili.
24- 28 hafta	UAV, akusher-ginekolog maslahati. Gravidogramma. Infeksionist/OITSga qarshi kurashish markazi mutaxassisining maslahati. ARV preparatlarini tayinlash.
32 hafta	Akusher-ginekolog maslahati. Gravidogramma. UTT. Qonning biokimyoviy tahlili.
36 hafta	UAV, akusher-ginekolog maslahati. Gravidogramma. Infeksionist/OITSga qarshi kurashish markazi mutaxassisining maslahati. SD4Q limfotsitlar sonini aniqlash. Virusli yuklama. ARV profilaktikasining samaradorligini baholash. Tug'ruqni olib borish uslubini tanlash.
38 hafta	Tug'ruq muassasasiga kelib tushish.

5. Homiladorlikni kuzatib borish vaqtida homiladorning gravidogrammasi va uy kartasi qo'llaniladi;

6. Homila rivojlanishidagi nuqsonlarni aniqlash uchun homiladorlikning 18-20 haftasida ultratovushli tekshiruv o'tkaziladi;

7. Homiladorlik murakkab kechganda va/yoki uzilib qolish xavfi yuzaga kelganda belgilangan tartibda tibbiy yordam ko'rsatiladi. Invazivli taomillar va tekshiruvlarni qo'llashdan saqlanish kerak;

8. Homiladorlik vaqtida o'tkaziladigan patronaj va kuzatuv ARV preparatlarini iste'mol qilishga moyillikni baholashni ham qamrab oladi.

9. Birlamchi bo'g'in shifokor, akusher-ginekolog va OITSga qarshi kurashish markazining mutaxassisi, OIV maqomini hisobga olgan holda, tug'ruqni olib borishning maqbul uslubini aniqlaydilar;

10. Birga kechadigan patologiya mavjudligi aniqlangan vaziyatda vrach mijozga yanada yuqori darajali tegishli tug'ruq muassasasini tavsiya etishi lozim;

11. Tug'ruq muassasasiga rejali asosda yotqizish tadbiri homiladorlikning 37-38 haftasida amalga oshiriladi.

Homiladorlik vaqtida ARV profilaktikasini boshlash muddatlari va preparatlarni iste'mol qilish sxemalari.

1. ARV profilaktikasi homiladorlikning 24-chi haftasidan boshlanadi.
2. Agar OIV infeksiyasi homiladorlikning yanada kech muddatlarida aniqlangan bo'lsa, bunday vaziyatlarda ARV preparatlarining iste'mol qilinishi OIV tashxisi qo'yilgan kundan e'tiboran boshlab yuboriladi;
3. ARV-preparatlar quyida ko'rsatilgan sxemalarga muvofiq tayinlanadi:

Homiladorlik vaqtida	Tug'ish vaqtida	Tug'ishdan keyin	
		Ona	Bola
I. Homilador ayol tug'ishdan oldingi yordam so'rab, homiladorlikning 24 haftasi o'tmasidan avval murojaat etdi.			
Birlamchi chiziq			
Homiladorlikning 24-chi haftasidan boshlab: zidovudin (300mg) + lamivudin (150mg) + IP/rtv (proteaza ingibitori ritonavir bilan kuchaytirilgan) x bir sutkada 2 marta peroral ravishda tug'ishdan oldin (izohni ko'ring)	Davolash davomiyligi xuddi shu sxema bo'yicha	Preparatlarni bekor qilish	Zidovudin siropi 4mg/kg peroral yo'li bilan x bir sutkada 2 marta 7 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasi aniqlanmayotgan vaziyatda): Rejali Kesarcha kesish.			
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasini aniqlash mumkin bo'lgan vaziyatda): - virus yuklanmasi 35-37 haftali bo'lganda <1000kopiya/ml – tabiiy tug'ish; - virus yuklanmasi 35-37 haftali bo'lganda >1000kopiya/ml – rejali Kesarcha kesish.			
Alternativ yo'l			
Homiladorlikning 24-chi haftasidan boshlab: zidovudin (300 mg) x bir sutkada 2 marta peroral ravishda tug'ishdan oldin (izohni ko'ring).	Zidovudin (300 mg) har 3 soatda + Lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan homila tug'ilgunicha + nevirapin (200 mg) bir marta peroral yo'li orqali tuhrup faoliyatining dastlabki bosqichida.	Davom ettiril-sin: zidovudin (300 mg) + lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida.	Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida + nevirapin 2 mg/kg bir marta. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.

Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasi va ixlosmandligidan qat'i nazar):

- 38 haftali bo'lganda rejali Kesarcha kesish;

II. Homilador ayol tugishdan oldingi yordam berilishini so'rab homidorlikning 24 haftasi o'tgandan keyin murojaat qildi.

Homiladorlik vaqtida	Tug'ish vaqtida	Tug'ishdan keyin	
		Ona	Bola
Birlamchi chiziq			
Zidovudin (300mg) + lamivudin (150mg) + IP/rtv (proteasea ingibitori ritonavir bilan kuchaytirilgan) x bir sutkada 2 marta peroral ravishda tug'ishdan oldin (izohni ko'ring)	Davolash davomiyligi xuddi shu sxema bo'yicha	Preparatlarni bekor qilish	Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida. Agar ona ARV profilaktikasini 4 haftadan kam muddat davomida olgan bo'lsa: Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral ravishda 28 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.

Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasi aniqlanmayotgan vaziyatda):

Tabiiy tug'ish.

Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasini aniqlash mumkin bo'lgan vaziyatda):

- virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda <1000kopiya/ml – tabiiy tug'ish;

- virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda >1000kopiya/ml – rejali Kesarcha kesish;

Homiladorlik vaqtida	Tug'ish vaqtida	Tug'ishdan keyin	
		Ona	Bola
Alternativ yo'l			
Zidovudin (300 mg) x bir sutkada 2 marta tug'ishdan oldin (izohni ko'ring)	Zidovudin (300 mg) har 3 soatda + Lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan homila tug'ilgunicha + nevirapin (200 mg) bir marta peroral yo'li orqali tug'ruq faoliyatining dastlabki bosqichida.	Davom ettiril- sin: zidovudin (300 mg) + lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida.	Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida + nevirapin 2 mg/kg bir marta. Agar ona ARV profilaktikasini 4 haftadan kam muddat davomida olgan bo'lsa: Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg

			x bir sutkada 2 marta peroral ravishda 28 kun davomida + nevirapin 2 mg/kg bir marta. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
--	--	--	--

Tug'ruqni olib borish:

38 haftada rejali Kesarcha kesish

III. Homilador ayol tug'ish davrida yordam so'rab murojaat etdi

	Zidovudin (300 mg) har 3 soatda + Lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan homila tug'ilgunicha + nevirapin (200 mg) bir marta peroral yo'li orqali tug'ruq faoliyatining dastlabki bosqichida.	Davom ettirilsin: zidovudin (300 mg) + lamivudin (150 mg) x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 7 kun davomida.	Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 28 kun davomida + nevirapin 2 mg/kg bir marta. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
--	---	---	---

Tug'ruqni olib borish: tabiiy tug'ish.

- qog'onoq pardasi yorilish vaqtini aniqlang;
- Amniotomiyani amalga oshirmang;
- Oy-kuni yetmasdan tug'ilgan chaqaloqlar uchun Zidovudin dozasi (miqdori) 1,5 mg/kg yoki 2 mg/kg ni tashkil qiladi;
- Agar ona Nevirapin olmagan bo'lsa yoki Nevirapin qabul qilganidan so'ng bola tug'ilguniga qadar ikki soatdan kam vaqt o'tgan bo'lsa, Nevirapinning bir dozasini chaqaloqqa u tug'ilgan zahotiyiq, ikkinchi dozasini esa tug'ilganiga 72 soat bo'lganidan so'ng berish lozim;

IV. Ayol tuqqandan keyingi davrda yordam so'rab murojaat qildi

			Zidovudin (sirop) 4 mg/kg + lamivudin 2 mg/kg x bir sutkada 2 marta peroral yo'li bilan 28 kun davomida + nevirapin 2 mg/kg bir marta. Dori vositalari tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida, lekin bola tug'ilganidan so'ng kechi bilan 72 soat ichida tayinlanadi.
--	--	--	---

Agar ARV terapiyasi haqiqiy homiladorlik boshlanishidan avval tayinlangan bo'lsa, ARV davolovini homiladorlik, tug'ish va undan keyingi davrda davom ettirish tavsiya etiladi. Bunday vaziyatda ARV-preparatlari quyida keltirilgan sxemalarga muvofiq tayinlanadi:

homiladorlik vaqtida qo'llaniladigan ARV-terapiyasi sxemalari

Homiladorlik vaqtida	Tug'ish vaqtida	Tug'ishdan keyin	
		Ona	Bola
I. Homilador ayol ARTni homiladorlikdan oldin olgan			
CD4 miqdori > 200 kl /mkl			
ART sxemasi davom ettirilsin, agar sxemaga ifavirents qo'shilgan bo'lsa, uni darhol proteaza ingibitoriga almashtirish lozim.	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring.	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring.	Zidovudin (sirop) ichiga iste'mol qilish 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 7 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasi aniqlanmayotgan vaziyatda): Rejali Kesarcha kesish jarrohligi.			
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasini aniqlash mumkin bo'lgan vaziyatda): - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda <1000kopiya/ml – tabiiy tug'ish; - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda >1000kopiya/ml – rejali Kesarcha kesish.			
II. Homilador ayol ARTni homiladorlikdan oldin olgan			
CD4 miqdori < 200 kl /mkl, ARTning klinik samarasizligi, alomati			
Kattalarda terapiyani almashtirish standartlariga muvofiq terapiyani almashtirish	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring	Zidovudin (sirop) ichiga iste'mol qilish 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 7 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasi aniqlash mumkin bo'lgan vaziyatda): - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda <1000kopiya/ml – tabiiy tug'ish; - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda >1000kopiya/ml – rejali Kesarcha kesish.			
II. Homilador ayol tug'ishdan oldingi yordam so'rab murojaat etgan va uning salomatligining ahvoli ART sxemasini tayinlashni talab qiladi			
CD4 miqdori <200 kl /mkl			
Zidovudin (300mg) + lamivudin (150mg) + nevirapin (200mg) x bir sutkada 2 marta peroral ravishda tug'ishdan oldin	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring	Zidovudin (sirop) ichiga iste'mol qilish 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 7 kun davomida. Agar ona ARV profilaktikasini 4 haftadan kam muddat davomida olgan bo'lsa:

			Zidovudin (sirop) 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 28 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasini aniqlash mumkin bo'lmagan vaziyatda): Rejali Kesarcha kesish.			
Tug'ruqni olib borish (virus yuklamasini aniqlash mumkin bo'lgan vaziyatda): - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda <1000kopiya/ml – tabiiy tug'ish; - virus yuklamasi 35-37 haftali bo'lganda >1000kopiya/ml – rejalik Kesarcha kesish.			
Homiladorlik vaqtida	Tug'ish vaqtida	Tug'ishdan keyin	
		Ona	Bola
III Homilador ayol tug'ishdan oldingi yordam so'rab murojaat etgan va uning salomatligining ahvoli ART sxemasini tayinlashni talab qiladi			
CD4 miqdori 200 -350 kl /mkl			
Zidovudin (300mg) + lamivudin (150mg) + IP/rtv x bir sutkada 2 marta peroral ravishda tug'ishdan oldin	Xuddi shu sxema bo'yicha davolashni davom ettiring	ART sxemasi bo'yicha davo- lash to'g'risidagi qaror immuno- logik ko'rsat- kichlar bo'yi- cha qabul qili- nadi, chunki homiladorlik vaqtidagi fizio- logik o'zgarish- lar sababli (organizmda aylanadigan plazma hajmi ko'payishi gemodilyutsiya) CD4 limfotsitlar darajasi vaqtin- cha pasayib, tug'ishdan ke- yin yana tikla- nishi mumkin.	Zidovudin (sirop) ichiga iste'mol qilish 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 7 kun davomida. Agar ona ARV profilaktikasini 4 haftadan kam muddat davomida olgan bo'lsa: Zidovudin (sirop) 4 mg/kg bir sutkada 2 marta 28 kun davomida. Tuqqandan keyin dastlabki 8 soat ichida boshlash lozim.

Homiladorlik vaqtida ARV profilaktikasini olgan OIV infeksiyasiga uchragan ayolga tug'ish vaqtida tibbiy yordam ko'rsatish.

1. Ma'lum bo'lgan ijobiy natijali OIV mavjud bo'lganda va 24-chi haftadan boshlab ARV profilaktikasi olingan vaziyatda tibbiyot xodimi tomonidan tug'ish

vaqtida ARV profilaktikasini o'tkazish, tug'ruqni olib borish uslublari va yangi tug'ilgan chaqaloqni ovqatlantirish yuzasidan maslahat o'tkaziladi;

2. 35-37 haftali virus yuklamasi 1000 kopiya/ml dan kam bo'lganda tabiiy tug'ish jarayoni qo'llaniladi, 35-37 haftali virus yuklamasi 1000 kopiya/ml dan ko'p bo'lgan vaziyatda – rejali Kesarcha kesish jarrohligi qo'llaniladi.

3. Virus yuklamasini tug'ishdan oldin aniqlash mumkin bo'lmagan holda rejali Kesarcha kesish usuli amalga oshiriladi.

OIV infeksiyasiga chalingan onadan yangi tug'ilgan chaqaloqqa tibbiy yordam ko'rsatish.

1. OIV infeksiyasiga chalingan onadan yangi tug'ilgan chaqaloq "teri - teri" aloqasini o'rnatish uchun onaning qorniga yotqizib qo'yilib, lekin ko'kragiga yaqinlashtirilmaydi;

2. OIV infeksiyasi bilan xastalangan onadan tug'ilgan chaqaloq uchun, Milliy bayonnomaga muvofiq, ARV profilaktikasi tayinlanadi.

3. Shifokor chaqaloqni oziqlantirish masalalari bo'yicha maslahat beradi;

4. OIV infeksiyasidan kasallangan onadan tug'ilgan bolalar, Milliy bayonnomaga muvofiq, tug'ruq muassasasida vaksinatsiya, ya'ni emlanishdan o'tadilar.

OIV infeksiyasi mavjud bo'lganda tug'ishdan keyingi yordam ko'rsatish.

1. Tug'ishdan keyingi bo'lim yoki umumiy palataga turmush o'rtog'i yoki yaqin qarindoshlari erkin kelib turishlari mumkin;

2. Shifokor laktatsiya, ya'ni emizish davri va oilani rejalashtirish masalalari bo'yicha maslahat o'tkazishi lozim;

3. Birga kechadigan patologiya mavjudligi kuzatilgan vaziyatda tegishli tor doiradagi mutaxassislar bilan maslahat o'tkazilishini ta'minlash kerak.

Tug'ruq muassasasidan chiqishni tashkil qilish.

1. Yangi tug'ilgan chaqaloq va yangi tuqqan ayolning tug'ruq muassasasidan chiqishi belgilangan tartibda amalga oshiriladi;

2. Kelgusida chaqaloq va ayol yashash joyidagi birlamchi bo'g'in muassasalari va OITSGa qarshi kurashish markazida kuzatuvdan o'tadilar.

3.1. Chaqaloqni emizish bo'yicha maslahat berish.

ARV-profilaktikasiga qaramasdan bolada emish jarayonida VICH bilan zararlantirish yuqori bo'ladi. Tadqiqotlarga ko'ra emizish jarayonida chaqaloqlarga VICH yuqishi 14% tashkil etadi BJSST bo'yicha VICH-infeksiyalangan ayollarning bola emizishi ta'qiqlanadi.

Agar sun'iy ovqatlanish qoniqtirsa ko'krak bilan emizish to'xtatiladi, boshqa holatlarda bolani 1 oygacha ko'krak bilan emizish mumkun, keyinchalik sharoitga qarab sun'iy ovqatlanishga o'tkaziladi. Ma'lumotlarga ko'ra 3 oygacha ko'krak bilan emizmasa aralash ovqatlanishga nisbatan OIV havfi kam bo'ladi. OIV bilan tug'ilgan bolalarga davlat tomonidan yordam berilishi kerak. OIV bilan tug'ilgan bolalarni ko'krak bilan emizishni to'xtatib, sun'iy ovqatlanishni ta'minlash kerak. Sun'iy ovqatlantirganda bolani ko'krakga qo'yish mumkin

emas. Tug'ruqdan 2 haftadan keyin, bolani to'g'ri ovqatlantirishni o'rganish uchun ayol bolalar shifoxonasiga kelishi kerak.

3. Tug'ruqdan keyin ayol kuzatuv

Tug'ruqxonadan chiqqandan keyin har bir ayolga chaqaloqni emizish va kontratsepsiya haqida tushuntirish lozim.

TUGRUQDAN KEYINGI KONTRATSEPSIYA.

1. OIV infeksiyasi mavjud bo'lgan vaziyatda kontratsepsiya uslubini tanlash vaqtida quyidagilarni hisobga olish lozim:

- Mijoz salomatligining ahvoli, shuningdek birgalikda kechadigan somatik va infeksiyon kasalliklar, shu jumladan JYOYIK; allergiya holatlari; ruhiy maqom (OIV-ensefalopatiya, birgalikda kuzatiladigan ruhiyat buzilishlari mavjudligi);

- Dori vositalarini, shu jumladan antiretrovirusli vositalar, antibiotiklar, antigipertenziv preparatlari va hokazolarni iste'mol qilish;

- Jinsiy hayotining xususiyatlari;

- Psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish.

2. OIV infeksiyasiga uchragan ayolga maslahat berish vaqtida, kontratsepsiyaning qanday boshqa uslubi qo'llanishidan qat'i nazar, prezervativlardan doimo foydalanish zarurligiga doimiy e'tibor qaratish kerak;

3. Shifokor bachadon ichki vositalaridan foydalanishni tavsiya qilmasligi lozim, chunki ulardan foydalanishda hayz davrida qon oqishi muddati va miqdori ko'payib, begona jismga nisbatan yallig'lanish rivojlanib ketishi mumkin, JYOYIK bilan yuqori darajada kasallanish sababli kichik tos organlari yallig'lanishining yuqori xavfi bor.

4. Istalmagan homiladorlikni va OIV ning oldini olish uchun eng qulay vosita prezervativdir. BIV va gormanal preparatlar OIV xavfini oshiradi, shuning uchun tavsiya qilinmaydi. Kontratsepsiya maqsadida laktatsion amenoreyani qo'llash mumkun emas.

XXXI BOB

O'QUV TUG'RUQ TARIXINI YOZISH

O'QITUVCHI _____

TALABA _____

KURS, GURUH _____

FAKULTET _____

BAHO _____

I PASPORT QISMI

1. Tug'ruqxonaning nomi _____

2. Qabul qilingan sana (sana, oy, yil, vaqt) _____

3. Homiladorning F.I.O _____

4. Yoshi _____ 5. Oilaviy sharoiti _____

6. Manzili _____

7. Ish joyi _____ 8. Mansabi _____

8. Oilaviy poliklinika nazorati: _____

9. Homiladorlik _____ Tug'ruq _____

10. Sanitariya kuzatuvini o'tkazish uslubi _____

11. Qabul qilingandagi shikoyatlar : _____

KELGANDA TASHXISI :

A) Asosiy _____

B) Yondosh _____

V) Asoratlar _____

II. ANAMNEZI **UMUMIY ANAMNEZI**

1. Uy - joy sharoiti _____

2. Bolalixda o'tkazilgan kasalliklari _____

3. Oila va qarindoshlar orasida kasalliklari (sil, teri-tanosil, endokrin va semizlik kasalliklari) _____

4. Kasbga oid va homiladorning zararli odati _____

5. Erining zararli odati _____

6. Bo'yi _____ Vazni _____ Qon guruhi _____

7. Rh omili _____ Vasserman reaksiyasi _____

AKUSHERLIK ANAMNEZI

Hayz funksiyasi:

- a) Menarxe _____ b) Aniqlandi tez va kech (chizilsin)
v) Necha kundan _____ g) necha kundan keyin _____
d) Og'riqli, og'riqsiz (chizilsin) e) Me'yorida, kam, ko'p (chizilsin)
j) Turmushga chiqqandan keyin, abort va tug'ruqdan keyin o'zarganmi
(ha, yo'q)

z) Oxirgi hayz sanasi _____

2. Jinsiy aloqa:

a) Qachondan boshlangan _____ yoshidan b) Nechinchi turmushi _____

3. Homiladorlik faoliyati:

a) Hamma bo'lgan homiladorliklar soni _____ Ulardan tug'ilganlari _____

O'z - o'zidan tushganlari _____ Sun'iy abort bo'lgani _____

b) Oldingi homiladorlik, tug'ruq va abortlarning kechishi _____

v) Tug'ruqdan keyingi va abortdan keyingi davrlarning kechishi _____

g) Oldingi farzandlarning vazni (har yildagisini ketma - ket ko'rsating) _____

e) Anamnezidagi perinatal o'lim (antenatal, intranatal, postnatal) va ularning sabablari _____

4. Hozirgi homiladorlikning kechishi (toksikoz, uning og'irligi, infeksiyon kasalliklar, bola tushishi havfi, uni oldini olish va homiladorning ovqatlanishi) _____

I-yarmida _____

2-yarmida _____

III. OB'YEKTIV TEKSHIRISH

Tug'uvchining umumiy ahvoli _____

Vazni _____ Bo'yi _____ Harorati _____

Gavdatuzilishi _____ Konstitutsiyasi _____

Sut bezlari _____

Teri qoplami (rangi, pigmentatsiyasi, toshmalar, qichish asoratlari va h.k.) _____

Shilliq qavatlari va (rangi) _____

Shishlar (tarqalishi, yaqqollik darajasi) _____

Qon aylanishi: puls (tezligi, ritmi, to'laligi) _____

Qon bosimi: o'ng qo'lida _____ mm sim.ust. chap qo'lida _____ mm sim.ust.

Yurak chegaralari: _____

Nafas olish a'zolari: perkutor ma'lumot _____

Auskultativ ma'lumot _____

Oshqozon ichak - tizimi: tishlari _____
Til (toza, karash bilan qoplangan, namligi) _____
Bo'g'izning holati _____
Bodomsimon bezlari _____
Qorni (shakli, paypaslashdagi ma'lumot) _____
Jigar taloq _____
Ruhiy asabi _____
(hushida kayfiyati, fikrlashning buzilishi, fikrlarning qabul qilinishi)
Suyak sistemasi: (oyoq, qo'l, umurtqadagi o'zgarishlar) _____

KELGAN VAQTIDAGI AKUSHERLIK TEKSHIRISHI

Chanoq o'lchamlari: _____
Mixaelisrombi(formasi,o'lchamlari) _____
Qorin aylanasi _ sm bachadon tubining balandligi _____ sm
Bilak aylanasi (Solovyev indeksi) _____
Homilaning joylashashi _____
Kichik chanoqqa kirish qismida (boshi, chanog'i qayerda?) _____
Homilaning pozitsiyasi _____ homilaning ko'rinishi _____
Homilaning o'lchamlari: bo'yi _____ Bosh-peshona-ensa o'lchamlari _____
Homilaning yurak urishi (joylashishi, soni, aniqligi, ritmikligi) _____
Homilaning taxminiy vazni _____

QINNI TEKSHIRISHDAGI MA'LUMOTLAR

Tashqi jinsiy a'zolar va qinning tuzilishi _____
Bachadon bo'yni (markazlashgan,orqada, oldinga bukilgan) _____
Uzunligi _____ sm gacha konsistensiyasi _____
bo'g'izni tekshirish _____
Qog'anoq pufagi (butun,aniqlandi,qoniqarli holatda, yassi,qog'anoqning
oldingi suv miqdori) _____
Oldinda kelayotgan qismi(homilaning boshi, chanog'i, yo'q) _____

O'q - yoysimon chokning joylashishi _____
Kichik liqildoq _____ Katta liqildoq _____
Tug'ruq o'smasi (bor, yo'q) _____
Bosh suyagi konfiguratsiyasi (aniq, yo'q) _____
Promontoriumga _____
(barmoq yetadimi yo'qmi)

Chanoq suyaklari deformatsiyasiz, deformatsiya bilan _____

LABORATOR TEKSHIRUVDAGI MA'LUMOT

Qon tahlili: eritrotsitlar _____ leykotsitlar _____

SOE _____ mm/ch koagulogramma: _____

Biokimyoviy qon tahlili: _____

Qon guruhi _____ Rezus omillik _____

Siydik analizi: (rangi, miqdori, oqsil, leykotsitlar, epiteliy, Nechiporenko usuli, Zimnitskiy sinamasi) _____

Qindagi ajralma tahlili: _____

“TORCH” infeksiya: _____

APPARAT TEKSHIRUVDAGI MA'LUMOTLAR

UTT _____

EKG _____

Terapevt (nefrolog, kardiolog va b.) ko'rigi: _____

KLINIK TASHXISNI ASOSLASH

Klinik tashxis: _____

Homiladorlikning vaqtini va tug'ruqni aniqlab bering: (hamma ma'lumotlar bilan) _____

Tug'ruq asoratlari kechishidagi xavflar: _____

Tug'ruqni boshqarish rejası: _____

Oraliqni himoyalashni ta'riflash: _____

Jarrohlik muolajalarini izohlash (agar qo'llanilgan bo'lsa): _____

TUG'RUQ III DAVRINING KECHISHI

Yo'ldoshning ko'chish belgilari _____
Qon ketishning oldini olish choralari

Yo'ldoshni siqib chiqarish usullari _____

Yo'ldoshni tavsiflash (o'lchami, yo'ldosh butunligi va pardalarining butunligi, og'irligi, kindikning birikkanligi) _____

Tug'ruq yo'llarini tekshirish (oraliq, bachadon bo'yni, qin) _____

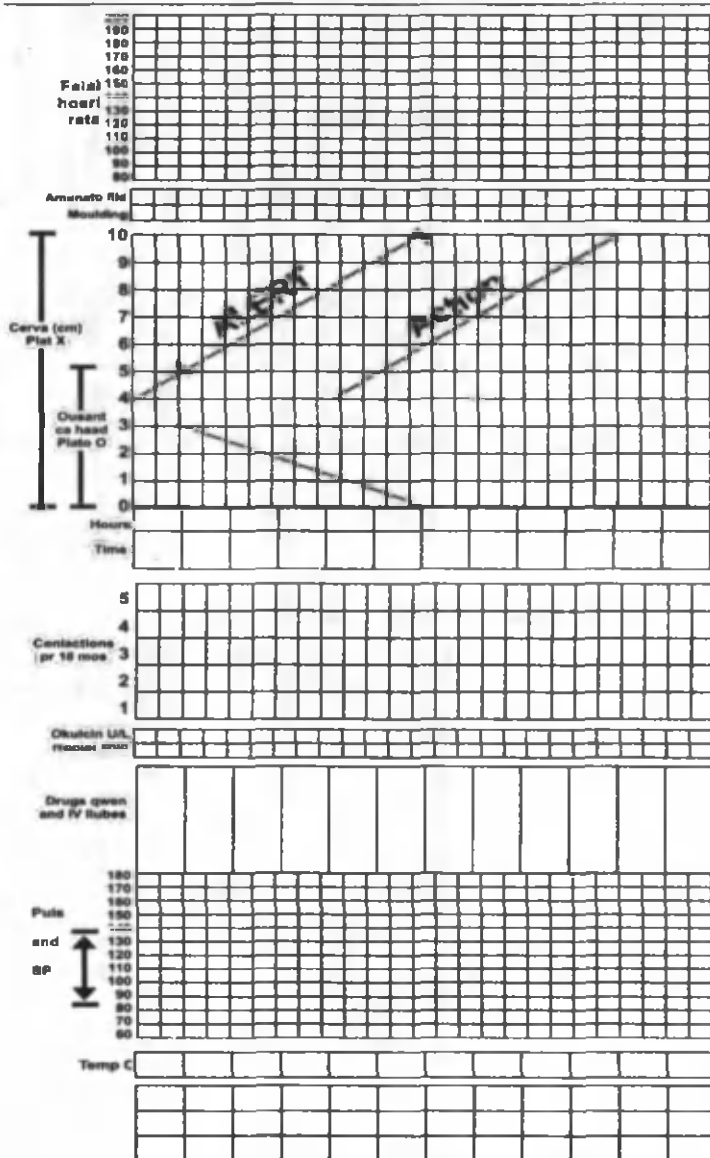
Jarrohlikda qo'llaniladigan uslublarni ta'riflash, _____

chok qo'yish, og'riqsizlantirish

PARTOGRAMMA

Name Mrs. S Gravid 3 Para 2+0 Hospital number 7886

Date of admission 12.5.2066 Time of admission 5:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



CHAQALOQLIK DAVRI

Yetilgan homila _____ chala homila _____ jinsi _____ ,
 tirik (o'lik), tug'ilgandagi vazni _____
 Tug'ilgandagi bo'yi _____ sm

Apgar shkalasida baholash:

vaqt	Homila- ning yurak urishi	Nafas olishi	Teri rangi	Mushaklar tonusi	Reflekslar
1 min					
5 min					

Darhol yig'ladi (jonlantirilgandan so'ng) _____
 Asfixsiya darajasi (jonlantirish usullari va b.) _____

Yangi tug'ilgan chaqaloqni birinchi marta, artib - tozalashni ta'riflash _____

Kindik qoldig'i necha kunda tushib ketdi _____

Emizishga necha soatdan keyin berildi _____

Tug'ruqdagi jarohat, kasalliklar _____

Tugʻruq davomiyligi : I davr _____ II davr _____ III davr _____

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish usullari, samaradorligi, davomiyligi

yangi tuqqan ayolning birinchi 2 soat ichidagi ahvoli (umumiy ahvoli, harorati, pulsi, qon bosimi, bachadon tubi balandligi, qindagi ajralmaning xarakteri, tugʻruqdan keyingi palataga oʻtkazilgan vaqti)

Kontratsepsiya usuli: _____

Qachon qoʻllangan: _____

Kontratseptiv vosita qoʻllanmagan sababi: _____

IV. Tugʻruqdan keyingi davrning kechishi

Sana	Tuqqan ayol tekshiruvdagi maʼlumotlar	Tavsiyalar

V. DIAGNOZ (TASHXIS) VA UNING TAHLILI (YAKUNIY DIAGNOZ)

VI. DAVOLASH VA UNING TAHLILI

VII. EPIKRİZ

İmzo _____ Familiyasi, ismi _____

MUNDARIJA

So'z boshi	3
I bob. Akusherlik fani tarixi. Yu.Q. Djabbarova.....	4
II bob. Akusherlik muassasalarining turlari va ularning vazifalari.	
F.M. Ayupova	8
2.1. Oilaviy poliklinika va qishloq shifokorlar punktida birlamchi akusher-ginekologik yordamni tashkil qilish	9
2.2. Akusherlik statsionarining tuzilishi	9
2.3. Akusherlikda aseptika va antiseptika.....	10
III bob. Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi. Yu.Q. Djabbarova.....	13
3.1. Tashqi jinsiy a'zolari anatomiyasi.....	14
3.2. Ichki jinsiy a'zolar anatomiyasi.....	15
3.3. Jinsiy a'zolarining boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi.....	17
3.4. Jinsiy a'zolarining qon, limfa tomirlari va asab tizimi	17
3.5. Kichik chanoqdagi yumshoq to'qimalar.....	18
IV bob. Ayollar jinsiy a'zolari fiziologiyasi. Yu.Q. Djabbarova.....	20
4.1. Hayz sikli	20
V bob. Homiladorlik fiziologiyasi. <u>A.A. Qodirova</u>, Yu.Q.Djabbarova.....	25
5.1. Homiladorlikning boshlanishi va embrionning rivojlanishi.....	25
5.2. Urug'lanish, urug'langan tuxumning bo'linishi va uning bachadonga payvandlanishi.....	27
5.3. Platsenta.....	32
5.4. Homilaning rivojlanishi.....	34
5.5. Homilaning yetilganligini ko'rsatadigan belgilar.....	35
5.6. Yetilgan homila boshining o'lchamlari	36
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	<i>38</i>
VI bob. Ayollar chanog'i. F.M. Ayupova.....	41
Chanoq suyagining o'lchovlari.....	43
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	<i>47</i>

VII bob. Homiladorlikda ayollar organizmida ro'y beradigan o'zgarishlar. A.A. Qodirova	49
Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi	50
VIII bob. Homiladorlikka tashxis qo'yish usullari.	
A.A. Qodirova, U. Muhamedova	57
8.1. Anamnez to'plash	57
8.2. Ob'ektiv tekshirish	60
8.3. Qin orqali tekshirish	61
8.4. Homiladorlikning dastlabki davrini aniqlash	62
8.5. Homiladorlikni kechki muddatlarda aniqlash	65
8.6. Birinchi va qayta homiladorlikni aniqlash	68
8.7. Homilaning tirik yoki o'lganini aniqlash	69
8.8. Homiladorlikning davom etishi, uning muddati va tug'ish vaqtini aniqlash	70
8.9. 30 haftalik homiladorlikni aniqlash mezonlari	73
8.10. Homiladorlarning tug'ishga tayyorligini aniqlash	75
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	75
IX bob. Homilador ayollarni olib borish. A.A. Qodirova	83
9.1. Homiladorlik gigenasi	83
9.2. Homiladorning ovqati	86
9.3. Homiladorlar uchun badantariya mashg'ulotlari	88
X bob. Tug'ruq jarayoni fiziologiyasi. G.M. Nigmatova	91
10.1 Tug'ruq boshlanishining asosiy sabablari	91
10.2. Homiladorlarning tug'ishga tayyorligini aniqlash	93
10.3. Tug'ruq. Tug'ruq davrlari	94
10.4. Tug'ruqning klinik qechishi	100
10.4.1. Homila boshining orqa ko'rinishda ensa qismi bilan kelishi	107
10.5. Tug'ruqning boshqarilishi	114
10.5.1. Qin orqali tekshirish	114
10.5.2. Partogrammadan foydalanish	114
10.5.3. III davrni faol olib borish	121
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	123
XI bob. Homilaning chanoq qismi va oyog'i bilan kelishi.	
G.M. Nigmatova	132
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	141

XII bob. Tug'ruqni og'riqsizlantirish omillari. F.I. Shukurov	148
XIII bob. Chilla davri fiziologiyasi. D.D. Saidjalilova	150
XIV bob. Perinatologiya. D.D. Saidjalilova	157
14.1. Perinatologiya fani.....	157
14.2. Fetoplatsentar (ona-platsenta-homila) tizimi	158
14.3. Fetoplatsentar yetishmovchilik.....	159
14.4. Yo'ldosh yetishmovchiligi terapiyasi.....	163
14.5. Chaqaloqlar fiziologiyasining asoslari.....	165
14.6. Chaqaloqni parvarish qilish va ovqatlantirish.....	167
XV bob. Muddatidan oldingi tug'ruq. F.I. Shukurov	171
XVI bob. Muddatidan o'tgan homiladorlik. F.I. Shukurov	181
XVII bob. Akusherlikda rezus-omil. F.M. Ayupova	188
Homiladorlikning kechishi.....	189
Homila va chaqaloqlarning gemolitik kasalligi.....	191
Chaqaloqlar gemolitik kasalligini(CHGK) davolash.....	192
Rezus - immunizatsiya holatining oldini olish choralari.....	194
XVIII bob. Jinsiy a'zolarga aloqasi bo'lmagan kasallik- larning homiladorlikka va tug'ruqqa ta'siri.	
Yu.Q. Djabborova, L.M. Abdullaeva	197
18.1. Homiladorlik va kamqonlik.....	197
18.2. Homiladorlik va pielonefrit	211
XIX bob. Homiladorlik ilk toksikozlari. F.M. Ayupova	219
Homiladorlikda kam uchraydigan toksikozlar.....	226
XX bob. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlari.	
G.M. Nigmatova, D.D. Saidjalilova	233
20.1. Homiladorlikning ikkinchi yarmida gipertenziv holatlarning etiologiyasi va patogenezi.....	234
20.2. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar tasnifi, klinikasi va tashxisi.....	239
20.3. Davolash	241
20.4. Homiladorlik va tug'ruqni olib borish.	244
20.5. Profilaktikasi.....	245

XXI bob. Homiladorlik va tug'ruqda qon ketishi. Yu.Q.Djabbarova	249
21.1. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi.....	249
21.2. Yo'ldoshni oldinda yotishi.	254
XXII bob Tug'ruqning uchinchi davri va ilk chilla davrida qon ketish. G.S. Babadjanova, G.M. Nigmatova	264
22.1. Tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi.....	264
22.2. Tug'ruqdan keyin ilk chilla davrida qon ketishi	267
22.3. Akusherlikda gemorragik shok	282
22.4. Tarqalgan tomirlar ichida qon ivish sindromi (TTIQIS)	287
XXIII bob. Tug'ruq faoliyati nuqsonlari. Yu.Q. Djabbarova	291
XXIV bob. Tor chanoq. Yu.Q. Djabbarova	298
24.1. Tor chanoq tasnifi.....	299
24.2. Chanoq tor bo'lganda tug'ruqning o'tishi	301
24.3. Tor chanoqning asoratlari.....	303
24.4. Klinik tor chanoq.....	303
XXV bob. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi. F.I.Shukurov	311
XXVI bob Akusherlik jarohatlari. F.I. Shukurov	318
26.1. Tashqi jinsiy a'zolar va chotning shikastlanishi.....	318
26.2. Qin va vulva gematomalari.....	318
26.3. Bachadon bo'ynining yirtilishi.....	323
26.4. Bachadon ag'darilib chiqishi.....	324
26.5. Bachadon yirtilishi.....	326
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	330
XXVII bob. Chaqaloqlarning patologik holatlari. D.D. Saidjalilova	338
27.1. Chaqaloq asfiksiyasi.....	338
27.2. Respirator distress sindrom.....	339
27.3. Chaqaloqlar birlamchi reanimasiyasi.....	341
27.4. Chaqaloqlarning tug'ruq jarayonida jarohatlanishi.....	342
27.5. Chaqaloqlar yuqumli kasalliklari	343
<i>Amaliy ko'nikmalar</i>	347
XXVIII. Akusherlik operatsiyalari. F.M. Ayupova, D.G. Akramova	350
28.1. Qog'anoqni sun'iy usulda yorish	350
28.2. Epiziotomiya.....	351
28.3. Homilani dumbasidan ushlab tortib olish	352

28.4. Homila vakuum-ekstraksiyasi.....	352
28.5. Akusherlik qisqichlarini qo'yish.....	355
28.6. Laparotomiya.....	356
28.7. Kesarcha kesish.....	357
28.8. M. Stark bo'yicha kesarcha kesish.....	359
28.9. Klassik kesarcha kesish.....	359
28.10. Kraniotomiya.....	360
28.11. Homila chanoq bilan joylashganda kraniotomiya qilish.....	361
28.12. Gemotransfuziya.....	362
XXIX bob. Tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar (TKYSK).	
F.M. Ayupova	364
29.1. Tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar va ularning tasnifi.....	365
29.2. Chilla davridagi yaralar va ularni davolash.....	366
29.3. Chilla davri endometrii.....	367
29.4. Bachadon naylari va tuxumdonlarning yallig'lanishi (salpingoofarit).....	368
29.5. Bachadon atrofi to'qimalarining yallig'lanishi (parametrit)	369
29.6. Vena qon tomirlarning yallig'lanishi-tromboflebitlar	370
29.7. Pelyoperitonit	373
29.8. Chilla davridagi mastit (Sut bezlari yallig'lanishi)	374
29.9. Akusherlik peritoniti	379
29.10. Sepsis. Septik shok.....	387
XXX bob. Onadan homilaga OIV-infeksiyasining transmissiyasi.	
G.M. Nigmatova, Yu.Q. Djabbarova	392
XXXI bob. O'quv tug'ruq tarixini yozish. F.I. Shukurov	409

UBK: 618.2(075)

57.16

A-29

Akusherlik: darslik / Tuzuvchilar: Yu.Djabbarova, F.Ayupova. – 3-nashr. – Tashkent: "Mehridaryo", 2013. – (414, 2013.)

ISBN 978-9943-351-30-1

UBK: 618.2(075)

KBK 57.16.ya73

Yu. Djabbarova, F.Ayupova

AKUSHERLIK

Darslik

Uchinchi nashr

Muharrirlar: A. Kamolov

M. Omonov

Texnik muharrir: M. Xodjayeva

"Mehridaryo" MCHJ

Nashr lits. AI №180, 08.12.2010.

100128, Toshkent, Aviatsiya tor ko'chasi, 13.

Bosishga ruhsat etildi 23.05.2013. Bichini 60x84 1/16.

Ofset bosma tabog'i 26,5. Adadi 420. Buyurtma №18.

Bahosi kelishilgan narhida.

Darslik "Groteks" QK yordamida chopga tayyorlangan.

"Mehridaryo" MCHJ bosmahonasida chop etildi.

100005, Toshkent, Qushkuprik, 22.

ISBN 978-9943-351-30-1

© Mehridaryo MCHJ

© Yu. Djabbarova, F. Ayupova

