

Shukurov F.I., Nigmatova G.M.

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

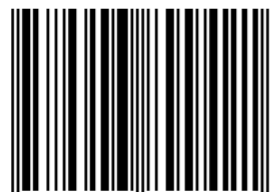


AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

Darslik

TOSHKENT - 2022

ISBN 978-9943-8994-2-1



9 789943 899421 >

Shukurov F.I., Nigmatova G.M.

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA
Darslik

Tibbiyot oliygohlari pediatriya, stomatologiya, xalq tabobati va tibbiy pedagogika, tibbiy profilaktika va jamoat salomatligi va farmatsiya, menejment, tibbiy biologiya, biotibbiyot muhandisligi va oliy ma'lumotli hamshira fakultetlari talabalari uchun o'quv adabiyoti

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

Darslik

Toshkent-2022

Shukurov F.I., Nigmatova G.M. // “Akusherlik va ginekologiya” Darslik // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ Toshkent – 2022, 374 – bet.

Tuzuvchi: **Shukurov F.I.**– TTA akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri, t.f.d.

Nigmatova G.M.– tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Taqrizchilar: **Kayumova D.T.** – TTA oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrasini dotsenti, t.f.d.

Kurbanov B.B. – ToshPTI akusherlik va ginekologiya kafedrasini dotsenti, t.f.d.

Darslik tibbiyot oliygoxlari pediatriya, stomatologiya, xalq tabobati va tibbiy pedagogika, tibbiy profilaktika va jamoat salomatligi va farmatsiya, menejment, tibbiy biologiya, biotibbiyot muhandisligi va oliy ma’lumotli hamshira fakultetlari talabalari uchun mo’ljallangan.

Mazkur darslikda ayollar jinsiy a’zolari anatomiyasi, homilaning rivojlanishi, ayollarda homiladorlik paytida kuzatiladigan fiziologik o’zgarishlar, patologiya holatlarining etiologiyasi, patogenezini, diagnozini, ularning oldini olish, davolash tamoyili, ba’zi ginekologik kasalliklarda uchraydigan holatlar ko’rsatilgan. Ushbu darslikdan akusherlik va ginekologiya mutaxassisligi bo’yicha taxsil olayotgan magistr va klinik ordinatorlar ham foydalanishlari mumkin.

O’zR Oliy va o’rta maxsus ta’lim vazirligi tibbiyot oliygoxlari pediatriya, stomatologiya, xalq tabobati va tibbiy pedagogika, tibbiy profilaktika va jamoat salomatligi va farmatsiya, menejment, tibbiy biologiya, biotibbiyot muhandisligi va oliy ma’lumotli hamshira fakultetlari talabalari uchun darslik sifatida ruxsat etgan 2022y. _____ bayonnoma

Rais t.f.d., professor _____

ISBN 978-9943-8994-2-1

© **Shukurov F.I., Nigmatova G.M.**

© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ. 2022

MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI.....	9
I BOB. AKUSHERLIK MUASSASALARINING TURLARI VA ULARNING VAZIFALARI.....	10
1.1. Oilaviy poliklinika va qishloq vrachlik punktida birlamchi akusher- ginekologik yordamni tashkil qilish.....	10
1.2. Akusherlik stasionarining tuzilishi.....	10
1.3. Akusherlikda aseptika va antiseptika.....	11
II BOB. AYOLLAR JINSIY A‘ZOLARI ANATOMIYASI.....	15
2.1. Tashqi jinsiy a‘zolar anatomiyasi.....	15
2.2. Ichki jinsiy a‘zolar.....	18
2.3. Jinsiy a‘zolarning boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi.....	20
2.4. Jinsiy a‘zolarning qon, limfa tomirlari va nerv tizimi.....	22
2.5. Kichik chanoq yumshoq to‘qimalari.....	23
III BOB. AYOLLAR JINSIY A‘ZOLARI FIZIOLOGIYASI.....	25
3.1. Hayz sikli.....	25
IV BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI.....	29
4.1. Homiladorlikning boshlanishi va embrionning taraqqiyoti.....	29
4.2. Urug‘lanish. Urug‘langan tuxumning bo‘linishi va uning bachadonga implantatsiyasi.....	31
4.3. Urug‘lanish.....	32
4.4. Urug‘langan tuxumxujayra (zigota) ning bo‘linishi va uning bachadonga implantatsiyasi.....	33
4.5. Pusht pardalari rivojlanishi.....	34
4.6. Plasenta.....	37
4.4. Homilaning rivojlanishi.....	39
4.5. Homilaning yetilganligini ko‘rsatadigan belgilar.....	41
4.6. Yetilgan homila boshining o‘lchamlari.....	42
V BOB. AYOLLAR CHANOG‘I.....	45
1.1. Chanoq suyagining o‘lchovlari.....	46
VI BOB.....	54
6.1. Homiladorlikda ayollar organizmida ro‘y beradigan o‘zgarishlar.....	54
6.2. Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi.....	55
VII BOB. HOMILADORLIKKA DIAGNOZ QO‘YISH USULLARI.....	63
7.1. Anamnez yig‘ish.....	63
7.2. Ob‘ektiv tekshirish.....	65
7.3. Qin orqali tekshirish.....	66
7.4. Homiladorlikning erta muddatlarini aniqlash.....	69
7.5. Homiladorlikni kechki muddatlarda aniqlash.....	73
7.6. Birinchi va qayta homiladorlikni aniqlash.....	82
7.7. Homilaning tirik yoki o‘lganini aniqlash.....	83
7.8. Homiladorlikning muddati va tug‘ish vaqtini aniqlash.....	83
7.9. 30 Haftalik homiladorlikni aniqlash mezoni.....	87

VIII BOB. HOMILLADOR AYOLLARNI OLIB BORISH	89
8.1. Homiladorlik gigienasi	89
8.2. Homiladorning oziqlanishi	92
8.3. Homiladorlar uchun badantarbiya mashg‘ulotlari	94
8.4. 16 Haftalikda badantarbiya mashg‘ulotlari	94
8.5. 16-24 Haftalikda badantarbiya mashg‘ulotlari	95
8.6. 4–32 Haftalikda badantarbiya mashg‘ulotlari	96
8.7. 32–36 Haftalikda badantarbiya mashg‘ulotlari	96
IX BOB. TUG‘RUQ JARAYONI FIZIOLOGIYASI	98
9.1. Tug‘ruq boshlanishining asosiy sabablari	98
9.2. Homiladorlarning tug‘ishga tayyorligini aniqlash.....	102
9.3. Tug‘ruq. Tug‘ruq davrlari. Tug‘ruqning klinik kechishi	102
9.4.1. Homila boshining ensa oldingi ko‘rinishda tug‘ruq	111
9.4.2. Partogrammadan foydalanish	118
9.5.3. Tug‘ruqni III davirni faol olib borish.....	126
X BOB. HOMILANI CHANOQ QISMI VA OYOG‘I BILAN KELISHI .	129
XI BOB. TUG‘RUQDA OG‘RIQSIZLANTIRISH USULLARI	137
XII BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI	140
XIII BOB. PERINATALOGIYA	145
13.1. Perinatalogiya fani.....	145
13.2. Fetoplasentar (ona-plasenta-homila) tizimi.....	145
13.3. Chaqaloqlar fiziologiyasining asoslari va tranzitor holatlari	147
13.4. Chaqaloqni parvarish qilish va ovqatlantirish	150
XIV BOB. EKTRAGENITAL KASALLIKLARI MAVJUD AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG‘RUQ	152
14.1. Homiladorlik va kamqonlik.....	152
14.2. Kamqonlikning etiologiyasi va patogenezi	154
14.3. TTA da homiladorlikni yuritish.....	159
14.4. Homiladorlik va pielonefrit	164
XV BOB. HOMILADORLAR KO‘NGIL AYNISHI	168
15.2. Homiladorlikda kam uchraydigan toksikozlar	173
XVI BOB.	176
16.1. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlari	176
16.2. Homiladorlar gipertenziv holatlarning etiologiyasi va patogenezi	176
16.3. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar tasnifi, klinikasi va dagnostikasi	182
16.4. Davolash	184
16.5. Homiladorlik va tug‘ruqni olib borish	187
16.6. Profilaktikasi	188
XVII BOB. HOMILADORLIK VA TUG‘RUQDA QON KETISHI	189
17.1. Normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi.....	189
17.2. Yo‘ldoshning oldinda yotishi	193
XVIII BOB. TUG‘RUQNING III – DAVRI VA ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISHI	197

18.1. Tug‘ruqning uchinchi davrida qon ketishi	197
18.2. Tug‘ruqdan keyin ilk chilla davrida qon ketishi.....	200
18.3. Akusherlikda gemorragik shok.....	208
18.3.1. Asosiy omillar	208
18.3.2. Patologik qon ketishining sabablari	209
18.3.3. Qon yo‘qotishning og‘irlik darajalari.....	209
18.3.4. Gemorragik shok rivojlanish bosqichlari	209
18.3.5. Gemorragik shok klinikasi quyidagi bosqichlardan iborat:	210
18.4. Tarqalgan tomirlar ichida qon ivish sindromi (TTIQIS)	214
18.4.1. Davolash.	215
18.4.2. Qon ketishining oldini olish.....	216
XVIX BOB. TOR CHANOQ.....	217
19. 1. Tor chanoq tasnifi.....	217
19.5. Sefalo-pelvik nomutanosibliği	221
XX BOB. HOMILANING KO‘NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI	224
XXI BOB. AKUSHERLIK JAROHATLARI	229
21.1. Tashqi jinsiy a‘zolar va chotning shikastlanishi.....	229
21.2. Qin va vulva gematomalari.....	229
21.3. Bachadon bo‘ynining yirtilishi.	232
21.4. Bachadon ag‘darilib chiqishi	233
21.5. Bachadon yorilishi.....	235
XXII BOB. CHAQALOQLARNING SHOSHILINCH HOLATLAR	241
22.1. Chaqaloqlar asfiksiyasi.....	241
22.2. RESPIRATOR DISTRESS SINDROM	242
21.3. Chaqaloqning birlamchi reanimatsiyasi	244
22.4. Chaqaloqlarning tug‘ruq jarayonida jarohatlanishi	245
22.5. Chaqaloqlar yuqumli kasalliklari	247
XXIII BOB. AKUSHERLIK JARROXLIK AMALIYOTLARI.....	252
23.1. Qog‘anoqni sun‘iy usulda yorish(amniotomiya).....	252
XXIV BOB. TUG‘RUQDAN KEYINGI YUQORI HARORAT (TKYUH)	254
.....	254
24.1. Tug‘ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar va ularning tasnifi.....	255
24.2. Chilla davridagi yaralar va ularni davolash.....	255
24.3. Chilla davri endometriti.....	256
24.4. Bachadon naylari va tuxumdonlarning yallig‘lanishi (salpingoofarit).....	258
24.5. Bachadon atrofi to‘qimalarining yallig‘lanishi (parametrit)	259
24.6. Vena qon tomirlarning yallig‘lanishi-tromboflebitlar	259
24.7. Pelvioperitonit.....	263
24.8. Chilla davridagi mastit (sut bezlari yallig‘lanishi)	264
XXV-BOB. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI.....	267
25.1. Umumiy simptomatologiyasi.....	268
25.2. Normal hayz sikli	275
25.3. Hayz siklining buzilishi. amenoreya.	279
25.3. Bachadondan anomal qon ketishi (baqk)	285

XXVI-BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI	293
26.1. V u l v o v a g i n i t.....	295
26.2.Kolpit (vaginit).....	296
26.5.Qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadonaroabsessi.....	301
26.6.Ayollar jinsiy a'zolarining spesifik yallig'lanish kasalliklari	303
XXVII-BOB. HOMILADORLIK 1-YARMIDA QON KETISHLARI	315
27.1.Abortlar	315
27.2. Bachadondan tashqari xomiladorlik.....	321
XXVIII-Bob.BACHADON O'SMA KASALLIKLARI.	330
28.1.bachadon miomasi.....	330
XXIX-BOB.TUXUMDON O'SMALARI	342
XXX-BOB. BACHADON BO'YNI VA TANASINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI	350
30.2.Bachadon tanasining fon va rak oldi kasalliklari.....	353
XXXI-BOB. BEPUSHT NIKOX	355
31.1.Ayollar bepushtligi	355
31.2.Ayollar bepushtligining endokrin turi	356
31.3.Ishon a'zolar shikastlanishi bilan bog'liq bepushtlik	358
31.4.Immunologik bepushtlik.....	360
31.5. Erkaklar bepushtligi	361
31.3.Zamonaviy kontrasepsiya usullari	365

SO‘Z BOSHI

Akusherlik so‘zi fransuz tilida “accoucher” – tug‘moq ma‘nosini anglatuvchi qadimiy tibbiyot fanining bir tarmog‘i bo‘lib, ayollar organizmida homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrida ro‘y beradigan fiziologiya va patologik jarayonlarni o‘rganuvchi, ularning oldini oluvchi fandır.

Akusherlik fani – ayollarda homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik holatlarni o‘rgatadi. Bundan tashqari, chaqaloqlarni parvarish usullarini o‘rgatish va homiladorlarga hamda tug‘uvchi ayollarga tibbiy yordamni tashkillashtirish ham akusherlikning muhim masalalaridan biri hisoblanadi. Akusherlik yordamining mohiyati asosan ayollar tug‘ayotganda kuzatiladigan fiziologik jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berish hamda homiladorlik, tug‘ruqda, va chilla davrida kuzatilishi mumkin bo‘lgan aoratlarni oldini olishdan iboratdir.

Akusherlik aslida ginekologiya (gynaecos – ayol, logos –ta‘limot) fanining bir qismi bo‘lib hisoblanadi. Ginekologiya ayollar jinsiy a‘zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o‘rganuvchi fandır.

Darslikda asosan qisqacha akusherlik va ginekologiya fanlarining rivojlanish tarixi, ayollar jinsiy a‘zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari, tug‘ruq jarayoni, homiladorlik va tug‘ruqning patologik kechishi, homiladorlar va tug‘ayotgan ayollarda kuzatiladigan holatlar va homiladagi patologik va fiziologik holatlar, asosiy o‘tkaziladigan turli jarroxlik amaliyotlari, davolash-profilaktika omillari va rasmiy yo‘riqnomalar va boshqa zarur hujjatlar bayon etilgan.

I BOB. AKUSHERLIK MUASSASALARINING TURLARI VA ULARNING VAZIFALARI.

1.1. Oilaviy poliklinika va qishloq vrachlik punktida birlamchi akusher-ginekologik yordamni tashkil qilish.

Akusher-ginekologiya muassasalari turlariga: Respublika ixtisoslashgan 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'rigidan o'tkazish va birorta ekstragenital patologiya aniqlanganda o'z vaqtida homiladorlarlar patologiyasi bo'limiga gospitalizatsiya qilishni ta'minlash;

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

- istalmagan homiladorlikdan saqlanish maqsadida va ayniqsa EGK mavjud ayollarda va tug'ruqlar o'rtasida intergnetik 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'ibot qilish va sog'lom oilani shakllantirishga yordam berish;

- ayollarin onalik va bolalikni muhofaza qilishga oid haq-huquqlarni 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.

1.2. 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.

1.3. 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 qoshida yana bir klinika bo‘lib, u yerda akusherlar tug‘ruqda yordam berar, talabalar u yerda ta‘lim olmas edilar.

Shunisi qiziqki, 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, ammo o‘zi kasallikka chalinib vafot etadi. Bu og‘ir judolikka chiday olmagan I. F. Zemmelveys kasallik sabablarini aniqlash maqsadida do‘stining jasadini o‘zi yorib, uning a‘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 xlorli 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 xlorli suv tibbiyotda qo‘llanib kelinmokda. Hozir Vengriyada ilmiy tekshirish institutiga Zemmelveys nomi berilgan. Lekin Zemmelveysning bu qimmatli kashfiyoti u hayot vaqtida e‘tiborga olinmadi, u kambag‘allikdan qiynalib, Budapeshtdagi aqldan ozganlar uyida vafot etdi.

Oradan 20 yil o‘tgandan keyin Angliya xirurgi Lister, bakteriologiya kashfiyotlariga asoslangan holda, jarroxlik amaliyotlarida ishlatiladigan asboblarni, bog‘lov materiallari, kiyim-kechaklarni va jarroxlik 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, stafilokokk, 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'lak 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 qinning 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 akusherkaning 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, akusherkalarning 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 jarroxlilik xonalariga kirganda baxila (oq matodan tikilgan etikcha) kiyiladi.

Tug‘ruqxonada ishlovchi vrach, akusherka, sanitarka 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 xirurgiya 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 xojatxona umumiy bo‘ladi. Bunda hamma palatalar va xojatxonalarni 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 galma-gal 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 kvarts lampa yordamida nurlantiriladi. Bu tug‘ruqdan turayotgan ayol va chaqalok 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 tikilgan 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.

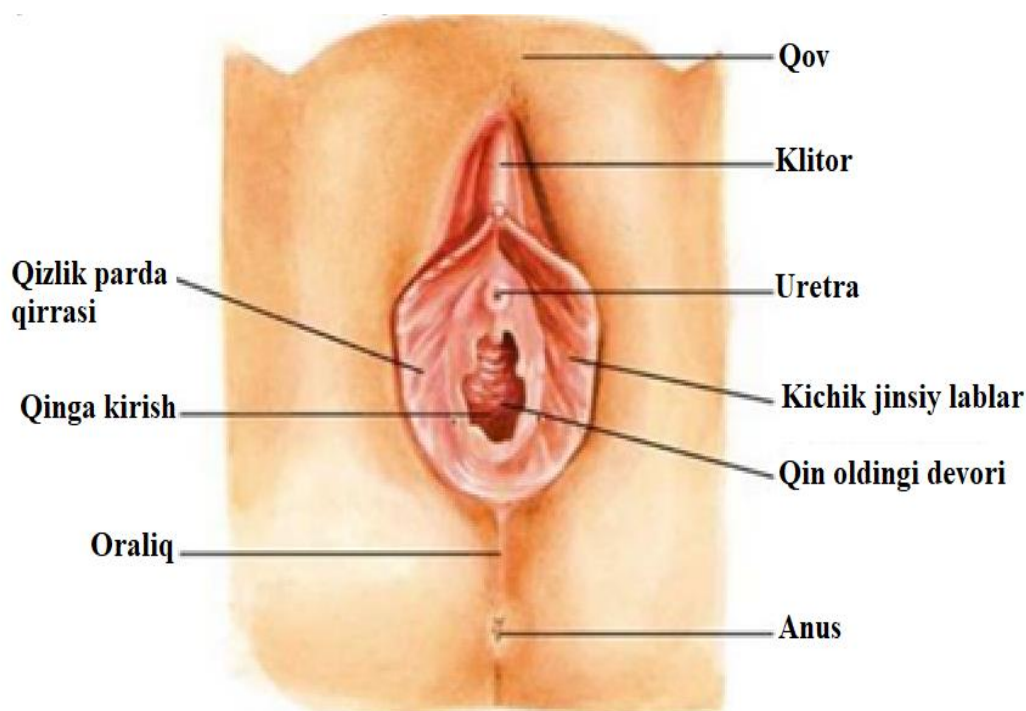
Tuqqan ayollar bilan har kuni suhbatlashib turish va ayolga uyiga ketayotganida o‘zini qanday tutishni yotig‘i bilan aytish, ularga aseptika va antiseptika qoidalarini tushuntirish har bir shifokorning vazifasidir.

II BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI ANATOMIYASI

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

2.1. Tashqi jinsiy a'zolar anatomiyasi

Tashqi jinsiy a'zolarga qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uning katta bezlari – Bartolin bezlari kiradi. Tashqi va ichki jinsiy a'zolar o'rtasidagi chegara qizlik pardasi (hymen) hisoblanadi. Qov (mons pubis) simfizning oldingi va yuqori tomonida joylashgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i)dan iborat. Qovning yuqori chegarasi terining ko'ndalang egatchasidan iborat bo'lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o'ng va chap tomonda qov burmalari bor, qov orqa tomondan katta jinsiy lablarga qo'shilib ketadi. Qov tuklar bilan qoplangan bo'ladi. Voyaga yetgan ayolda qovdagi junning yuqori chegarasi gorizontal chiziq shaklida bo'ladi. Bunga qarama-qarshi o'laroq erkaklarda qov junining yuqori chegarasi yuqoriga tomon o'tkirlanib, qorinning oq chizig'i bo'ylab ba'zan kindikkacha boradi (2.1-rasm).



2.1-rasm. Ayol tashqi jinsiy a'zolarining tuzilishi

Bolalik davrida qov tuksiz bo'ladi, keksalik davrida esa qovdagi tuklar siyraklashib qoladi. Qovda tuklarning o'sishi tuxumdonlarning va qisman

buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq. Ba'zi ayollarda qov tuklari erkaklarga xos qoplangan yoki yetarlicha qalin bo'lmaydi, bu esa jinsiy a'zolarining yaxshi yetilmaganligidan va tuxumdonlar funksiyasining yetarli emaganligidan dalolat beradi. Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora) – uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o'tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o'tadi, orqa tomonda esa sekin-asta torayib pastga tushadi va o'rta chiziqda bir-biriga qo'shilib, orqa bitishma (commissura labiorum posterior)ni hosil qiladi. Katta jinsiy lablar sirtini ham tuklar bosgan, ter va yog' bezlari bo'ladi. Katta jinsiy lablarning ichki yuzasi shilliq pardaga o'xshaydigan nozik pushti teri bilan qoplangan. Katta jinsiy lablar orasi jinsiy yoriq (rima pudendi) deb ataladi.

Katta jinsiy lablar 3/2 qismida qin dahlizining katta bezlari – Bartolin bezlari (glandulae Bartholinii) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar-naysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) o'rtasidagi joy oraliq (perineum), deb ataladi. Oraliq muskul-fassiyadan tuzilgan plastinka bo'lib, tashqaridan teri bilan qoplangan; terida orqadagi bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha davom etadigan chiziq ko'rinadi, u oraliq choki (raphe perinyei) deb ataladi. Tashqaridan qaraganda oraliq balandligi (orqadagi bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha bo'lgan masofa) 3–4 sm. Oraliq yuqoriga (ichkariga) tomon torayib boradi, chunki qin va to'g'ri ichak bir-biriga yaqinlashib keladi. Shu tariqa, oraliqning muskul-fassiya qatlami yuqoriga tomon torayib boruvchi ponaga o'xshaydi.

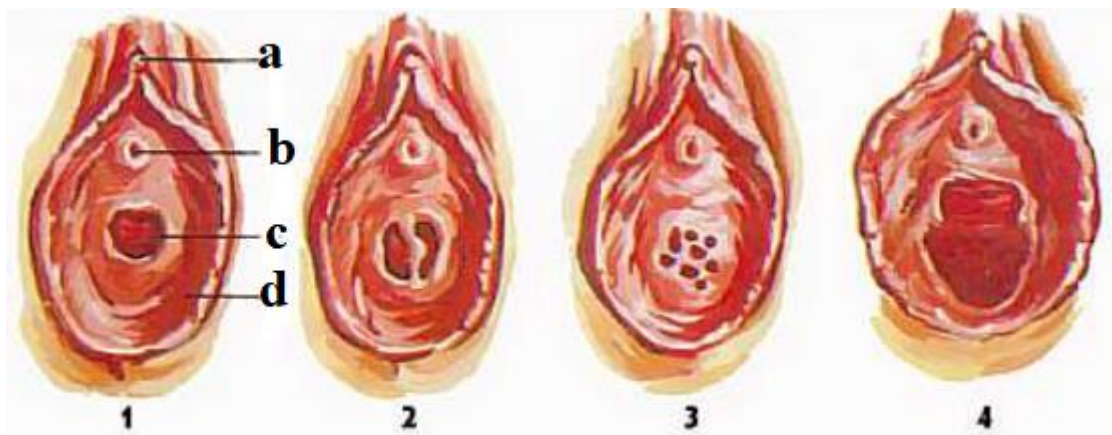
Kichik jinsiy lablar (labia pudendae minora) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo'lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo'ylab yotadi. Odatda, katta jinsiy lablar kerilgandagina kichik jinsiy lablar ko'rinadi, lekin bular ba'zan baland bo'lib, tashqariga turtib chiqib turadi. Kichik jinsiy lablar oldingi tomonda ikkiga bo'linib, ikki juft oyoqcha hosil qiladi. Oyoqchalarning oldingi jufti o'rta chiziqda, klitor ustida bir-biri bilan qo'shilib, kichkina burma hosil qiladi, bu burma klitorning chekka kertmagi (prepu tium clitoridis) deb ataladi. Oyoqchalarning ikkinchi jufti klitor ostida birlashib, uning yuganchasi (frenulum clitoridis)ni hosil qiladi.

Klitor (clitoris) — kichkina konussimon tuzilma (erkaklar jinsiya'zosi (penis)ga analog a'zo) bo'lib, qo'shilib ketgan ikkita (g'orsimon) tanadan iborat. G'orsimon tanalarda tutash bo'shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo'shliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarining qo'shilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina do'mboqchaga o'xshab turtib chiqib turadi. Klitorning boshchasi, tanasi g'orsimon tanalar va oyoqchalardan tuzilgan bo'lib, qov va quymich

suyaklarining suyak usti pardasiga borib yopishadi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko‘p. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy hissiy a‘zovidir. Jinsiy qo‘zg‘alish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib ketishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (ereksiya).

Qin dahlizi (vestibulum vaginae) – oldingi tomondan klitor, orqa tomondan katta jinsiy lablarning orqadagi bitishmasi, ikki yon tomondan kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi, qin tomondagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan iborat. Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali)ning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yo‘llari ochiladi. Qin dahlizida shingilga o‘xshash mayda bezlar va ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan chuqurchalar (kriðtalar yoki lakunalar) ko‘p. Siydik chiqarish kanali (urethra). Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2–3 sm orqada bo‘lib, yumaloq, ba‘zanyoriq, yulduz yoki yarimoy shaklidir. Uretraning uzunligi ayollarda 3–4 sm, eni o‘zgaruvchan, kanali oson cho‘ziladi (diametri 1 sm.gacha boradi va undan ham oshadi). Uretra kanali deyarli to‘ppa to‘g‘ri yo‘l oladi, picha yuqoriga egilgan bo‘ladi. Uretra boshidan oxirigacha qinning oldingi devoriga qo‘shilgan. Qin devorining shu qismi milkka o‘xshab picha do‘ppayib turadi.

Qizlik pardasi (hymen) – qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan bo‘lib, iffatli qizlarda qin kirish qismini to‘sib turadi(2.2-rasm.).



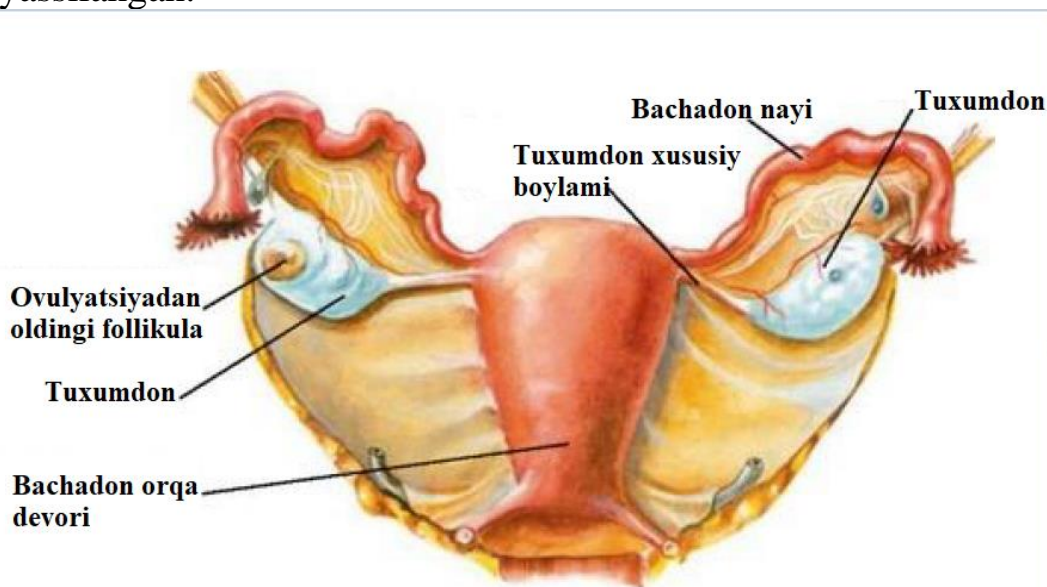
2.2-rasm. Qizlik pardaning turli anatomik tuzilishdagi turlari: 1-uzuksimon; 2-to‘siqsimon; 3-panjarasimon; 4-tug‘ruqdan keyin; a-klitor; b-uretraning tashqi teshigi; c-qizlik parda; d-kichik jinsiy lablar.

Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, plastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Qizlik pardasining teshigi bo‘ladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarimoy, kungirador va naysimon shaklda bo‘ladi.

2.2. Ichki jinsiy a'zolar

Ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar kiradi (2.3- rasm). 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. 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 kislota reaksiyali bo'lishi qin batsillalari 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 noxsimon shakldagi ichi bo'sh a'zo bo'lib, oldingi-orqa yo'nalishda bir oz yassilangan.



2.3-rasm. Ayollar ichki jinsiy organlari

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 1sm 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.

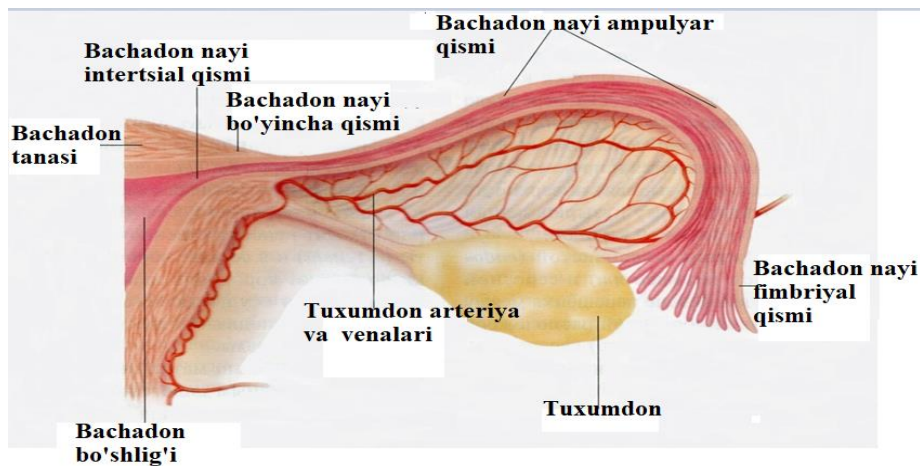
Bachadonning uzunligi 7-9 sm ni tashkil qiladi. Kengligi tubi sohasida 4,5-5 sm ni, devorlarining qalinligi 1-2 sm ni tashkil qiladi. Bachadon massasi 50g dan 100g gacha boradi.

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

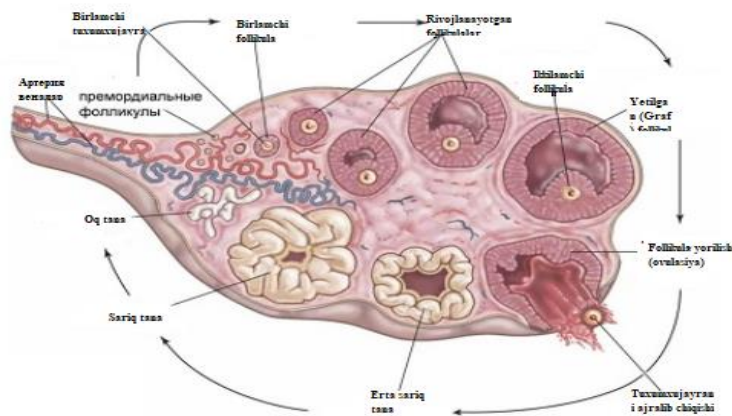
Bachadon kichik chanoq bo‘shlig‘ida qovuq bilan to‘g‘ri ichak orasida, chanoq devorlaridan teng masofada joylashgan. Bachadon tanasi oldinga, simfizga biroz egilgan (bachadon anteverziyasi), bo‘yniga nisbatan (bachadon antefleksiyasi) bu burchak oldinga ochilgan. Bachadon bo‘yni orqaga qaragan, tashqi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

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 silindrsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan shilliq pardasi, o‘rta-muskul va tashqi-seroz qavatdan tashkil topgan. Bachadon naylarning bachadon devori bag‘riga o‘tuvchi interstitsial qismi, hammadan ko‘ra ko‘proq toraygan o‘rta qismi va voronka holida tugallanadigan keng ampulyar qismi tafovut qilinadi(2.4-rasm).

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 qavatli bilan qoplangan, buning ostida biriktiruvchi to‘qimadan iborat oqsil pardasi joylashgan bo‘ladi (2.5-rasm).



2.4-rasm. Bachadon naylari anatomiyasi



2.5-rasm. Tuxumdonlarni tuzilishi

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

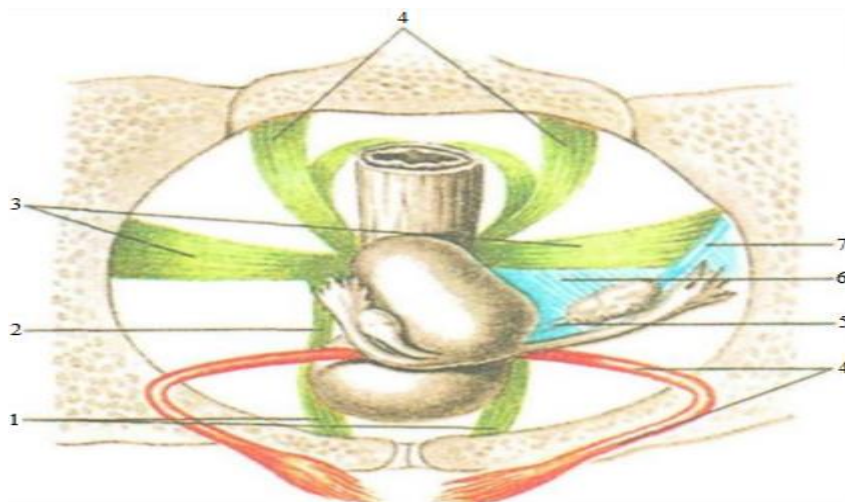
Jinsiy jihatdan yetuklik davrida tuxumdonlarda oy sayin tuxum hujayralar ritmik ravishda yetilib borib, urug'lanishga yaroqli bo'lib qoladi va qorin bo'shlig'iga chiqib turadi. Tuxumdonlar ichki sekresiya bezlari bo'lib, jinsiy gormonlar ishlab chiqarib turadi.

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

2.3. Jinsiy a'zolarining 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(2.6-rasm).



2.6-rasm. Bachadon boylam apparati(sxema). Yashil va qizil ranglarda biriktiruvchi to‘qimali, ko‘k rangda-qorindagi boylam apparatlari tasvirlangan: 1-lig.pubovesicalia; 2-lig.vesicouterinum; 3-lig.cardinale; 4-lig.sacrouterinum; 5-lig.ovari proprium; 6-lig.latum uteri; 7-lig.suspensorium ovarii; 8-lig.teres uteri.

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.

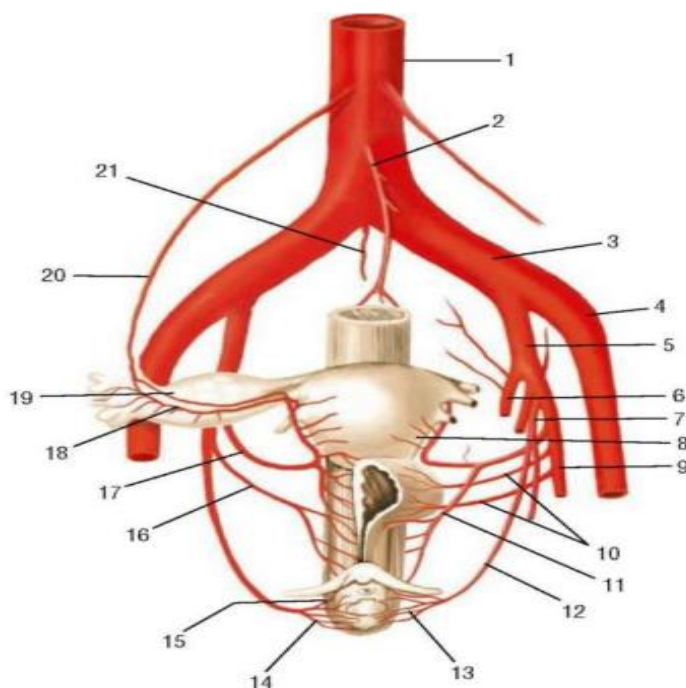
Mustahkamlovchi apparatiga dumg‘aza-bachadon boylamlari, asosiy boylamlar, bachadon-qovuq va qovuq-qov boylamlari kiradi. Dumg‘aza-bachadon boylamlari bachadon tanasining bo‘yniga o‘tish sohasida orqa yuzasidan boshlanib, ikkala tomondan to‘g‘ri ichakni o‘rab o‘tadi va dumg‘azaning oldingi yuzasiga birikadi. Bu boylamlar bachadonni bo‘ynini 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, soʻngra qovuq-qov boylamlari tarzida simfizga qadar davom etadi. Bachadonning tutib turuvchi yoki tayanch apparatiga chanoq tubining uch qavat muskullari va fassiyalari kiradi.

Bachadon yon boʻlimlaridan tortib, chanoq devorlarigacha boʻlgan kamgakni bachadon yoni – parametral kletchatka (parametriy) egallab turadi, bundan tomir va nervlar oʻtadi Parametral kletchatkadan tashqari paravezikal (qovuq yoni), paravaginal (qin yoni) va pararektal (toʻgʻri ichak yoni) kletchatkasi ham chanoq kletchatkasi tarkibiga kiradi.

2.4. Jinsiy aʼzolarining qon, limfa tomirlari va nerv tizimi

Jinsiy aʼzolar qon va limfa tomirlari tarmogʻi bilan moʻl-koʻl taʼminlangan. Ichki jinsiy aʼzolarini qon bilan taʼminlab turadigan asosiy manbalar bachadon va tuxumdondan arteriyalaridir, bularning oxirgi boʻlimlari bir-biri bilan anastomozlar hosil qiladi (2.7-rasm). Jinsiy aʼzolarining hamma arteriyalari bir nomdagi venalar bilan birga davom etib boradi.



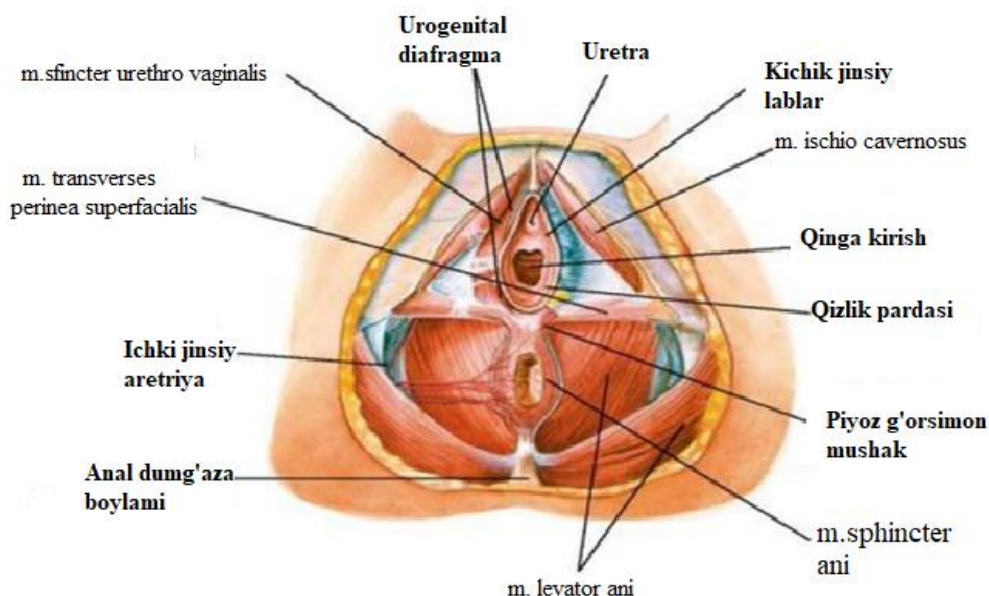
2.7-rasm. Ayollar jinsiy organlarini qon bilan taʼminlanishi: 1 - a. abdominalis; 2 - a. mesenterica inferior; 3 - a. iliaca communis; 4 - a. iliaca externa; 5 - a. iliaca interna; 6 - a. glutea superior; 7 - a. glutea inferior; 8 - a. uterine; 9 - a. umbilicalis; 10 - aa. vesicales; 11 - a. vaginalis; 12 - a. pudenda interna; 13 - a. perinealis; 14 - a. rectalis inferior; 15 - a. clitoridis; 16 - a. rectalis media; 17 - a. uterina; 18 - r. tubarius a. uterinae; 19 - r. ovaricus a. uterinae; 20 - a. ovarica; 21 - a. sacralis mediana

Jinsiy a'zolarning 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 nerv tizimi, shuningdek orqa miya nervlari ishtirok etadi. Jinsiy a'zolar faoliyatini oliy nerv markazlari idora etib turadi.

2.5. Kichik chanoq yumshoq to'qimalari

Chanoq tubidagi muskullar kichik chanoq ichidagi a'zolarning 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 berkitib 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'rtaga (markazga) qarab keladi va paylari bilan o'zaro birlashadi. Bu joy paylar markazi (centrum tendineum) deb ataladi. Chanoq tubi quyidagi uch qavat muskuldan iborat (2.8-rasm).



2.8-rasm. Ayollar chanoq tubi tuzilishi

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 muskuldan, 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 kiladi. 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.

III BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI FIZIOLOGIYASI

3.1. Hayz sikli

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

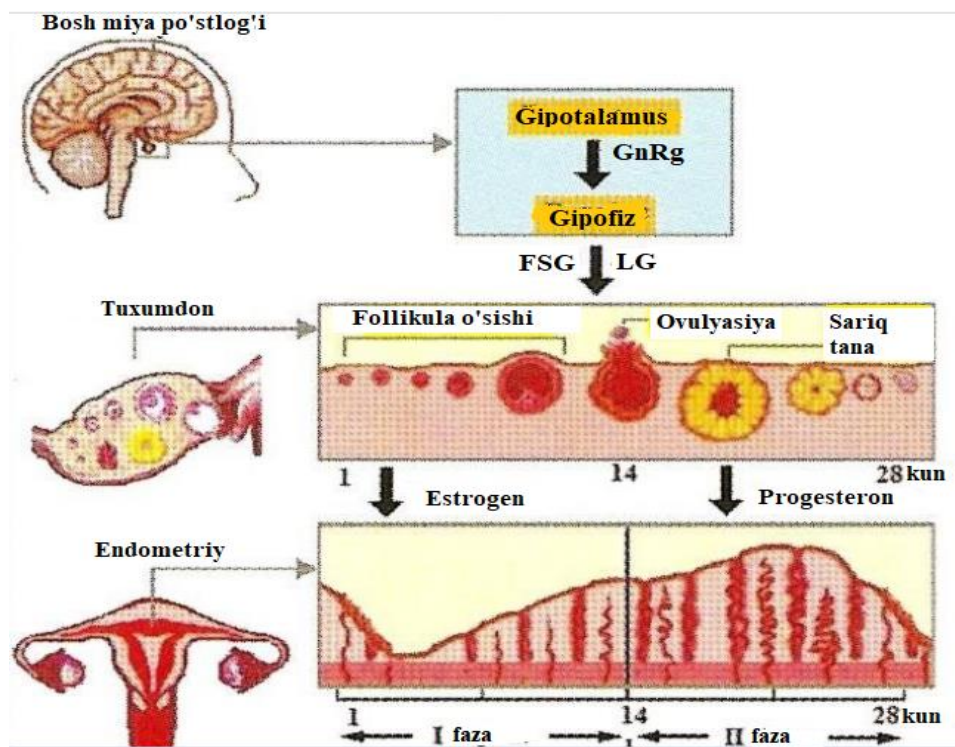
Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan- kam ayollarda 21 yoki 30-32 kun davom qiladi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizmida turli o'zgarishlar kuzatiladi.

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). Birinchi oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokamp, bodomsimon tana) kiradi (2.8-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 kismida 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 nerv tizimining hayz siklini boshqarishda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof muhitdan uzatiladigan

impulslarning bir-biri bilan bog‘lanishlarini ta‘minlaydi. Shu bilan bir qatorda u ichki sekresiya 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.



3.1-rasm. Hayz siklining boshqarilishi

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 sekresiya ta‘sirida nazorat kilinadi. 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 bezi.)

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 follikula yetila

boradi, bu jarayonga FSG va LGgormonlari 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 pufakchalari deb ataladi. Shundan keyin ovulyatsiya ro'y beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikula 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.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasidagi o'zgarishlar. Hayz qoni to'xtab bachadon shilliq pardasida qayta qurish (bitish), ya'ni regeneratsiya jarayoni.

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 fagotsitoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari 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 sekresiya 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, spongioz va bazal qismlarga bo'linadi.

Sekretor fazaning oxirini hayz ko‘rish oldi, homiladorlikning boshlanish oldi deb hisoblasa 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 1 yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuldan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi. 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 sekresiya ta‘sir qilibgina qolmasdan, balki yuzada joylashgan bezlarda glikogen ajralishiga imkon beradi.

Ko‘p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyadan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan 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 bezini olib tashlansa, follikullar taraqqiyoti to‘xtab sariq tana vujudga kelmaydi. Bundan gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma‘lum bo‘ladi. Shunday qilib, spesifik bo‘lmagan gonadotrop gormoni tuxumdonning spesifik jinsiy gormonlari - estrogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta‘minlar ekan.

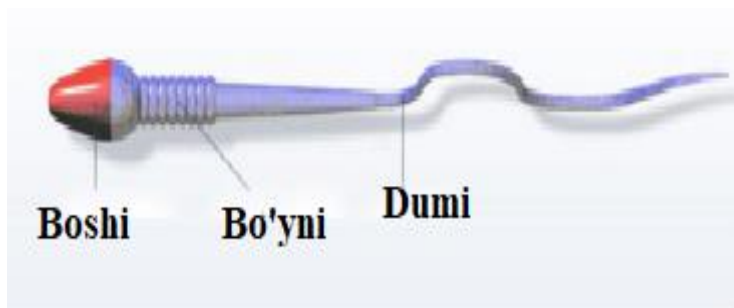
IV BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI

4.1. Homiladorlikning boshlanishi va embrionning taraqqiyoti

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 spermatogenlardan tashkil topadi. Spermatagenlar jinsiy bezlarning egri-bugri kanallari ichki yuzasida joylashgan bo'ladi.

Yetuk (tuxum hujayra bilan qo'shilish qobiliyatiga ega) spermatozoidlar yetilishi uchun spermatogenning rivojlanish jarayoni – spermatogenez sodir bo'lishi lozim. Bu jarayon o'g'il bola balog'atga yetishi bilan boshlanadi. Spermatogenlar tez ko'payib spermatotsitlar birinchi qatoriga aylanadi, qisqa o'sish davridan keyin yetilish fazasi vujudga keladi. Etilish 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 differentsiatsiya jarayoni natijasida butunlay boshqa ko'rinishga- spermatozoidlarga aylanadi (4.1-rasm).

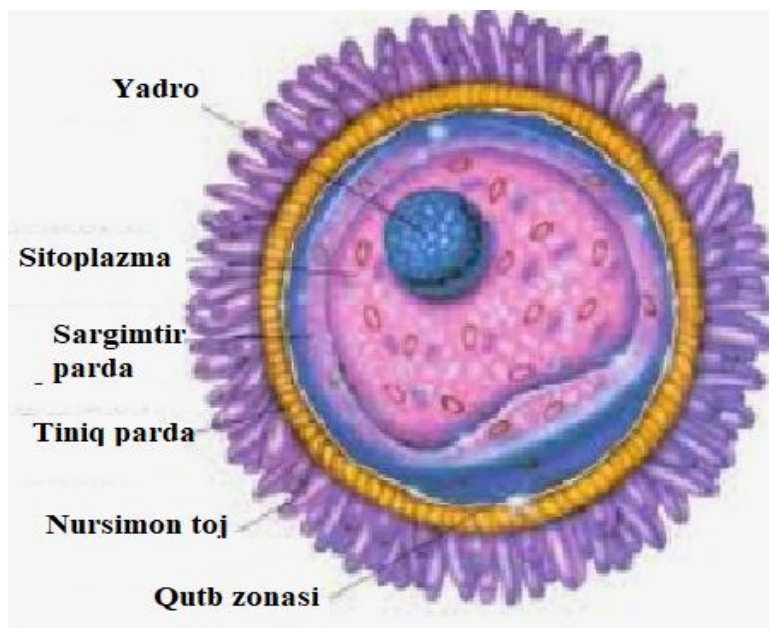


4.1-rasm. Spermatozoidni tuzilish

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 minutiga 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 shillikli tiqin shu sohaga cho‘zilib tushadi va spermatozoidlarni shimib oladi. Orgazm tugagach, bachadon bo‘yni qisqaradi va shillikli 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 muhitda 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 hayot qobiliyatini saqlashi mumkin.

Ayol tuxum hujayrasi to‘la yetilmaguniga 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 (4.2-rasm).



4.2-rasm. Ayol tuxum xujayrasi tuzilishi

Tuxum hujayraning taraqqiy qilishi (ovogenez) quyidagicha kechadi. Ovogeniya ortiq ko‘paymay, 1-qatordagi ovotsitga aylanadi, bu bir oz kattalashadi, shu jarayon oxirida ovotsit birinchi marta bo‘linadi. Natijada 2 ta hujayra shakllanib, kattasi ikkinchi qatordagi ovotsit, kichkinasi esa mayda yo‘naluvchi yoki reduksion tanacha deb ataladi. Shundan keyin ikkinchi

qatoridagi ovotsit 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 ovotsit 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-qatoridagi ovotsitdan 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 tuxumdonidagi boshlang‘ich follikullardan bittasi yoki ikkitasi rivojlana boshlaydi. Yapaloq holatdagi donador hujayralar shisha boshlaydi va ular kattalashib silindr, uch burchak 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 granulyoz (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.

Follikula 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 hayzning birinchi kundan hisoblanadi.

4.2. Urug‘lanish. Urug‘langan tuxumning bo‘linishi va uning bachadonga implantatsiyasi

Urug‘lanish deb, erkak urug‘i yadrosi bilan ayol urug‘i yadrosining qo‘shilishiga aytiladi. 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 aktiv 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 tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, erkak spermatozoidlarning ayol tuxumxujayrasi 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 naychanning 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 olib kelishi mumkin .

4.3.Urug‘lanish

Bachadon nayi ampulyar qismiga tushgan tuxumxujayrasiga 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‘prikcha rolini o‘ynaydi. Aytib o‘tganimizdek, ovulyatsiyada tuxumdonidan ajralib chiqqan tuxum hujayra shu kiprikcha orqali naychaga o‘tadi. Naycha ichidagi spermatozoidlar tuxum hujayrasiga peshvoz chiqib shu yerda ular qo‘shiladi. Urug‘langan tuxum hujayra – zigota - naychanning peristaltika harakati tufayli bachadonga qarab bo‘linish jarayonida yo‘naladi. Bu jarayonda ayolar gormonlarining o‘mi benihoya katta.

Xususan, estrogen gormonlar bachadon naychalari, mushaklarning qisqarish aktivligini ta'minlaydi, jumladan naychalarning peristaltikasini amalga oshiradi.

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

Eritish 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 kirgach 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.

4.4. Urug'langan tuxumxujayra (zigota) ning bo'linishi va uning bachadonga implantasiyasi

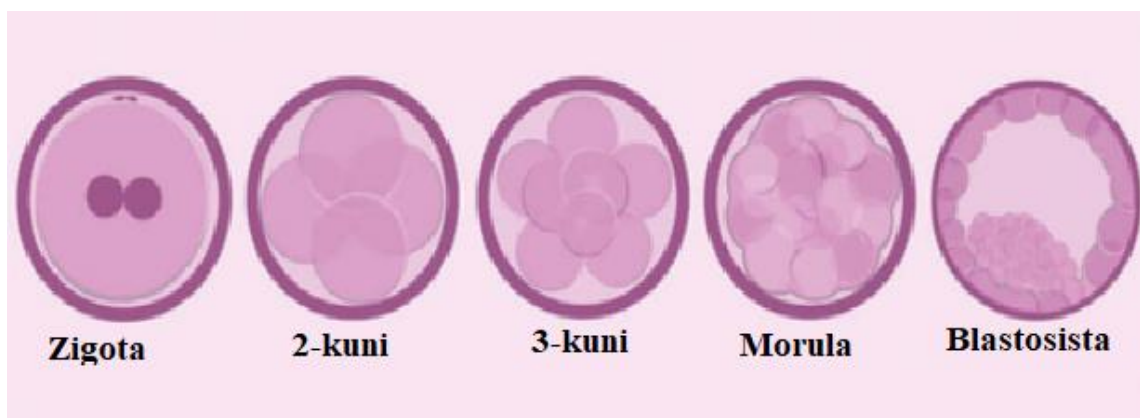
Urug'langan tuxum maydalanish davriga o'tadi, natijada u blastomer deb ataluvchi qiz hujayralariga bo'linadi, bunda har bir shar o'z navbatida maydalanishga uchraydi va tut donasini eslatadigan blastomerlar kompleksi - morulani hosil qiladi.

Blastomerlar qiz hujayralariga bo'linganda bu bo'lingan xujayralarining 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. Urug'langan tuxum xujayra naycha ichida surilish jarayonida ona tuxumlari bilan morfologik jihatdan bog'liq bo'lmaydi (4.3-rasm).

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 implantasiyasini taminlaydi.

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 blastotsitga aylangan bo'ladi. Pushtning blastotsit bosqichida uning hujayralarining bir qismi (sirikoklari) embrioblastni tashkil etib, undan kelgusida embrion rivojlanadi. Qolgan kichik xujayralar pusht chekkarog'ida joylashib, oziqlantiruvchi pardani – trofoblastni tashkil etadi. Trofoblast shuningdek pushtning bachadon devoriga implantasiyasini taminlaydi. Bu jarayon trofoblast ishlab chiqaradigan fermentlar bachadon shilliq pardasini eritish va bu yerda blastotsitning botib kirishiga imkon beradi.



4.3-rasm. Urug'langan tuxum xujayraning bo'linishi

Blastotsista 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. Blastotsitaning bachadon shilliq qavatiga botib kirish jarayonida atrofidagi to'qimalarda qon tomirlar jadal rivojlanib ko'payadi, biriktiruvchi xujayralar soni ortadi, ularda glikogen to'planadi. Shilliq parda implantasiyasini (implantatsiya) paytida o'zining sekresiya davrini o'tayotgan bo'ladi. Bu davrda unda pusht oziqlanishi uchun zarur moddalar to'plangan. Buning ustiga trofoblast tufayli pusht atrofida to'qimalar yemirilish 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.

4.5.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, unda bezlarning chiqaruv naychalari o'tadi. Stroma tolalari to'rida yirik, ko'p qirrali pufaksimon yadroli desidual

hujayralar joylashadi. Ular glikogenga boy, fagotsitoz 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 basalis da esa, aksincha, zich va g'ovak qavatlar qabarib rivojlanadi. Unda, aksincha, qon tomirlar juda rivojlanib kapillyarlar zich tomirlar to'rini 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.

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 taraqqiyotining keyingi bosqichlarida so'rg'ichlararo bo'shliq faqatgina plasenta 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. Blastotsistaning 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. Blastotsista 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 taminlaydi.

Homila taraqqiyotning 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 sekresiya 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 aktiv modda prostaglandinlar aniqlangan. Funksional 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, fagotsitoz xususiyatiga ega. Zich qatlamga 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 plasentaning 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 biriktiruvchi to'qimadan va epiteliydan tuzilgan. Bu epiteliy

homila suvi hosil bo'lishi va almashuvida 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 taminlanadi. Suvga homila siydigi ham ajraladi, shuningdek teri epidermis hujayralari moy bezlari sekreti, 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.

4.6.Plasenta

Plasenta (placenta) ko'rinishidan kulchasimon dumaloq, qalin va yumshoq bo'lib, diametri 18sm, qalinligi 2-3 sm va og'irligi 500-600 g bo'ladi. Uning ikkita yuzasi va bachadonga tegib turadigan ona yuzasi bor. Plasentaning 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. Plasentaning 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. Plasentada qon tomirlar tarmoqlanib, uning vorsinkalari oralig'iga joylashadi, natijada homila uchun kerakli moddalar almashinuvi sodir bo'ladi. Homilaning qon tomirlar sistemasi har bir plasenta 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 sistemasini tashkil qiladi. Binobarin, ona va bola qon aylanish sistemalari alohida –alohida bo‘lgani uchun qon hech qaerda bir-biri bilan aralashmaydi. Lekin vorsinka kapillyarlari va ularni qoplab turgan epiteliylar orasidagi pardalar juda yupqa bo‘lganligi tufayli har ikkala qon tomir sistemasi orasida aloqa bog‘lanadi. Bunday aloqa ona bilan bola o‘rtasida moddalar va havo almashinuvini ta‘minlaydi. Shu jihatdan plasenta homilaning oziqlanishini, nafas olishini va almashinuvchi moddalarning ajralishini ta‘minlaydigan a‘zo hisoblanadi. Bundan tashqari, plasenta gonadotrop gormonlar, estrogenlar va proGESTeron ishlab chiqarib, homiladorlik hamda tug‘ruqning normal o‘tishini ta‘minlaydi(4.4.-rasm).



4.4.-rasm. Plasentaning tuzilishi

Agar plasentaning biror qismi (yarmisi) ishdan chiqsa (o‘rnidan ko‘chsa yoki turli patologik o‘zgarishlar yuz bersa), homilada kislorod tanqisligi vujudga keladi va halok bo‘ladi. Shuningdek, plasentaning ko‘proq qismida qon aylanishi buzilsa, ya‘ni katta infarkt hosil bo‘lsa, plasentaning nafas yuzasi kamayadi va natijada homila nobud bo‘lishi mumkin. Fiziologik holatda plasenta 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. Plasenta orqali homilaga onadan kislorod, uglevod, gormonlar, vitaminlar va oqsil moddalar va boshqalar o‘tadi. Oqsil moddalar plasentadan 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 plasentaning 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 plasentaga oqadi, vena tomirlari orqali esa kislorodga boy bo'lgan arterial qon plasentaga 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 dirildoq bilan o'ralgan bo'ladi. Kindik tashqaridan amnion bilan qoplangan bo'lib, uning ichida varton dirildog'i joylashgan.

Shunday qilib, kindik, placent, 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 jarroxlik qilib olib tashlanganda plasentadagi xorion gonadotropin bachadonning vaqtidan oldin qisqarishini 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).

4.4. Homilaning rivojlanishi

Odatda homiladorlik 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 taraqqiy qiladi. 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'rinishda 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.

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 (mekoniy) 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 yopilmagan 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 gavidasining nisbati normal holga keladi. Bu muddatda homilaning bo'yi 50 sm ga, og'irligi 3200-3500g ga yetadi.

4.5. Homilaning yetilganligini ko'rsatadigan belgilar

Homiladorlik muddatining oxirida yetilgan homila belgilari quyidagicha bo'ladi:

1. 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, chanog'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 kipriklari yaxshi bilinib turadi.

3. Plasentaning onaga (bachadonga) yopishgan sathi qizil, kulrang, birmuncha yaltiroq (bu holat ko'chib tushadigan parda hisobiga) bo'ladi, 15-20 bo'lakka bo'lingan bo'laklar 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 silindrik 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 yupqalashib, 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 suvining tarkibi juda murakkab, unda homila tanasining sochlari, qisman yog' bezlaridan ajralgan homila tanasini qoplagan moy va boshqa elektrolitlar, mikroelementlar va oqsil mavjuddir.

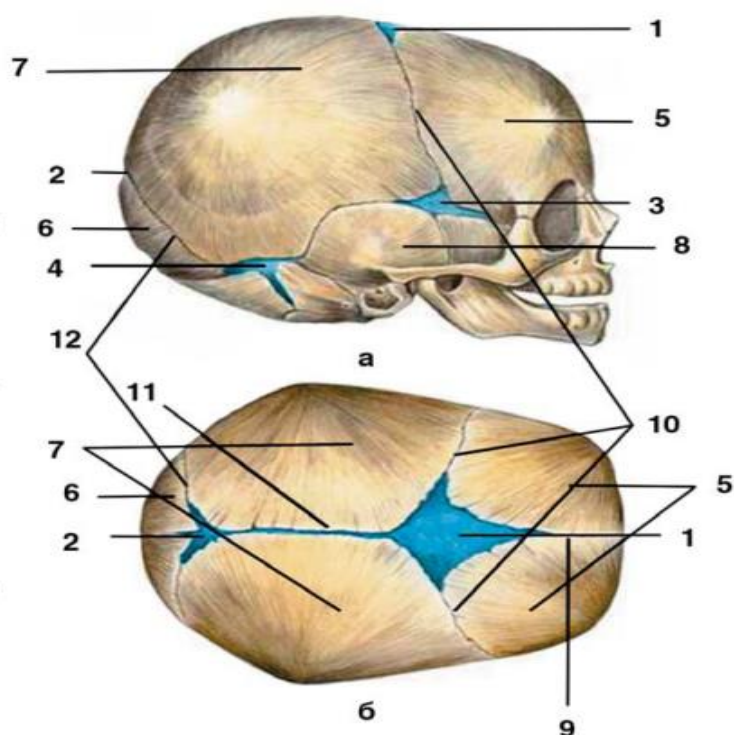
7. Yetilgan homila tug'ilishi bilan qattiq qichqiradi, qimirlaydi, chuqur va bir xil nafas oladi. Uning terisi pushti rang, yelkasi va orqasining yuqori qismi mayin tuk bilan qoplangan bo'ladi. Teri osti qavati yaxshi rivojlangan, terisida kulrangsimon moy qoldiqlari saqlangan bo'ladi.

4.6. Yetilgan homila boshining o'lchamlari

Yetilgan homilaning boshi uning eng katta qismi xisoblanadi. 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 – Fontiulus deb ataladi. Kichik va katta liqildoq bo'ladi (4.5-rasm).

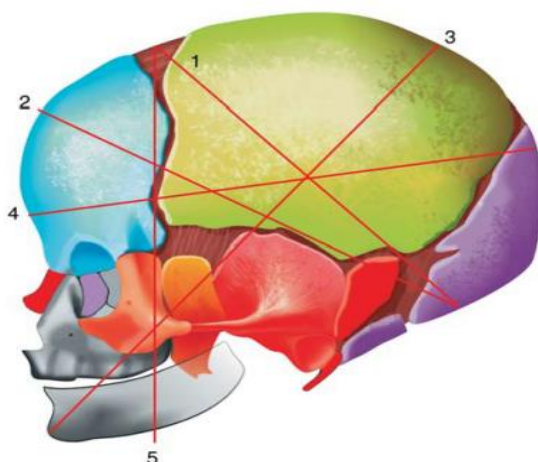
Katta liqildoq peshona choki bilan o'qsimon chokning birlashgan joyida hosil bo'ladi. Bu liqildoqlar faqat fibroz pardadan iborat. Katta liqildoq (fonticulus magnus) o'tkir burchagi bilan peshonaga, to'mtoq burchagi ensaga qaragan romb shaklida bo'ladi. Katta liqildoq tomon keladigan 4 ta chokning har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



4.5-rasm. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning bosh suyagi: a - yon ko‘rinishi; b - yuqoridan ko‘rinish: 1 - katta liqildoq; 2 – kichik liqildoq; 3 - xanjar shaklidagi liqildoq; 4 - mastoidal liqildoq; 5 - peshana suyak; 6 - ensa suyak; 7 - tepa suyak; 8 - temporal suyak; 9 – peshana choki; 10 - koronal chok; 11 – o‘qyoysimon chok; 12 – ensa choki

Yetilgan homila boshi quyidagi to‘g‘ri, ko‘ndalang va aylanma o‘lchovlar bilan o‘lchanadi(4.6-rasm).

1. Peshona suyagidagi ikki qosh oraliq‘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.



4.6-rasm. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning bosh suyagi (yon ko‘rinish). Bosh suyagining sagittal o‘lchamlari: 1 - kichik qiyshiq o‘lchami; 2 – o‘rta qiyshiq o‘lcham; 3 - katta qiyshiq o‘lcham; 4 – to‘g‘ri o‘lcham; 5 - vertikal o‘lcham.

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. Tepa 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.

V BOB. AYOLLAR CHANOQ'I

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

Ayollar chanoq'i to'rta 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 qirrasasi (*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 ensizlanib 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 supراسi 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 sacralia) yarim bo'g'im (amortroz) — 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) qimirlamaydigan 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 chiziq (lin. terminalis) ajratib turadi.

1.1.Chanoq suyagining o'lchovlari

Ayollar chanog'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.



5.1-rasm. Ayol chanog'i

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 kalta (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 (5.2-rasm).

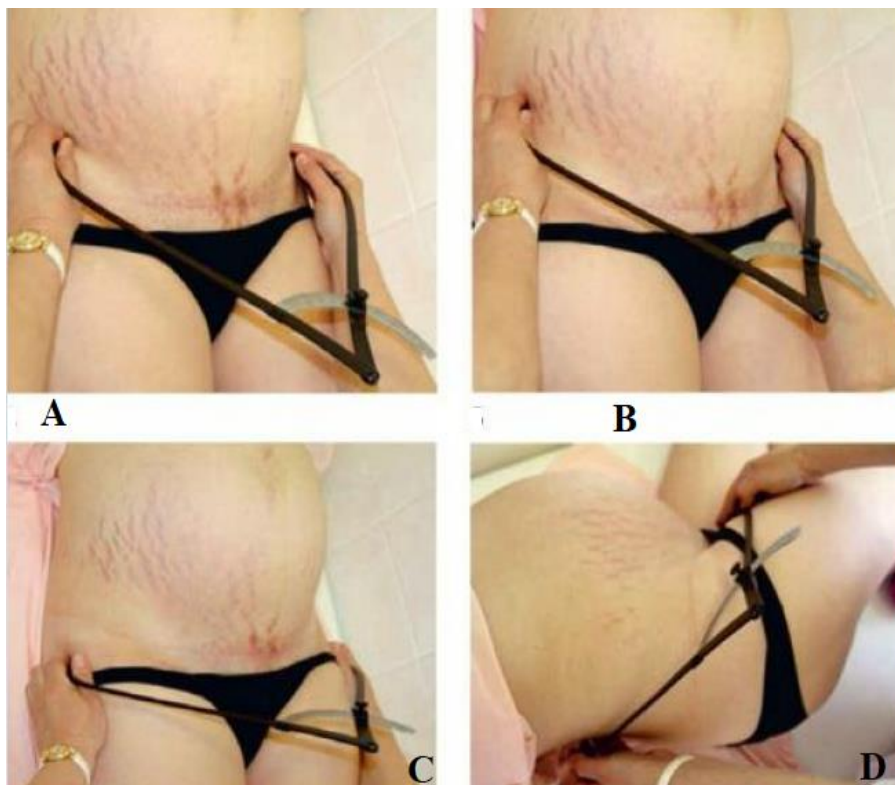


5.2-rasm. Chanoq o‘lchagich

Ayol kushetka yoki karavotga chalqancha yotadi, akusher esa ayolning o‘ng tomoniga qaragan holda o‘tiradi, chanoq o‘lchagichning ikki oyog‘ini ikki qo‘liga 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 (5.3-rasm).



5.3-rasm. Chanoq suyagining tashqi o‘lchamlarini o‘lchash: A - distantia spinarum; B - distantia cristarum; B - distantia trochanterics D - konjugata yexterna

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.

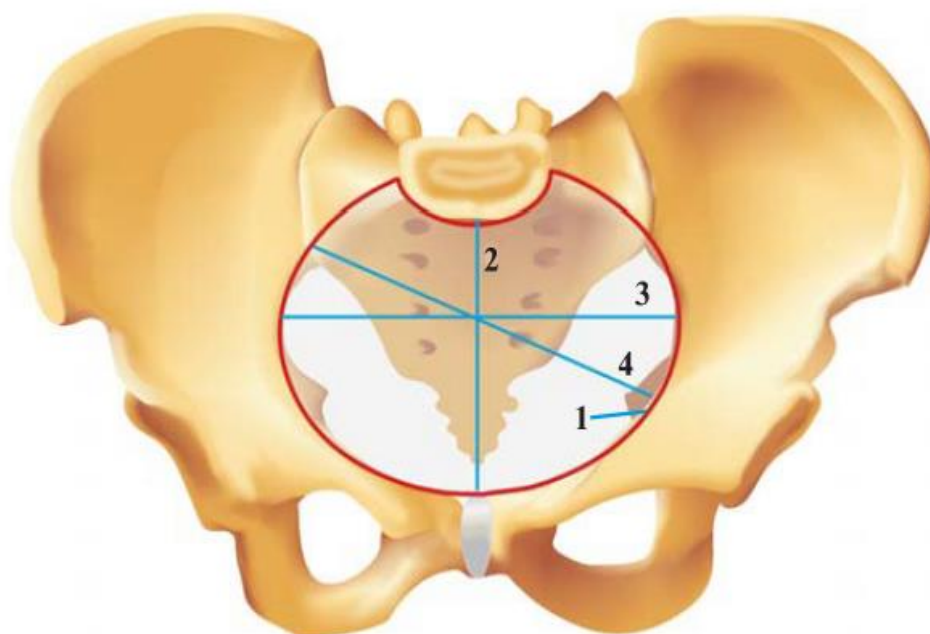
Kichik chanoq o‘lchovlari. Kichik chanoq akusherlik nuqtai nazaridan tug‘ish yo‘li hisoblanadi. Kichik chanoq yuzasi qov suyagi va simfiz chetlari bilan, orqadan dumg‘aza do‘ngi (promontorium), yonidan nomsiz chiziq bilan chegaralanadi.

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, ko‘ndalang va juft qiyshiq o‘lchovlar (o‘ng va chap) dir (5.4 – rasm).

Chanoqqa kirish qismining to‘g‘ri o‘lchovi — chin kon’yugata (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 kon’yugatadan 0,5 sm kamdir.



5.4-rasm. Kichik chanoq suyagiga kirish tekisligi (kirish): 1 - chegara chizig‘i (linea terminalis); 2 – chin kon‘yugata; 3 - kichik chanoq suyagining ko‘ndalang o‘lchami (lat. - diametri transversa); 4 - kichik chanoq suyagining qiyshiq o‘lchami (lat. - diametr obliqua).

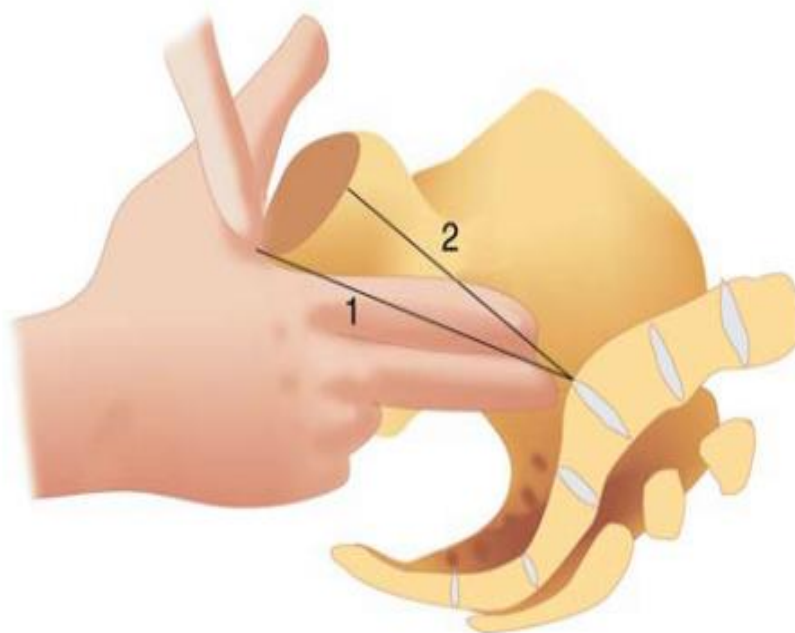
Agar ayol oyoqlari karavot chetidan osiltirilsa (Valxer yotishi) yoki uzatilsa, chin konyugataga 0,5–0,75 sm qo‘shiladi. Aksincha, sonni qoringa bukkanda shuncha kamayadi.

Kichik chanoq kirish sathi to‘g‘ri o‘lchovini 2 ta usul bilan aniqlash mumkin.

1) tashqi kon‘yugata (conjugata externa) dan 9 sm olib tashlansa, to‘g‘ri o‘lchov chiqadi;

2) diagonal konyugata (conjugata diaganalis). 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 kon‘yugata (conjugata vera) chiqadi (5.5 – rasm). Kichik chanoq kirish qismining ko‘ndalang o‘lchovi nomsiz chiziq eng uzoq nuqtalarining orasidagi 13–13,5 sm masofaga teng, bu chin kon‘yugatani 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'mboq 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 (*eminatio ilio pubica*), har bir qiyshiq o'lchov 12 sm ga teng.



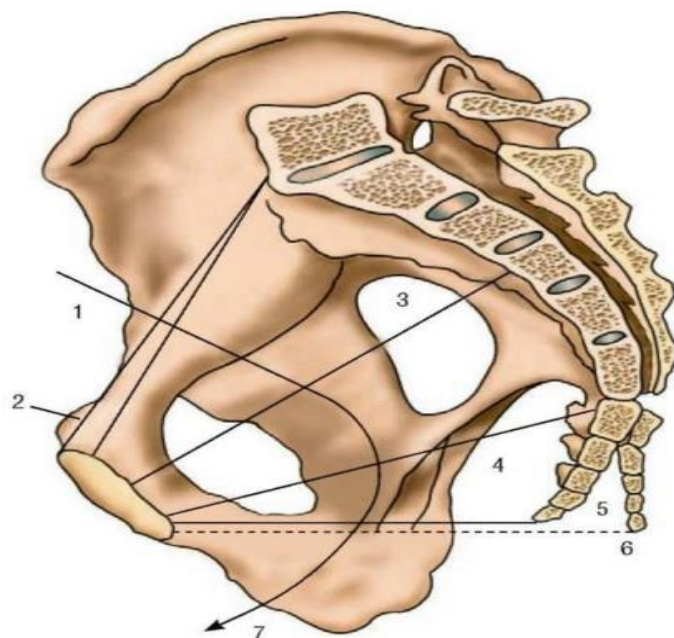
5.5-rasm. Diagonal konyugatani o'lchash

Kichik chanoqning keng sathi oldindan simfizning o'rta qismi bilan, orqadan II va III dumg'aza bo'g'imlari oraliq'i to'g'ri o'lchovi bo'lib, bu 12,5 sm ga teng. Ko'ndalang quymich kosasi oraliq'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 oraliq'i hisoblanadi. Buning to'g'ri o'lchovi simfizning va dumg'aza suyaklarining (*articulatio sacro coccegea*) pastki qismi oraliq'i 11,5 sm bo'ladi. Ko'ndalang o'lchovi – ikkita quymich qirrasini oraliq'i 10,5 sm bo'lib, tor sathi oval shaklda (to'g'ri o'lchov, ko'ndalang o'lchovdan ko'p) bo'ladi (5.6 – rasm).

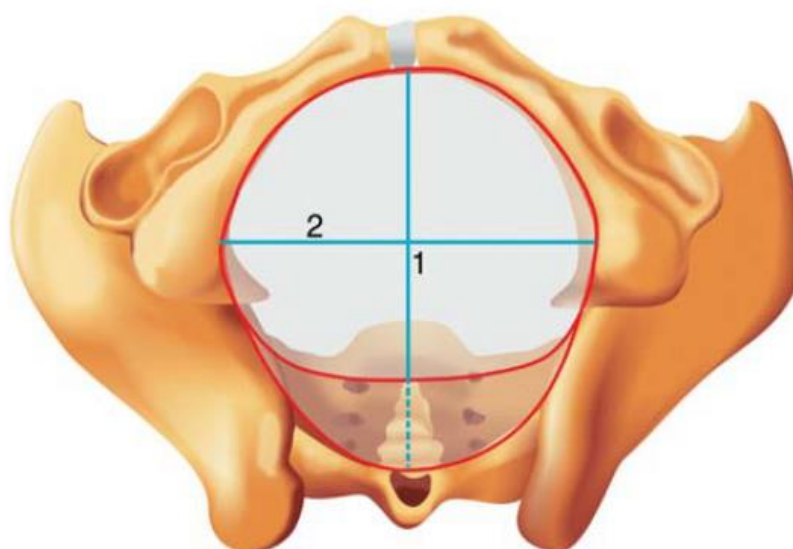
Chanoq chiqish qismining (tubining) yuzasi simfizning pastki cheti bilan quymich do'mbog'i va dum suyagi uchining oraliq'idir.

Chanoqning chiqish qismida 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 oraliq'i bo'lib, 9– 9,5 sm (5.7-rasm).

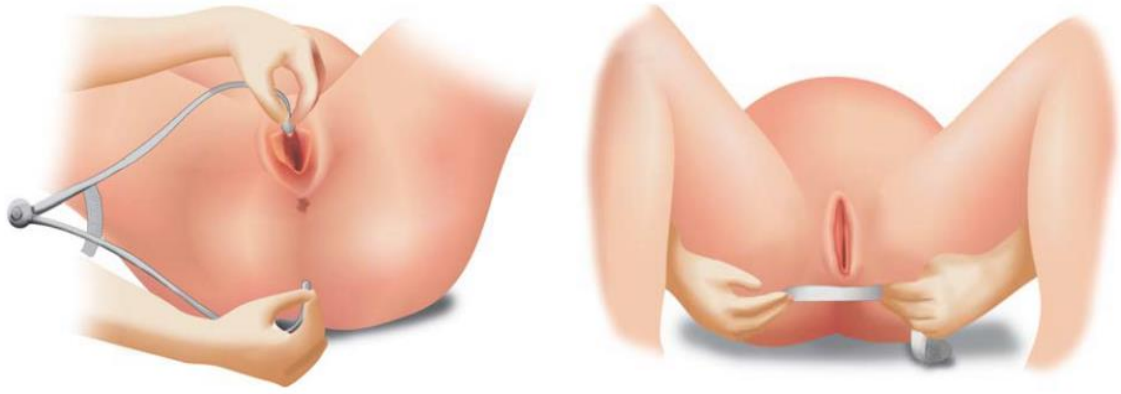
Tug‘ish jarayonida homila boshi va yelkasi tug‘ilishida dumg‘aza va dum suyagini biriktiruvchi bo‘g‘im qo‘zg‘aluvchan bo‘lganiga ko‘ra dum suyagi orqaga qayrilib, bu o‘lchov 11–12 sm ga yetadi. Chanoq chiqish qismining ko‘ndalang o‘lchovi quymich suyagining ichki yuzasi oralig‘i bo‘lib, 11 sm ga teng(5.8-rasm).



5.6-rasm. Kichik chanoq suyagining tekisliklari va o‘tkazuvchi o‘qi: 1 - anatomik konyugata; 2 – chin konyugata; 3 – chanoq tekisligi keng qismining to‘g‘ri o‘lchami; 4 - kichik chanoq tekisligi tor qismi to‘g‘ri o‘lchami; 5 - homiladorlikda kichik chanoq chiqish tekisligining to‘g‘ri o‘lchami; 6 –tug‘ruqda kichik chanoq chiqish tekisligining to‘g‘ri o‘lchami; 7-chanoq o‘tkazuvchi o‘qi.



5.7-rasm. Kichik chanoq suyagining chiqish tekisligi (chiqish): 1 - kichik chanoq suyagining chiqish tekisligining to‘g‘ri o‘lchami; 2 - kichik chanoq suyagining chiqish tekisligining ko‘ndalang o‘lchami



5.8-rasm. Chanoq chiqish o'lchamlarini o'lchash.
A-to'g'ri o'lcham, B-ko'ndalang o'lcham

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.

VI BOB.

6.1. 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 plasentada 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 jarroxliliklar 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 homilaning 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'imir-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'ldovining 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 deydilar. 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 plasenta faoliyatiga bog'liqdir.

Homiladorlikda qorin devori o'rtasidagi oq chiziqda, sut bezlari so'rg'ichi atrofida 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 homiladorlik muddatining (10- oyi) boshlanganini bildiradi.

6.2. Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi

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

Gaz almashinuvi. Xorion kipriklari oraliq'ida, kiprik kapillyarlari devorining juda yupqa pardasi va ularni qoplab turgan epiteliylar

yordamida 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. Gaz 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 organizmidan 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.

Minerallar almashinuvi. Homilador ayol organizmidagi to'qimalarda, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida suv va xloridlar ko'payadi. Bu 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, osteomalyatsiya 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 shifokor tekshiruvidan o'tadilar va ularga vaqtida 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 moddasiing 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) almashiguv. 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 ilgaridan 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 ketsa, toksikozlarning avj olishiga qulay sharoit yaratiladi. Ayol organizmining ayniqsa vitamin A, D, V, Ye, S vitaminlariga bo‘lgan talabi katta bo‘ladi.

S 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 sariq orqali 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, homilaniig 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 organizmda D vitamini yetishmasa, onada osteomalyatsiya, homilada esa raxit kasalligi vujudga kelishi mumkin.

Homiladorlikning normal kechishi uchun Ye va A vitaminlari ham zarur. Agar Ye, 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' qatlamining tashkil topishi, ayniqsa homilaning taraqqiyoti, bundan tashqari, sut bezlarida sut ishlanib chiqishi uchun zarur bo'ladi.

Yog'larning parchalanishi organizmda aseton vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning birinchi yarmida uchraydigan toksikozlarda to'xtovsiz qusganda siydikdan aseton 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, organizmida 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 atsidozga va suv almashinuvining buzilishiga sabab bo'ladi.

Bachadon boylamlaridagi o'gzarishlar. 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 jimjilog'i 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 qaerga yopishganini taxmin qilsa bo'ladi, deyдилar. 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 sistemaning holati. Homiladorlikda endokrin sistema anatomik va fiziologik jihatdan bir qator qarshiliklarga uchraydi. Bu

davrda endokrin sistemaga 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 atsidofil 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 sistemasi nazoratida bo'ladi.

Qalqonsimon bezlardagi o'zgarishlar. Homiladorlikda qalqonsimon 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 nerv sistemasining 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 sistemasining murakkab reflektor reaksiyasiga bog'liqdir. Bachadon retseptorlari 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 sistemasidagi o'zgarishlar. Nevralgik og'riqlar, ayniqsa ishialgiya xususiyatidagi, dumg'aza va bel sohasidagi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha ayolning boldiri va axill payi sohasida tomir tortishadi. Ba'zan periferik nervlarning 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 sistemasi (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 sistemasi, 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 leykoblasi 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, monotsit va limfotsitlarning kamaygani kuzatiladi.

Periferik qonda neytrofilli leykotsitoz va limfopeniya bo‘ladi. Qizil qonda ko‘pincha anemiya holati kuzatilib, gemoglobin foizi va eritrotsit 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.

Y. Q. Jabborova 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 organizmida 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 sistemasi 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 va shunga 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 organizmidan 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.

VII BOB. HOMILADORLIKKA DIAGNOZ QO‘YISH USULLARI

7.1. Anamnez yig‘ish

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 diagnoz qo‘yish uchun quyidagi anamnez chizmasidan foydalanish mumkin:

1. Familiyasi, ismi, otasining ismi
2. Turar joyi, bolalik va o‘smirlikda 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 taraqqiyotiga 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 jarroxliklar 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, narkomaniya, 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 sekresiya bezlari faoliyati buzilishi natijasida hayz juda kech (17-18 yoshdan), odatda O‘zbekistonda yashaydigan qizlarda esa 14-15 yoshdan boshlanadi.

Ichki sekresiya 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’zolarining 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‘zgargan-o‘zgarmaganligini aniqlamoq kerak, hayz funksiyasining bu davrlarda o‘zgarishi ichki jinsiy a’zolarida 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 sistemalari) kasalliklarini va ilgari tug‘ishlarda yuz bergan boshqa kasalliklarni yoki o‘zgarishlarni aniqlash kerak. Tug‘ruqdagi patologik holatlar (vaqtdan 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’zolarida 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 jarroxlik, 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 -gigiena sharoitlari, uning ovqati, qancha uxlashi va dam olishi batafsil aniqlanadi. Homilador ayolning turmush va mehnat sharoitining homila taraqqiyotida, 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.

7.2. Ob'ektiv tekshirish

Homilador ayolni ob'ektiv 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 qiyshiqqligi, 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 qavatlar (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.

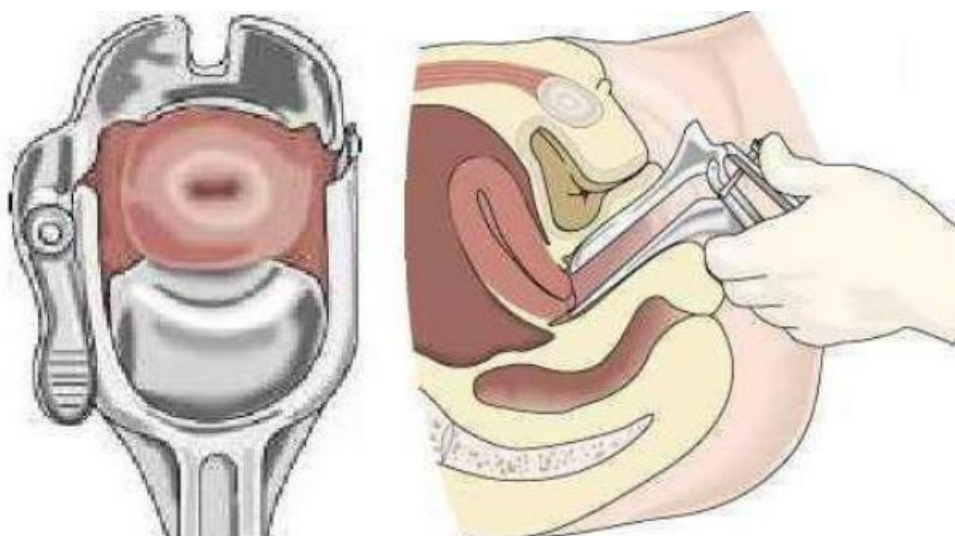
7.3. Qin orqali tekshirish

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 (7.1.-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 ekanligi, qin dahlizi oldidagi katta-kichik bezlarda yallig'lanish bor-yo'qligi aniqlanadi.



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

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.



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

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 kon'yugata (conjugata diagonalis) deb atalib, normal chanoqda buning uzunligi 13 sm va undan yuqori bo'lishi mumkin. Shundan 2 sm chegirib tashlansa, chin kon'yugataning o'lchovi aniqlanadi.

7.4. Homiladorlikning erta muddatlarini aniqlash

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

Homiladorlikning taxminiy belgilariga ayoldagi sub'ektiv holat va ob'ektiv tekshirish natijasida uning organizmida aniqlangan o'zgarishlar kiradi. Homiladorlarning sub'ektiv 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'zolarida, sut bezida, hayz ko'rishda bo'ladigan o'zgarishlar kiradi. Bu belgilarning hammasi ob'ektiv belgilar hisoblanadi.

Homiladorlik hayz ko'rishning to'xtashi bilan belgilanadi. Ma'lumki, sog'lom ayollarda hayz davri o'zgarmaydi. Faqat homiladorlar hayz ko'rmasliklari mumkin.

Hayz davrining buzilishi umumiy kasalliklarda ham uchrab turadi. Xususan diabet, sil, surunkali zaharlanish (kimyoviy moddalar va boshqalardan), og'ir ruhiy iltirob yoki to'satdan boshga tushgan musibat natijasida ham hayz to'xtashi yoki uning davri buzilishi 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 ob'ektiv 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 katta-kichikligini, shaklini, qattiq-yumshoqligini, qanchalik siljuvchan, og'riqli yoki og'riqsiz ekanligini, turish holatini, qin gumbazining holatini, qanchalik siljuvchanligini aniqlashda yuqorida ko'rsatib o'tilgan tekshirish usullarining o'ziga xos ahamiyati bor.

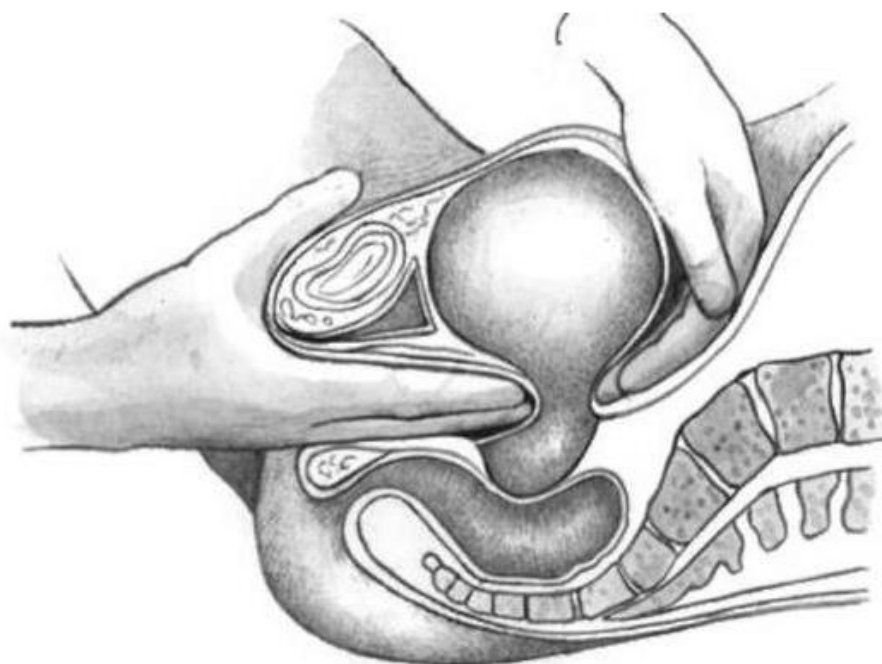
Homiladorlikni ko'rsatuvchi belgilar:

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(7.3-rasm.).



7.3-rasm. Piskachek belgisi

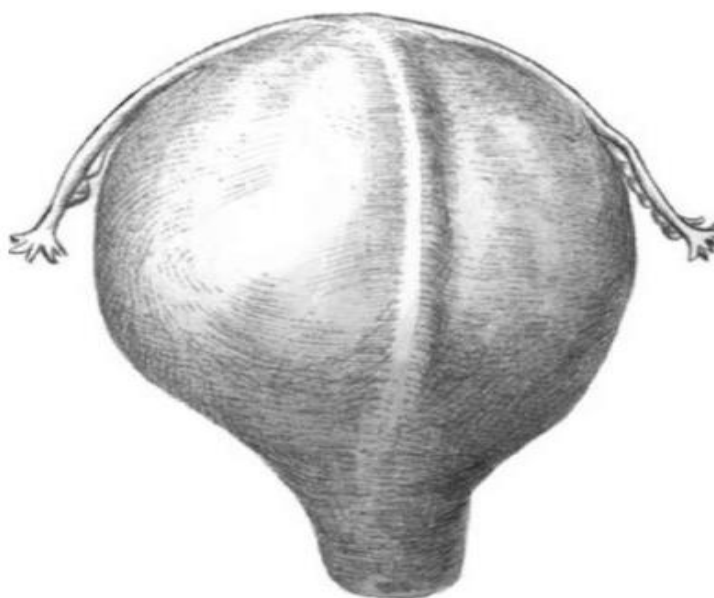
Gorvis – Gegar belgisi. Bu bachadon bo'yni bilan tanasi oralig'i, ya'ni bachadon bo'yni oldi (istmust) yumshashiga asoslangan. Ikkala qo'l bilan tekshirilganda, qinga kirgizilgan qo'l barmoqlari bilan qorin devori orqali qovuq suyagi ustidan bosayotgan tashqaridagi barmoqlar bachadon bo'yni oldi yumshagani uchun bir-biriga tegadigan darajada yaqinlashadi(7.4-rasm).



7.4-rasm. Gorvis-Gegar belgisi

1. 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 sistemasining ta’sirlanishi tufayli vujudga keladi va ta’sirlanish to‘xtagach, u yana yumshab qoladi.

2. 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(7.5-rasm).



7.5-rasm. Genter belgisi

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 etalabki siydigiga test-qog‘ozchasi botiriladi: agar ikkita chiziqchalar paydo bo‘lsa, reaksiya natijasi ijobiy, agar chiziqcha yagona bo‘lsa, salbiy hisoblanadi(7.6-rasm).



**7.6-rasm. Homiladorlikni aniqlashda ishlatiladigan test-qog‘ozlar:
1-test manfiy; 2-test musbat.**

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 (7.7-rasm).



7.7-rasm. Ultratovush apparati



7.8-rasm. Bachadondagi 7 xaftalik homiladorlikni exografik tasviri

7.5. 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(7.9-rasm).



7.9-rasm. Akusherlik stetoskopi

Yurak urishini portativ dopler apparatida ham eshita bo‘ladi. Buning uchun qorin devori sathiga dopler datchigini qorin devori bo‘yicha surib, homilaning yurak urayotgan sohasi topiladi, bunda apparat yordamida yurak urishi sanaladi (minutiga 130—140 marta uradi).

Ona organizmidan qorin devori orqali eshitiladigan tovushlarga quyidagilar kiradi:

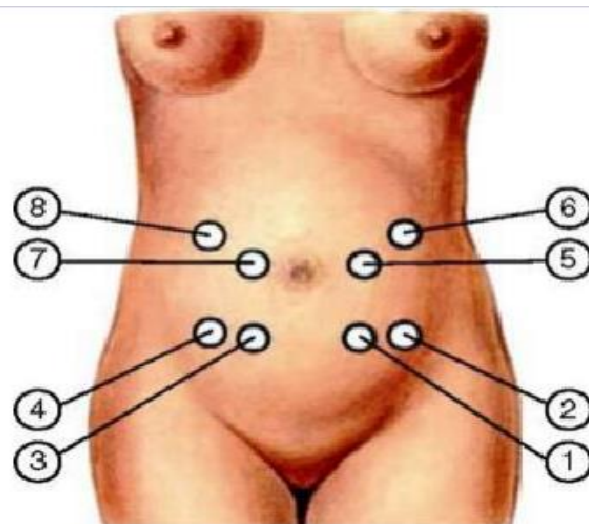
a) homilaning yurak urishi bilan bir vaqtda bo‘ladigan qorin aortasining urishi va bachadon yon devorlaridagi katta qon tomirlarda bo‘ladigan shuvillagan shovqin;

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(7.10-rasm).

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.



7.10-rasm. Homila yurak tonlari yaxshi eshitiladigan nuqtalar: 1,2,3,4 nuqtalar homila boshi bilan kelganda eshitiladigan nuqtalar; 5,6,7,8 nuqtalar homila dumbasi bilan kelganda eshitiladigan nuqtalar

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‘rishini 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. Ob‘ektiv 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.

4. Homiladorlikning beshinchi oyidan boshlab omilaning 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 qaerda 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 chalqanchasiga, oyoqlarini tizza va yonbosh bo'g'imlaridan bukkan holda yotqiziladi, shifokor uning o'ng tomoniga o'tiradi.

Homilador ayol qornini paypaslab tekshirish vaqtida akusherlik tekshiruviniig to'rtta aniqlangan usulidan foydalaniladi.

Birinchi 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(7.11-rasm)..



7.11-rasm. Tashqi akusherlik tekshiruvining 1-usuli

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, chanog'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.

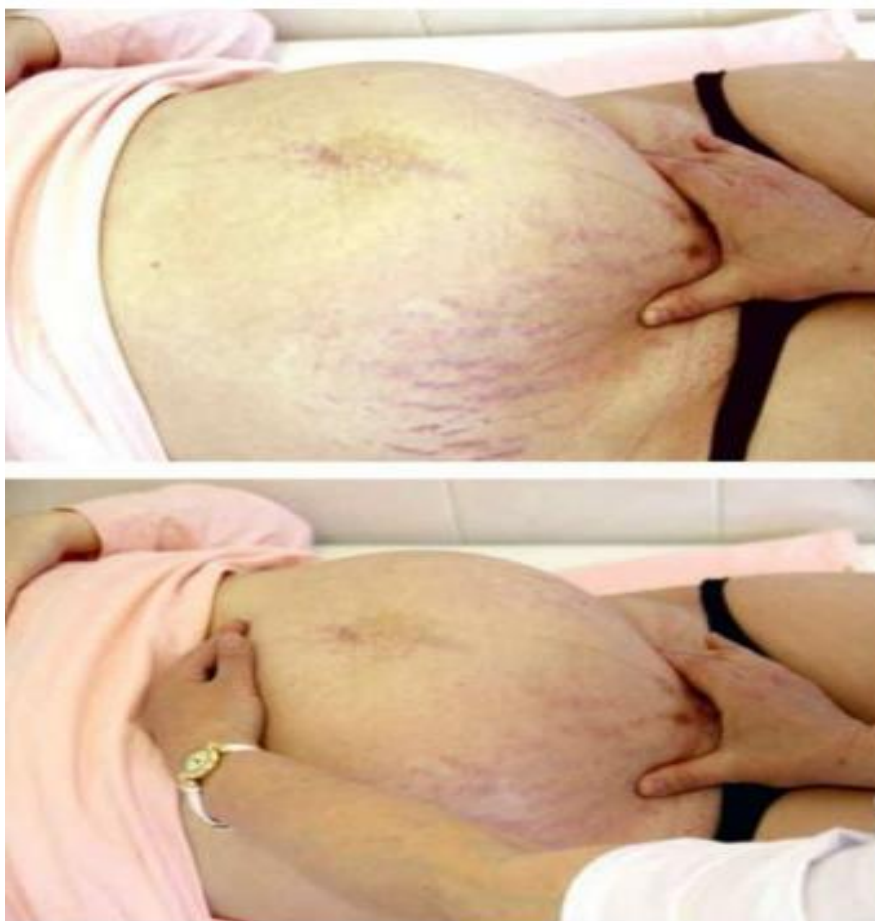
Ikkala qo'l barmoqlari galma-gal bosib ko'rish yo'li bilan bachadon paypaslanadi. O'ng qo'l bilan paypaslaganda chap qo'l qimirlamay, bachadon devorida turishi kerak. Bu usul bilan bir tomonda tekis yuza – homila orqasini, qarama-qarshi tomonida esa, uncha katta bo'lmagan va o'z turishini tez o'zgartiradigan dumboqli yuza, homilaning mayda qismlari (oyoq, qo'llari) aniqlanadi(7.12-rasm).



7.12-rasm. Tashqi akusherlik tekshiruvining 2-usuli

Homila orqasining chapga yoki o'ngga qaragan bo'lishiga qarab, uning I yoki II holatda ekanligi aniqlanadi. Agar homilaning orqasi onaning chap biqiniga qaragan bo'lsa, I holat, o'ngga qaragan bo'lsa II holatda yotgan bo'ladi.

Homilaning oldinda keluvchi qismini va uning kichik chanoq bo'shlig'iga bo'lgan nisbatini aniqlashda akusherlik tekshiruvining **uchinchi usuli** qo'llanadi (7.13-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 kichkinaroq 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.



7.13-rasm. Tashqi akusherdik tekshiruvining 3- usuli

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 (7.14-rasm).

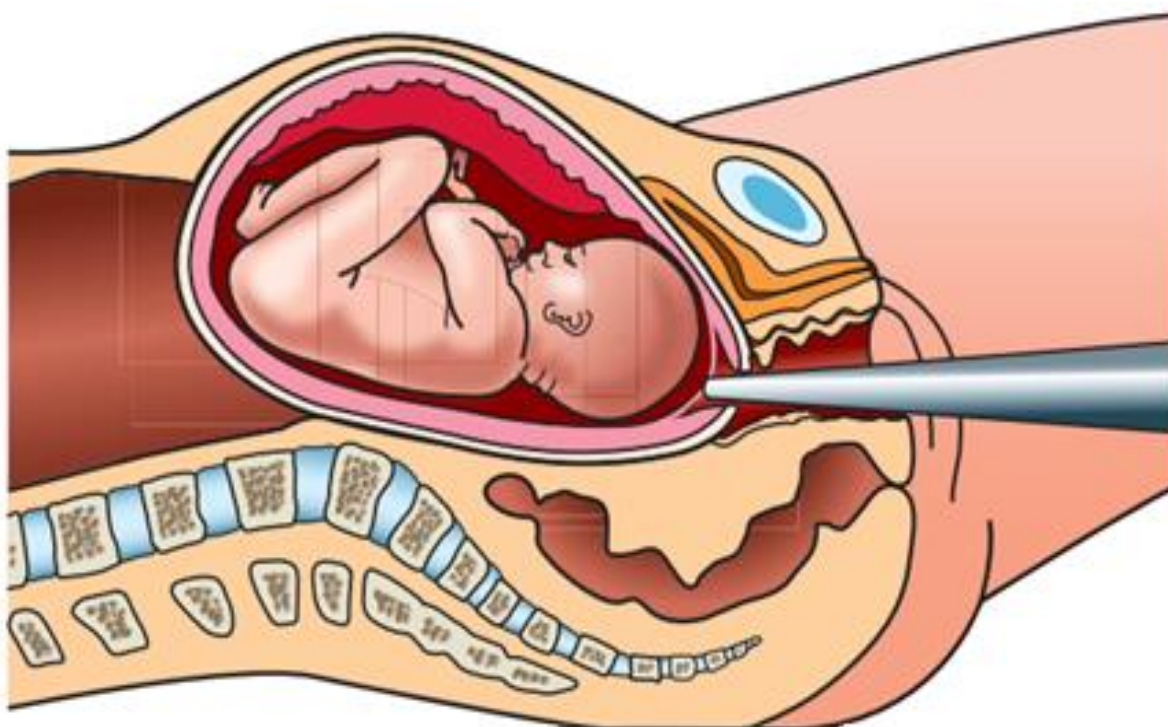


7.14-rasm. Tashqi akusherlik tekshiruvining 4-usuli

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.

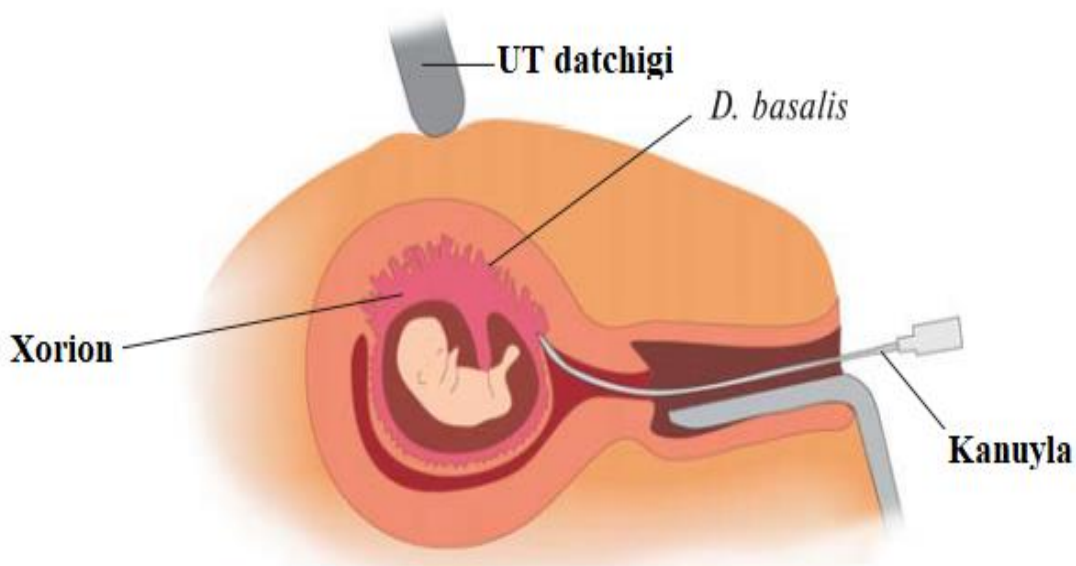
Homiladorlikni aniqlashda yana quyidagi qo‘shimcha usullar mavjud.

Amnioskopiya – bu usul yordamida qog‘anoq suvi va suv pardasi ko‘riladi. Bunda suv pardasi hali yirtilmagan bo‘lishiga qaramasdan qog‘anoq suvining ranggi, 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(7.15-rasm).



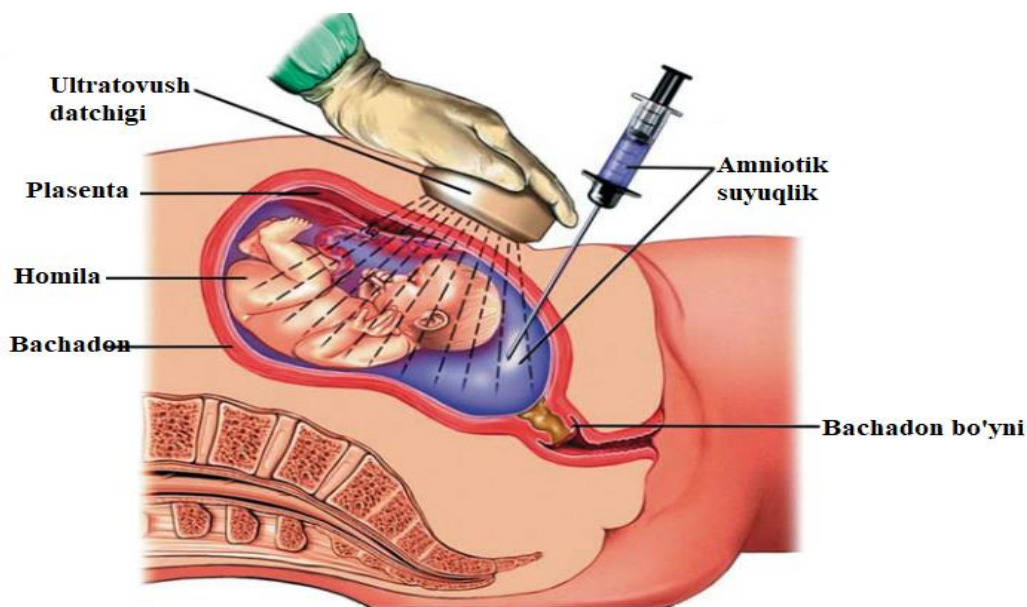
7.15-rasm. Amnioskopiya

Xorion biopsiyasi. Xorion biopsiyasida xorion to‘qimalari ultratovush tekshiruvi ostida igna bilan aspiratsiya qilib olinib tekshiriladi. Xorion biopsiyasi uchun optimal muddat homiladorlikning 11-13 xaftasi bo‘lib hisoblanadi. Laboratoriya tadqiqotlari uchun 5mg xorion kerak. Biopsiya ambulatoriya sharoitida yoki shifoxonada o‘tkazilishi mumkin(7.16-rasm).



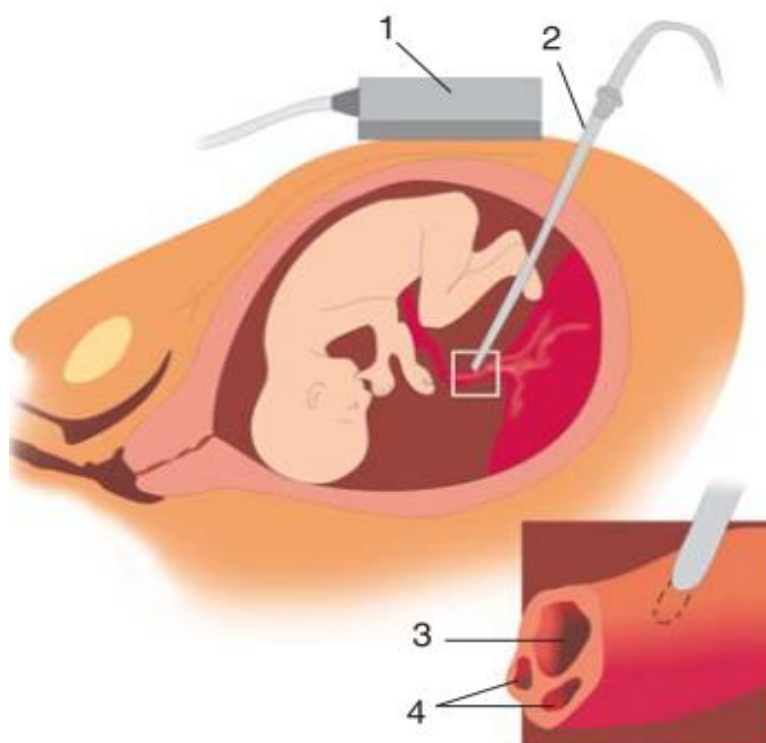
7.16-rasm. Xorion biopsiyasi

Amniotsentez — bu usul yordamida homilaning suv pardasi orqali undan qog‘anoq suvi olinadi. Gemolitik kasallikning og‘ir turlari, kelib chiqish sabablari va hokazolar aniqlanadi (7.17-rasm).



7.17-rasm. Amniosintezi

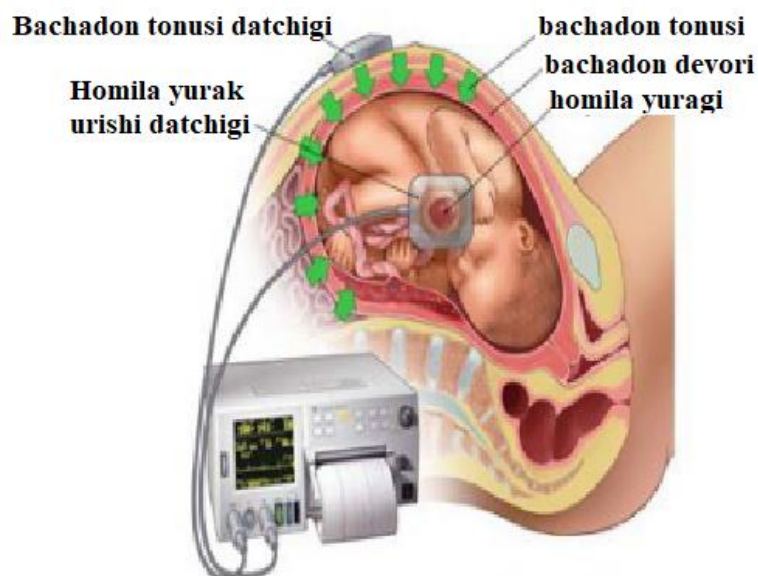
Plasentotsentez (kordotsintezi). Homiladorlikning 14-haftasidan boshlab, homila to‘qimasini olish uchun plasentani punksiya qilib (plasentotsintezi) uning to‘qimasidan olib tekshiri ko‘rish mumkin. Texnikasi homiladorlikning birinchi trimestrida o‘tkaziladigan xorion biopsiyasiga o‘xshaydi. Shuningdek, plasentotsintezi onaning hujayralarini ham olish imkoniyati mavjud(7.18-rasm).



7.18-rasm. Kordotsentez: 1 - ultratovush sensori; 2 - punksiya ignasi; 3 - kindik venasining ichi; 4 - kindik arteriyalari

Kardiotokografiya 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 plasentaning oldinda joylashganini aniqlash mumkin(7.19-rasm).





7.19-rasm. Homilani kardiokografiya tekshiruv

Ultratovush yordamida homiladorlikni erta muddatida ham aniqlash mumkin bo‘ladi. Bundan tashqari, homilaning so‘nggi taraqqiyot 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 mikrotsefaliya 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, homila uchun ham zararsizdir. Rentgen orqali diagnoz qo‘yish hozirgi paytda kam qo‘llanadi. Ammo bu usulda faqat ultratovush apparati bo‘lmasa va paypaslab, qin orqali tekshirib homila holati va undagi nuq-sonlarni aniqlab bo‘lmagandagina foydalaniladi(7.20-rasm).



7.20-rasm. Ultratovush apparatida homiladorlarni tekshiruv

Ultratovush yordamida homiladorlikni erta muddatida ham aniqlash mumkin bo‘ladi. Bundan tashqari, homilaning so‘nggi taraqqiyot 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 mikrotsefaliya 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 diagnostika 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.

7.6. Birinchi va qayta homiladorlikni aniqlash

Birinchi va qayta homiladorlik odatda anamnez yordamida aniqlanadi. Buni aniqlashdagi ob‘ektiv belgilardan biri jinsiy a‘zodagi 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 uchrab 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.

7.7.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.

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'anoq suvi shimilayotganiga ko'ra bachadon kichiklasha boradi. Homiladorlar qorin pastida og'irlik sezadilar, og'izlari bemaza bo'lib, etlari uvishadi, sut bezlari 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.

7.8.Homiladorlikning muddati va tug'ish vaqtini aniqlash

Homiladorlik, so'nggi hayzning birinchi kundan 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 hayzning birinchi kunidan to‘la kun yoki to‘la haftalar bilan hisoblanadi. Oxirgi hayzning 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 hayzning birinchi kunidan 3 oy orqaga sanab, unga 7 kun qo‘shiladi. Masalan, agar oxirgi hayzning 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.

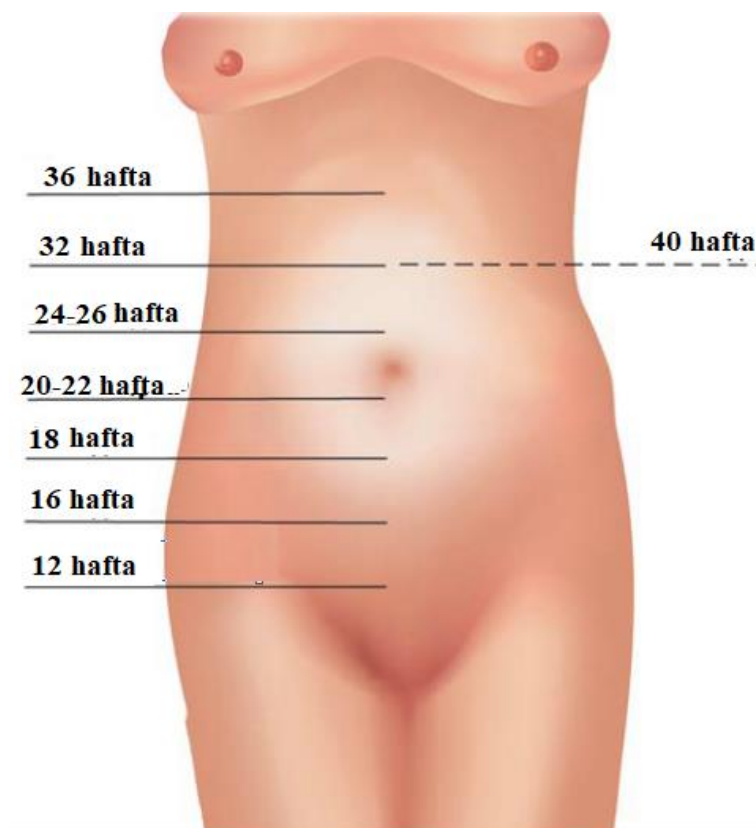
Ultratovush bilan homila yoshini aniqlash ham mumkin. Bunda homila boshining katta-kichikligi, tanasining uzunligi diagnoz qo‘yishda asosiy belgilardan hisoblanadi.

Homiladorlik muddatini va tug‘ish vaqtini aniqlashda bachadon o‘lchovi va tubining balandligini bilish katta ahamiyatga egadir (7.21-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‘simtaga taqaladi. Kindik birmuncha do‘ppayib chiqadi.



7.21-rasm. Homiladorlik muddatini bachadon tubining balandligiga qarab aniqlash

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 aylanasing o‘lchovi bilan farq qiladi: sakkizinchi oyda qorin aylanasini 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 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. Sutugining 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 oyli 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 usuli. 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'yini 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.

7.9. 30 Haftalik homiladorlikni aniqlash mezonlari

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 debbelgilangan?
- oldingi ma'lumot (homiladorlik muddati qancha davom etgan, tug'ilgan homilalarning og'irligi);
- Ob'ektiv ma'lumotlar:
 - bachadon tubining qov suyagi ustidan qancha baland turganini aniqlash;
 - qorin aylanasi aniqlash;
 - ayolning bo'yi va vaznini o'lchash.

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' qavatini ancha ko'p (semiz) homilador ayollarda bachadon tubi qov suyagidan 30-32 sm baland bo'ladi.

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 ob'ektiv 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).

7.1-jadval

Ultratovush bilan tekshirishda fetometriya ko'rsatkichlari

Homiladorlik muddati	Boshning biparietal o'lchovi (sm)	Peshona-ensa o'lchovi (sm)	Boshning o'rtacha chakka 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.

VIII BOB. HOMILLADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

8.1. Homiladorlik gigienasi

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-gigiena 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°S 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 minut davom etib, har galgi mashg'ulot ikki-uch minutdan 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 minut havo vannasi qabul qilish kerak.

Vannada choʻmilib turish mumkin, lekin suvi iliq boʻlishi, harorati 30—35° dan oshmasligi kerak, unda 12–15 minut yotish kifoya qiladi. Ammo homiladorlikning oxirgi oylarida ayol dushda yoki kursiga oʻtirgan holda yuvinishi kerak, vanna olish mumkin emas.

Maʼlumki, qayta tuqqanlarda turgʻuqning oxirgi oyida bachadon boʻyni bir barmoq ochiq boʻladi. Shunga koʻra infeksiyaning bachadonga kirishi osonlashadi. Homiladorlikda qinni chayish zararlidir.

Homiladorlar uchun quyosh nuri, ayniqsa ultrabinafsha nurlar foydali. Bu nur ayol organizmida D vitamini hosil boʻlishi jarayonini oshiradi. Lekin quyosh nuridan meʼyorida foydalanish kerak.

Homilador ayol tugʻishdan 5–6 hafta ilgari, agar zarur sharoitlar boʻlsa, badanni har kuni 3 minut davomida kvarts lampasi bilan nurlatishi (100–85 sm uzokda turgan holda), agar sharoit boʻlmasa, 10–15 minut quyosh vannasi qabul qilishi lozim. Siynaband sut bezini siqmasligi, faqat koʻtarib turishi, loyiq qilib tikilgan boʻlishi kerak. Homila tugʻilishiga 5–6 hafta qolganda homiladorga sut bezlarini silash usullarini oʻrgatish kerak. Buning uchun S. P. Vinogradov usulidan foydalaniladi. Avvalo homilador ayol qoʻlini yuvib, quritadi va kiyimini beligacha yechadi.

Butun kafti bilan (kaftlarni sut beziga tekkizib) 2–3minut davomida sekin va yengil silaydi. Bunda sut bezining yuqori qismini toʻsh suyagi oʻrtasidan oʻmrov suyagi tomon silaydi, pastki qismini esa qoʻltiq tomonga silaydi.

Sut bezining uchiga (soʻrgʻichga) tegmagan holda bir qoʻl bilan koʻkrakni bir necha marta gir aylantirib silanadi, shu yoʻsinda ikkala koʻkrakni bir vaqtda silash mumkin. Sut bezini oʻng qoʻli bilan pastdan, chap qoʻli bilan yuqoridan ushlagan holda bir oz yuqoriga koʻtarib, asosiga tomon siqib boriladi. Bu mashgʻulot bir kunda 2–3 marta qaytariladi. Sut bezining uchiga (soʻrgʻichga) har kuni 70% li spirt aralastirilgan 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 boʻlsa, toza qoʻl bilan ushlab tortiladi (3–5 minutdan bir kunda bir necha marta takrorlanadi). Sut bezlarining uchi shundan keyin ham normal holatga kelmasa, bola maxsus sutsoʻrgʻich orqali emiziladi.

Homilador ayolning kiyimi kattalashayotgan qorinni siqmaydigan boʻlishi shart. Belga belbogʻ boylash maslahat berilmaydi.

Homilador ayol maxsus bandaj kiyishi lozim. Bu bandajni yotgan holda kiyiladi. Agar bandaj boʻlmasa, uni ayol oʻzi tikib olsa ham boʻladi.

Homilador ayol koʻylagi koʻkrakburma boʻlishi yoki yubkasi yelkadan osib qoʻyiladigan va siynabandga biriktirilgan boʻlishi, oyoq kiyimi esa past poshnali boʻlishi 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 homiladorni oyog'idagi vena qon tomirlari kengaygan bo'lsa, uning bir joyda uzoq vaqtgacha tikka turib qolishi, oyoqni uzoq, osiltirib o'tirish yaramaydi. Shuning uchun homiladorni 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 gigienik 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.

8.2. Homiladorning oziqlanishi

Homilador ayolga agar ko'ngli tusasa, nordon narsalar iste'mol qilishga ruxsat etiladi. U har kuni ovqatdan oldin bir osh qoshiqdan 2% li NS1 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 magneziya 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, S, D, E vitaminlari juda kerak bo'ladi. Agar homilador organizmida V vitamin yetishmasa, bola chala (vaqtdan ilgari) tug'ilishi mumkin. Bundan tashqari, bunday ayol tez charchaydi, salga bo'shshadi. Bunday vaqtlarda homilador bir sutkada 10-20 mg V vitamini iste'mol qilishi zarur.

V 1 va V 2 vitaminining yetishmasligi natijasida homilador ayolda polinevrit va homiladorlikning birinchi yarmida toksikozlar ro'y berishi mumkin. V1 vitamin xamirturushda, nonda, jigar, buyrak, loviyada ko'p bo'ladi V2 vitamini- o'sish vitaminlaridan hisoblanib, uning organizmda yetishmasligi ko'z, teri, shilliq parda kasalliklarini, bo'yning 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 V 2 vitamini 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 organizmda 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.

S vitamini (askorbinat kislota) homilador ayol organizmida yetishmasa, homila tushishi, ayolda singa kasalligi nishonalari paydo bo'lishi, milklar yumshab, tishlar qimirlab qolishi mumkin. Bir kecha-kunduzda organizm 50—100 mg S vitamini talab qiladi. Bu vitamin yong'oqda, limonda, apelsinda, karamda, turli ko'katlarda (ko'k beda, ukrop, ismaloq, ko'k piyoz kabilarda) ko'p uchraydi. Shuning uchun homiladorlar bu noz-ne'matlardan ko'proq iste'mol qilishlari kerak. Homiladorlarga kuz va baxor oylarida vitamin S 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, boshqoli 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 (nikotinat kislota) moddalar almashinuvi jarayonida ishtirok etadi. Organizmda 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. PP 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 (SaS1) 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'lsa, bu faqat shifokorning ruxsati bilan qilinadi. 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 akusherkaning o'rni kattadir.

8.3. 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 gurux 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 minut oldin sariyog' surtilgan bir burda nonni bir piyola choy bilan yeb olish maslahat beriladi.

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

8.4. 16 Haftalikda badantarbiya mashg'ulotlari

Birinchi mashq. Tik turgan holda, qo'lni yuqoriga ko'tarib, keyin oldinga, undan yonga, orqaga yuboriladi, tanani bir oz bukib, 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 tekkizib, oldinga egiladi, qo'lni oldinga uzatib,

soʻngra pastga tushiriladi. Belni bukkani holda yelkani boʻshashtirib nafas chiqariladi.

Toʻrtinchi mashq. Oyoqlar yelka kengligida ochiladi. Tana va boshni oʻngga aylantirib, bir tekisda nafas olinadi. Qoʻllarni yonga qilgan holda chapga aylaniladi. Bu mashgʻulot 3–4 marta takrorlanadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda bir tekis nafas olib, qoʻl orqaga uzatiladi, soʻngra yelka balandligida oldinga koʻtariladi, asli holatga qaytiladi.

Oltinchi mashq. Tirsakka tiralgan holda qorinda yotiladi. Tananing yuqori qismini qoʻl kaftlariga tiragan holda yuqoriga koʻtarib nafas olinadi, asli holatga qaytib, nafas chiqariladi.

Yettinchi mashq. Qoʻllarni yonga qoʻygan holda bir tekisda nafas olib chalqancha yotiladi. Oyoqlarni toʻgʻri uzatib, tizzani bukmagan holda oʻng va chap oyoq galma-gal koʻtariladi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotib, qoʻllar orqaga tiraladi. Oyoqlarni tizza boʻgʻimidan bukib, tizza ichkariga va tashqariga (har ikki oyoq galma-gal) aylantiriladi.

Toʻqqizinchi mashq. Qoʻl va tana muskullarini boʻshashtirgan holda oʻrtacha tezlikda 30—40 sekund yuriladi.

8.5. 16-24 Haftalikda badantarbiya mashgʻulotlari

Birinchi mashq. Qoʻllarni belga qoʻyib, tirsaklar orqaga yuboriladi. Koʻkrakni oldinga chiqarib, nafas olinadi.

Ikkinchi mashq. Bir qoʻlni belga qoʻyib, ikkinchi qoʻl bilan karavotni ushlab, oyoqni avval toʻgʻri, soʻngra tizza boʻgʻimidan bukkani holda oldinga va orqaga koʻtariladi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qoʻyib, qoʻl va yelkani boʻshashtirgan holda pastga osiltirib, nafas chiqariladi, soʻngra asliga qaytib, nafas olinadi.

Toʻrtinchi mashq. Oyoqlar bir tekisda yelka kengligida turadi. Nafasni tekis olib, bosh-tanani oldin oʻngga, soʻngra chapga aylantiriladi. Bunda qoʻllar boʻshashtirgan holda birmuncha yonda turadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda qoʻllarni yonga ochib, avval orqaga, soʻngra yelka balandligida oldinga va yonga koʻtariladi.

Oltinchi mashq. Qoʻllarni ikki yonga qoʻyib, chalqancha yotiladi, chanoqni koʻtarib, orqa teshik ichga tortiladi.

Yettinchi mashq. Qoʻlni ikki yonga qoʻyib, oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotiladi, soʻngra qoʻlga tiralib turib oʻtiriladi, yana asli yotish holatiga qaytiladi. Bu mashgʻulot 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.

8.6. 4–32 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.

Yettinchi 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.

8.7. 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, soʻngra uni joyiga qaytarib, chot muskullari boʻshashtiriladi.

Beshinchi mashq. Qoʻllarni yonga qilgan holda chalqancha yotib, oyoqlarni tizza boʻgʻimidan bir oz bukib, yuqoriga koʻtariladi.

Oltinchi mashq. Qoʻllarni yonga qoʻygan holda chalqancha yotib, oyoqlar tizzadan bukiladi va ular qoringa yaqinlashtiriladi. Qoʻl bilan tizzalarni ushlab, ularni bir necha marta bir-biridan uzoqlashtiriladi va yaqinlashtiriladi.

Yettinchi mashq. Tana va qoʻl muskullari boʻshashtiriladi va chuqur nafas olib chiqargan holda, 30—40 sekund davomida sekin yuriladi.

IX BOB. TUG‘RUQ JARAYONI FIZIOLOGIYASI

9.1. Tug‘ruq boshlanishining asosiy sabablari

Tug‘ruqning boshlanish sabablarini tushuntiradigan nazariyalar Gippokrat davridan boshlangan. Homiladorlik normal kechganda homila taraqqiyoti 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 taraqqiyoti oxiriga yetmasdan chala, vaqtdan 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 jarroxlik 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 neyrohumoral apparatning boshqarishiga bog‘liq bo‘lib, homiladorlikning normal kechishini ta‘minlashga qaratilgan bo‘ladi.

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, nervlar tuzilmalarisiz bachadon muskullari qisqarmaydi. Tug'ishdan bir oz oldin nerv tuzilmasi orqaga taraqqiy qilib, ayolda ortiqcha og'riq bo'lmaydi. Bunga sabab nerv tolalari tuzilmasi kamayganida organik impulslar ham kamayadi. Bu bachadonning fiziologik holati, uning tug'ish jarayoniga tayyorligi ko'rsatkichidir.

Estrogenlar ATF faolligini oshiradi, ular bachadon mushaklarining qisqarishiga spesifik ta'sir qiluvchi oksitotsinni parchalovchi oksitotsinaza ta'sirini susaytiradi. Bachadon nerv va muskul apparatining oksitotsinga sezgirligini oshiradi, natijada bu a'zoning qisqarishini birdaniga oshirib yuboradi.

Progesteron esa bachadon nerv-muskul apparatining qo'zg'alishini susaytiradi, oksitotsinga nisbatan sezgirligini kamaytiradi. Progesteron ayniqsa homiladorlikning birinchi, ikkinchi uch oylikda 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 nerv sistemasining qo'zg'alish mediatorlari — asetilxolin va serotoninga nisbatan sezgirliги oshadi. Homiladorlik oxirida serotonin tobora ko'p yig'ilib boradi.

Serotonin kalsiyning xujayralarga o'tishiga, kalsiy bilan ATF ning qisqartiruvchi oqsil moddasiga ta'sir etishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi.

Kalsiy nerv impulslarini markaziy nerv sistemasiga o'tkazadi. Estrogenlar va serotonin bu jarayonlarda sinergistlar hisoblanadi. Kalsiy va magniy ATFlı aktomiozinga va suvda eriydigan ATF mitoxondriyga aktivator sifatida ta'sir qiladi.

Kalsiy ioni 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 ioni 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 membranasiidagi 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 potentsialiga 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.

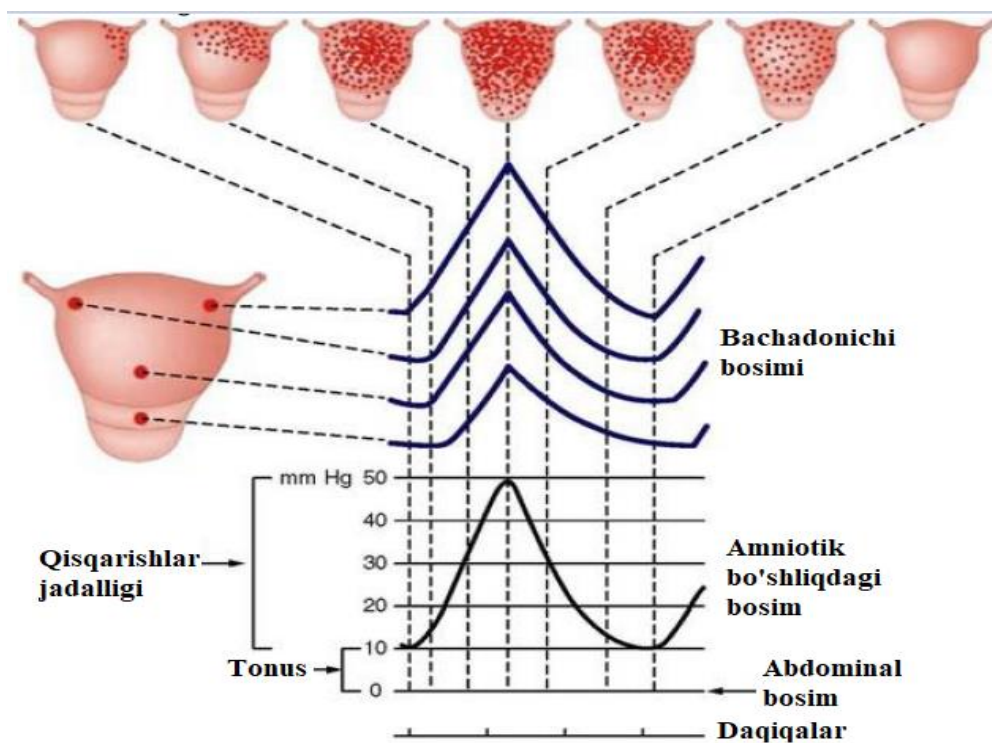
Elektrofiziologik tekshirishlardan aniqlanishicha, bachadon muskullarining normada qo'zg'alishi bachadon tubi yoki uning burchaklaridan, xususan o'ng burchagidan boshlanib, tezda uning hamma qismiga tarqaladi. Bachadon qo'zg'alishi boshlanadigan joyi «qisqarish ritmini boshqaruvchi» deb ataladi.

Ba'zi mualliflar qo'zg'alish bachadonning pastki segmentidan boshlanib, yuqoriga tarqaladi, degan nazariyani oldinga suradilar. Ammo qo'zg'alish bachadonning bir necha qismlaridan boshlansa, patologik holat hisoblanadi, bu bachadon muskullarining noto'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 nerv sistemasi (miya po'stlog'i, bosh miya) ning funksional jihatdan qayta qurilishi ro'y beradi, bachadon muskullarida esa bioenergetik jarayonni oshiruvchi moddalar yig'iladi.

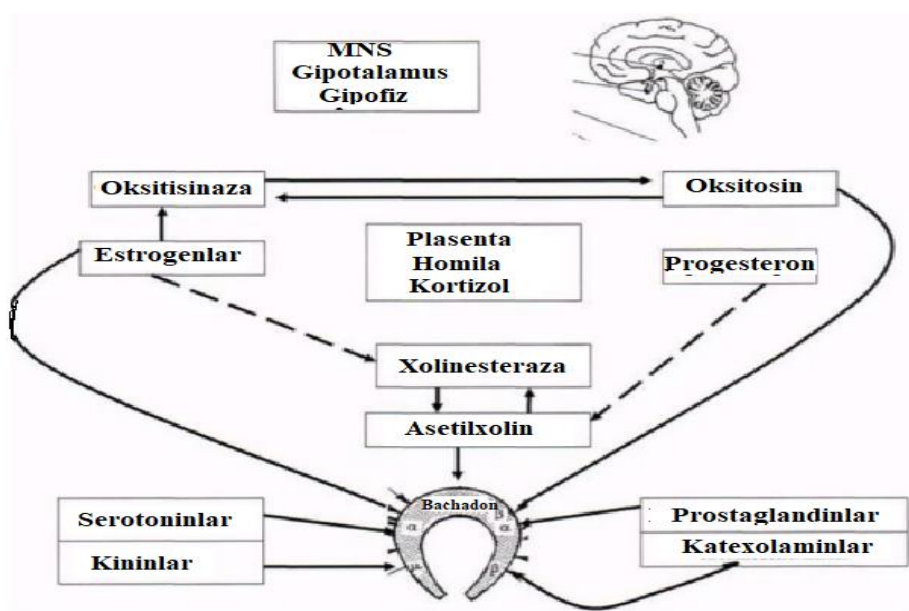
Tug'ruq jarayoni bachadonning ma'lum ritmda qisqarishidan boshlanadi. Bachadon muskullarining qisqarishi har 8—15 minutda takrorlanib, 25—35 sekund davom etadi, to'lg'oq oralig'idagi muddat asta-sekin kamayib boradi, har 4-5 minutda qaytarilib, 45—50 sekund davom etadi. Bundan tashqari, qisqarish kuchi ham osha boradi, buni maxsus apparatlar yordamida oson aniqlash mumkin.

Bachadonning nerv sistemasida simpatik va parasimpatik bo'limlar, somatik

(sezuvchi) nervlar bo‘ladi. Bu bachadonning biologik xususiyatidir. Bachadondagi nervlar markaziy nerv sistemasi impulslari ta’sirida homiladorlikning normal taraqqiyotini 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 (9.2-rasm).



9.1-rasm. Tug‘ruqda uchta uchlik gradient



9.2.-rasm. Dardni boshqarish sxemasi. To‘g‘ri chiziq — aktivatsiya (stimulyatsiya), punktirli chiziq — bosilish: α — α -adrenoretseptorlar; β — β -adrenoretseptorlar; μ — μ -xolinoretseptorlar.

Ayollarda jinsiy a'zolar funksiyasida spesifik 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 maqsadga muvofiqdir.

9.2. Homiladorlarning tug'ishga tayyorligini aniqlash

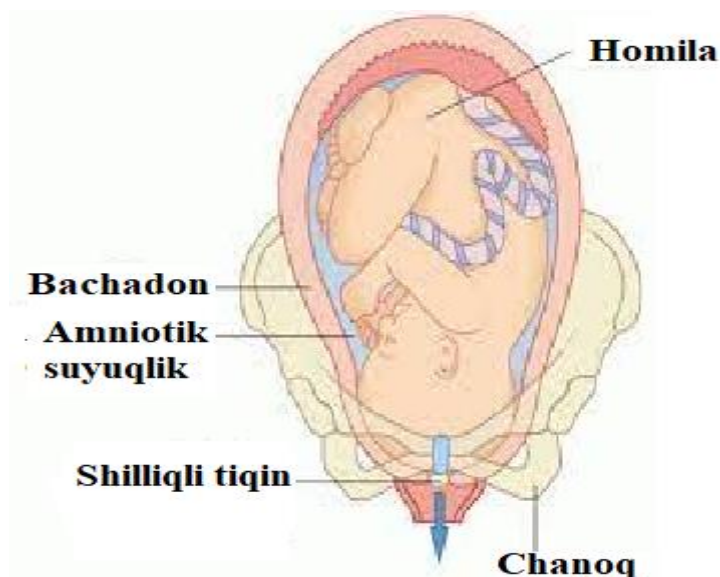
Homiladorning tug'ishga tayyorligi asosan bachadonning qisqarish xususiyati va bachadon bo'yni xususiyatlariga qarab aniqlanadi. Bachadon muskullarining qisqarish xususiyatini qo'l va maxsus apparatlar yordamida aniqlash mumkin.

9.3. Tug'ruq. Tug'ruq davrlari. Tug'ruqning klinik kechishi

Tug'ruq fiziologik jarayon bo'lishiga qaramay uni statsionar sharoitida shifokor va akusherka ishtirokida olib borish kerak. Chunki tug'ruqning ayrim davrlarida homilada yoki ayolda biror patologik holat vujudga kelishi mumkin.

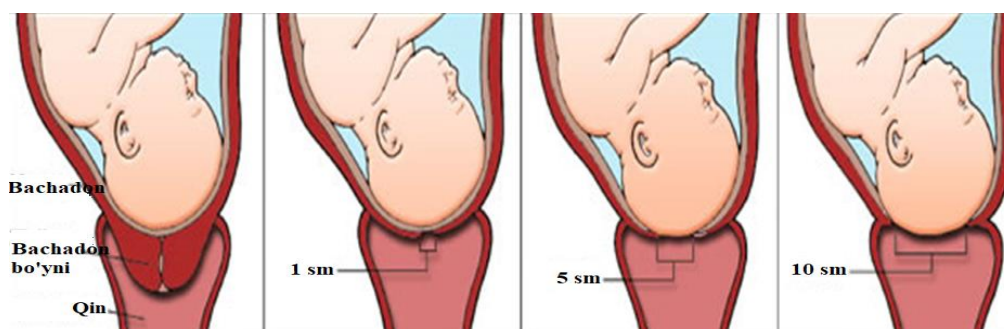
Odatda tug'ruq jarayoni birdaniga boshlanadi. Agar ayol sezgir bo'lsa, o'zi ham buni aniqlashi mumkin. Ba'zi ayollar tug'ruqdan bir hafta ilgari bachadon qisqarishini sezadilar. Ammo bu tug'ruqning «xabar beruvchi» belgilari bo'lishi mumkin, xolos. Bu holat barcha ayollarda bo'lavermaydi. Bachadon bunday qisqarganda uning bo'shlig'idagi bosim oshmaydi, homila pufagi taranglashmaydi va bachadon bo'ynining ochilishiga ta'sir ko'rsatmaydi.

Tug'ruq dardi odatda, qorin pastida va bel sohasida tutib-tutib turuvchi og'riq bilan boshlanadi, 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**) (9.3-rasm)



9.3-rasm. Bachadon bo'ynidagi shilliqli tiqin(Kresteller tiqini)

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'shshadi. Qayd qilib o'tilgan hodisalarning birortasi ham dard boshlandi, deyishga asos bo'lolmaydi. Faqat dardning har 15-20 minutda 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'shshaganidan dardning takrorlanishini aniqlash mumkin(9.4-rasm).

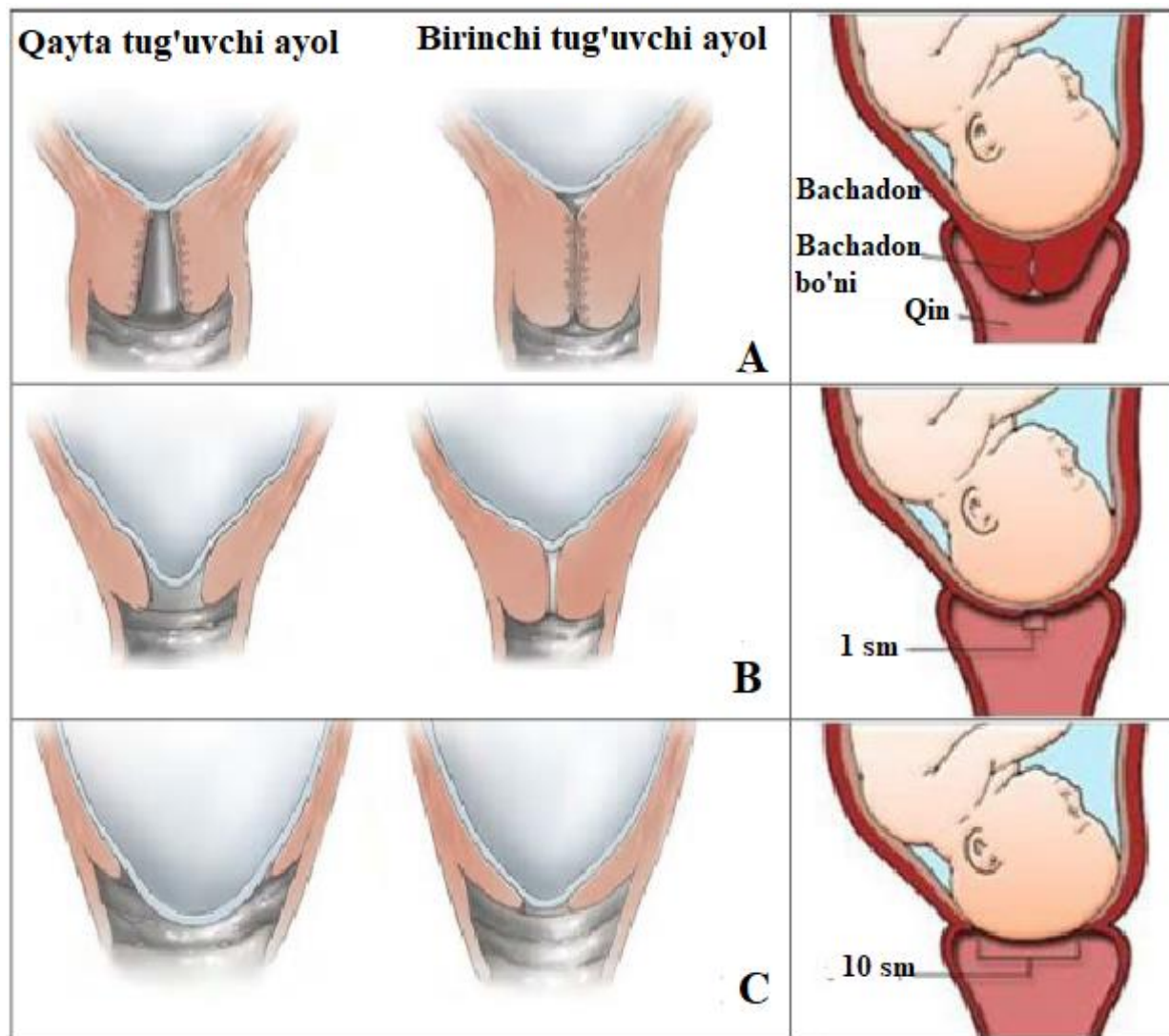


9.4-rasm. Tug'ruqning latent va faol fazalari

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 ajralmalar kelishi va og'riq bo'lishi.
 - Qindan suvli ajralmalar yoki kutilmagan holda qog'anoq suvi ketib qolishi.

- Tugʻruqning boshlanganligi belgilari:
 - Bachadon boʻynini shaklining oʻzgarishi— kaltalashishi va yuqqalashishi (tekislanishi).
 - Bachadon boʻynining ochilishi — bachadon kanali diametrining kengayishi santimetrlarda oʻlchanadi (9.5-rasm).

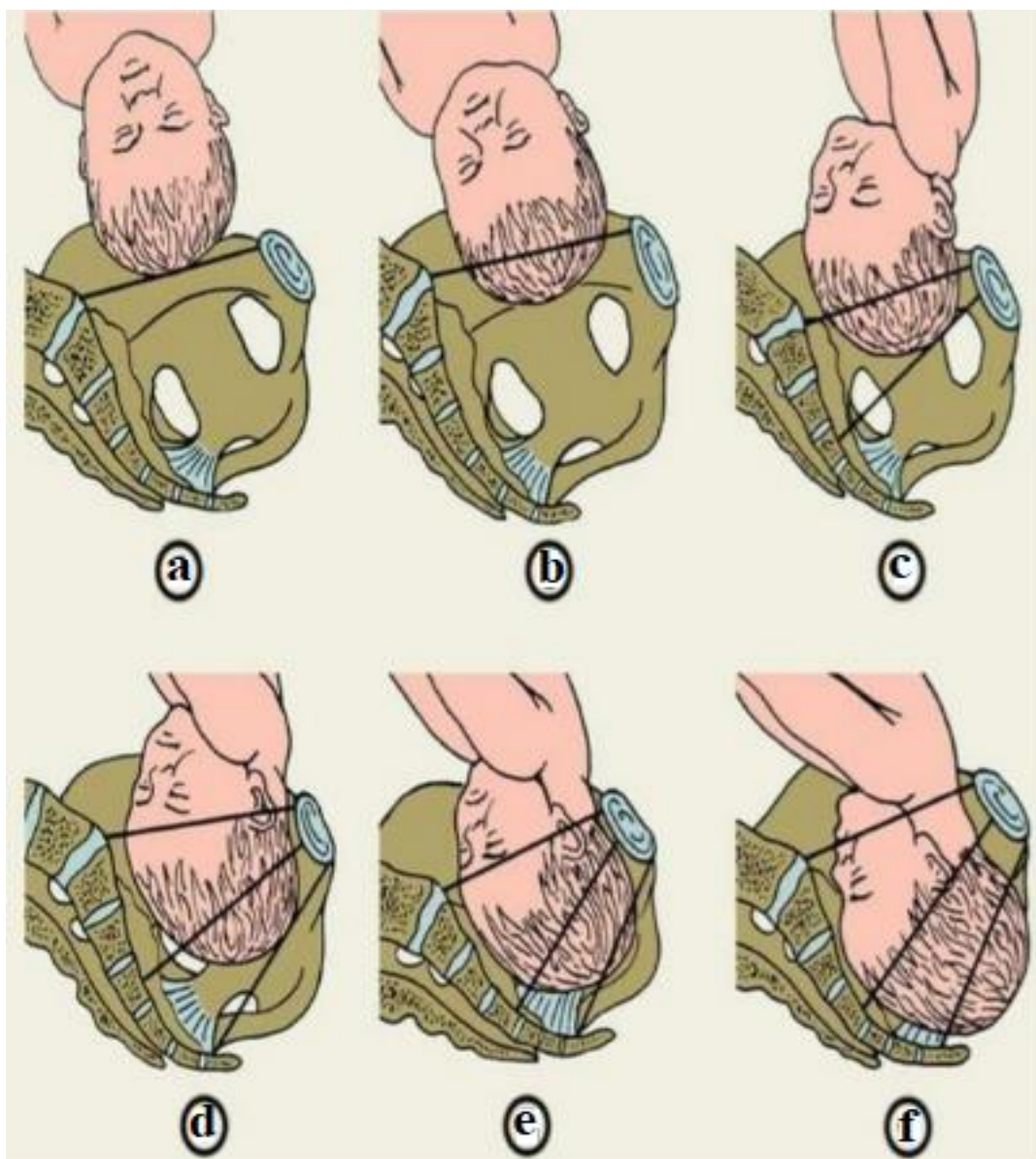


9.5-rasm. Bachadon boʻyni ochilishining birinchi va qayta tugʻuvchilarda holati, A-tugʻruqqacha bachadon boʻyni uzun hali ochilmagan, B-qayta tugʻuvchilarda bachadon boʻyni ochilishi, C-birinchi tugʻuvchilarda bachadon boʻynini ochilishi.

Homila boshiing tushishi.

Qorinning palpatsiyasi (9.6-rasm).

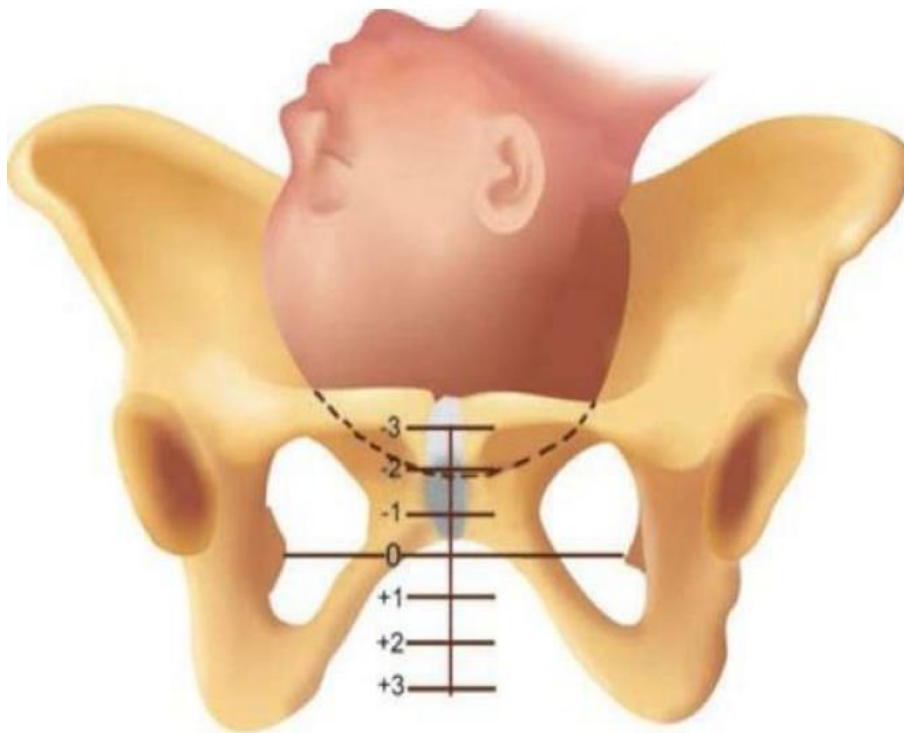
- Qorinni palpatsiya qilgan holda barmoqlar soni bilan oʻlchab, homila boshining simfizdan qanchalik yuqori turganligini aniqlash mumkin.
 - Agar bosh simfizdan butunlay tepada tursa, 5 ta barmoq bilan palpatsiya qilinadi (5/5)
 - Agar bosh simfizdan pastda joylashsa, 0 ta barmoqlar bilan palpatsiya qilinadi (0/5).



9.6-rasm. Homila boshining kichik chanoq sathiga munosabati.
A– homila boshi kichik chanoq kirish qismida; b – homila boshi o‘zining kichik segmenti bilan kichik chanoq kirish qismida; c–homila boshi o‘zining katta segmenti bilan kichik chanoq kirish qismida; d – homila boshi kichik chanoqning keng qismida; e – homila boshi kichik chanoqning tor qismida; f– homila boshi kichik chanoqning chiqish sathida.

Qin orqali tekshirish.

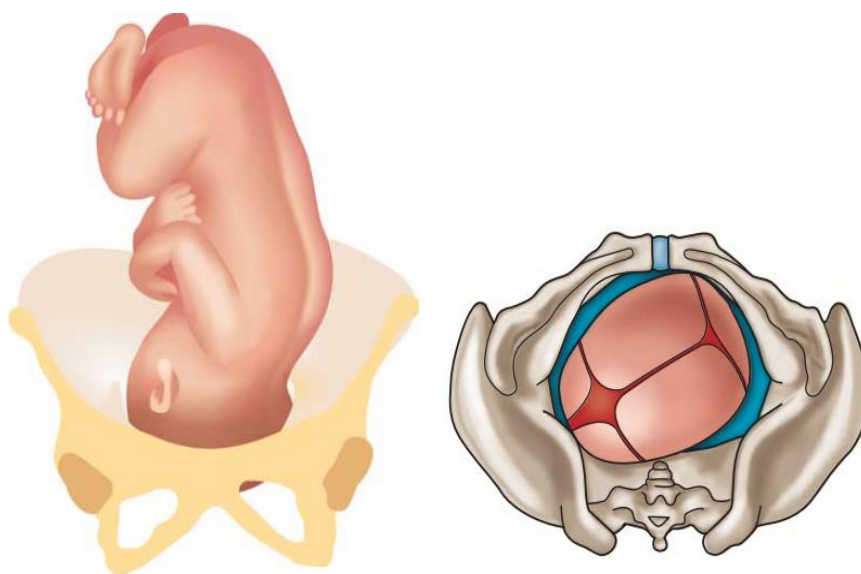
- Zarurat bo‘lganda, homilaning tushishini baholash uchun homila oldinda keluvchi qismining chanoq quymich o‘siqlariga nisbatan joylashishini aniqlash uchun qin orqali tekshiriladi (9.7-rasm).



9.7-rasm. Tugʻruqni II-davrida homila boshining surilishi

Eng koʻp uchraydigan oldinda keluvchi qismi bu boshning ensa qismidir. Agar tepasi old qismi boʻlib kelmasa, unda bu holat homila oldinda keluvchi qismining notoʻgʻri joylashganligini bildiradi. Agar bosh tepasi oldinda kelsa, bosh chanogʻidagi moʻljallardan homila boshining vaziyati (pozitsiya va turini) ayolning chanoq suyagiga nisbatan joylashishini aniqlashda foydalanish mumkin.

Homila boshining holatini aniqlash.



9.8-rasm. Boshning kichik chanoq suyagiga kirish joyiga taqalgan holati (I pozitsiya, ensa bilan kelishi oldingi koʻrinishi)

Homila boshi normada chanoq bo'shlig'iga ensaning oldinda yotib ko'ndalang turda keladi, bunda ensa chanoqqa ko'ndalang joylashadi. 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).

Tug'ruqning jadalligini baholash

Tug'ruq diagnozi qo'yilgandan keyin uning rivojlanishi quyidagilar bilan baholanadi:

latent faza davomida bo'yinning tekislanishi va ochilishidagi o'zgarishlar belgilanadi;

faol fazada bola boshining tushishi va bo'yinning ochilish darajasi o'lchanadi.

- tug'ruqning 2 - davri davomida bola boshining tushishi baholanadi;

Faqat faol fazada kelgan ayollarga tug'ruqning rivojlanishini partogrammada ko'rsatish lozim. Agar partogramma gizbo'lmasa, bo'yin ochilishining oddiy grafigini chizing. Buni vertikal va gorizontaal chiziqda belgilanadi.

Qin orqali tekshirish.

Tug'ruqning 1-davrida va qog'anoq suvlari yorilgandan so'ng har 4 soatda 1 marta qinni tekshirish mumkin. Partogramмага kerakli narsalarni belgilab oling.

- Har bir qin orqali tekshiruvga quyidagilarni belgilang:
 - amniotik suyuqlikning ranggi,
 - bachadon bo'ynining ochilish darajasi,
 - bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham bo'ladi).

- Agar birinchi ko'rikda bachadon bo'yni ochilmagan bo'lsa, tug'ruq diagnozini 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.

Tug'ruq jarayoni asosan 3 davrdan iborat: 1-bachadon bo'ynining ochilish davri; 2-homilaning haydaliş davri; 3-yo'ldosh davri;

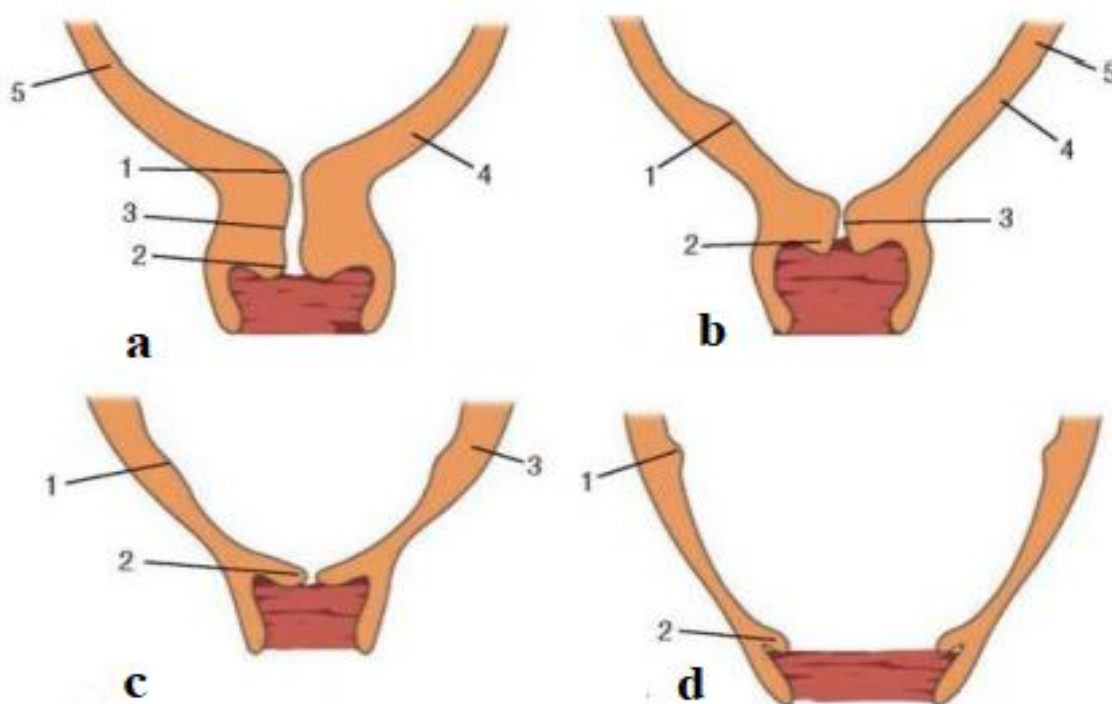
Tug'ruqning birinchi davri

Bu jarayon birinchi va qayta tug'uvchilarda turlicha bo'ladi. 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.

Ko‘p va qayta tuqqan ayollarning bachadon bo‘yni kanaliga bitta barmoqni osongina kiritsa 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.

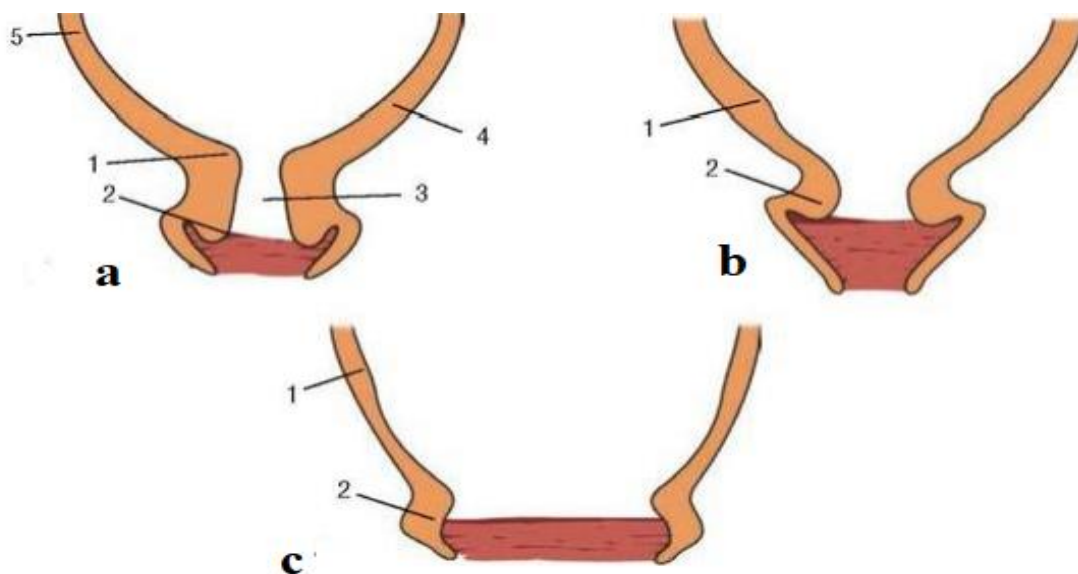
Bachadon bo‘yni asta-sekin ochilib, oldinda yotgan qismi pastga suriladi. Natijada u kaltalashib, nihoyat butunlay o‘z shaklini yo‘qotadi. Bu bachadon bo‘ynining tekislannsh jarayoni deb ataladi. Bachadon bo‘yni tekislangandan keyin uning tashqi teshigiga odatda 1–1,5 barmoqni kiritish mumkin. Bo‘yin chetlari yupqalashib, cho‘ziluvchan bo‘lib qoladi. Birinchi tug‘uvchilarda bachadon bo‘ynining ochilishi bo‘yin kanalining ichki teshigidan boshlanadi(9.9-rasm).



9.9 – rasm. Birinchi tug‘ayotgan ayollarda bachadon bo‘ynining ochilishi: a – bachadon bo‘yni tug‘ruqni boshida, ichki bo‘g‘iz yopiq; b – bachadon bo‘yni ochilish paytida bo‘yin yuqori qismi ochilgan; c – bachadon bo‘yni tekislangan tashqi bo‘g‘iz yopiq; d – tashqi bo‘g‘iz ochilishi tugallangan 1 – ichki bo‘g‘iz; 2 – tao‘qi bo‘g‘iz; 3 – bachadon bo‘yni kanali; 4 – pastki segment; 5 – bachadon tanasi

Qayta tug‘uvchilarda bachadon bo‘ynining har ikkala teshigi bir paytda ochiladi, ochilish davrida u kaltalasha boradi. 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 (9.10-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.



9.10. – rasm. Qayta tug‘uvchilarda bachadon bo‘ynining ochilishi: a – bachadon bo‘yni ochilishini boshlanishi; b -tashqi va ichki bo‘g‘iz baravariga ochiladi; c – ochilish davrining yakunida. 1 – ichki bo‘g‘iz; 2 – tashqi bo‘g‘iz; 3 – bachadon bo‘yni kanali; 4 – pastki segment; 5 – bachadon tanasi

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.

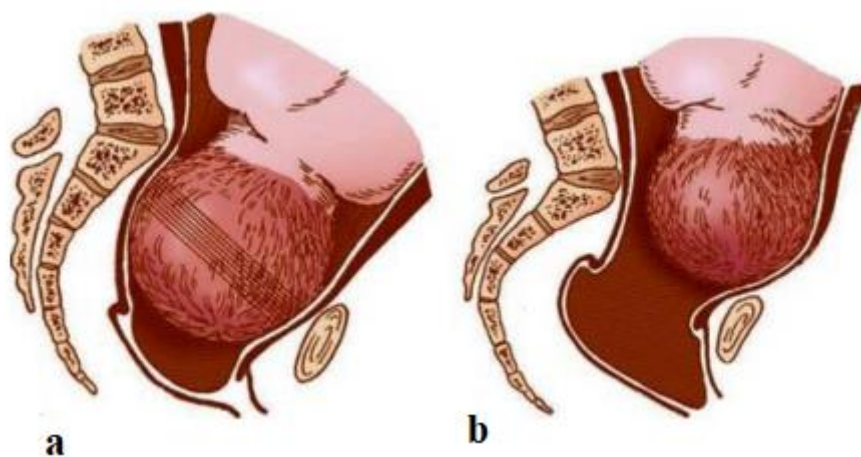
Bachadon ichidagi bosim osha borgan sari bachadon bo‘yni kanalining yuqori qismi ham voronkaga o‘xshab, asta-sekin kengayadi. Bachadon ichida bosim bo‘lgani tufayli qog‘anoq shu voronkaga o‘xshab kengaygan qismga suqiladi va bachadon bo‘yni kanali devori ichiga joylashgan nerv tolalarini ta’sirlab, to‘lg‘oqning yanada zo‘rayishiga sabab bo‘ladi.

To‘lg‘oq kuchaya borishi natijasida taranglashgan homila pufagi borgan sari bachadon bo‘yni kanaliga suqilib kiradi va uning ochilishini tezlatadi.

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(9.11-rasm).

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.



9.11-rasm. Homila boshi bilan bachadon devori orasida taqalish kamari hosil bo'ladi, natijada qog'anoq sulari oldingi va orqa suvlarga ajraladi (a). Taqalish kamari hosil bo'lmagan holatda(b)

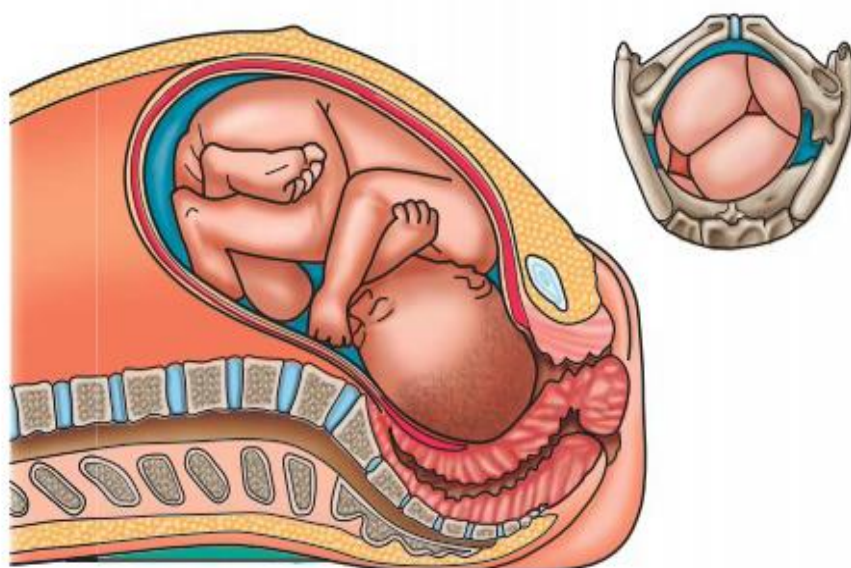
Ayrim vaqtlarda homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilmay turib yorilishi mumkin, bunga qog'anoq suvining oldin ketishi deyiladi. Ko'pincha homila pufagi bachadon bo'yni 4-5 barmoq kengligida ochilgandan keyin yoriladi. Ba'zan homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyin ham yorilmasligi 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'anoq 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.

9.4.1. Homila boshining ensa oldingi ko‘rinishda tug‘ruq

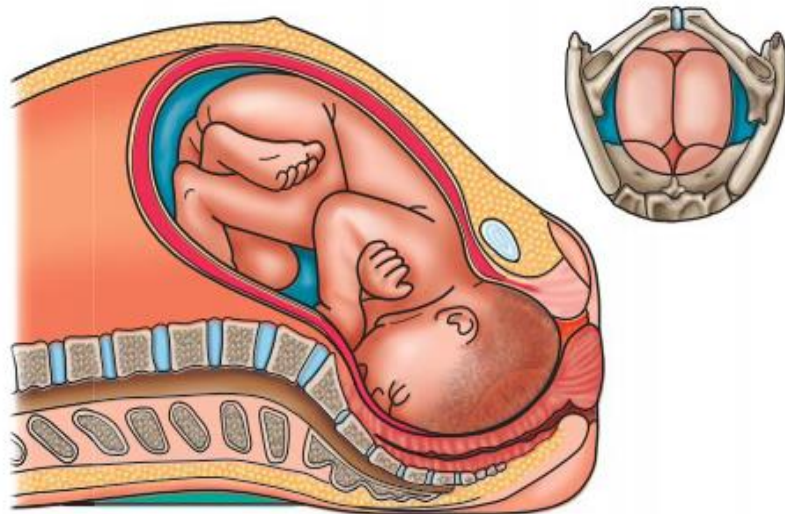
Tug‘ishning birinchi davridagi homila boshining bukilib kelishi obkash qonuni bo‘yicha belgilanadi. Bachadon tubi muskullari qisqarishi natijasida vujudga kelgan bosim homila orqa umurtqasi bo‘ylab borib, boshini kichik chanoq tomon yo‘naltiradi. Orqa umurtqa boshning o‘rtasiga joylashmaganligiga ko‘ra obkashning bandlari 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 (9.12-rasm).



9.12-rasm. Ensa oldingi turida tug‘ruq biomexanizmining birinchi laxzasi xomila boshining bukilishi

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).

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 (9.13- rasm).



9.13-rasm. Ensa oldingi turida tug'ruq biomexanizmining ikkinchi laxzasi.

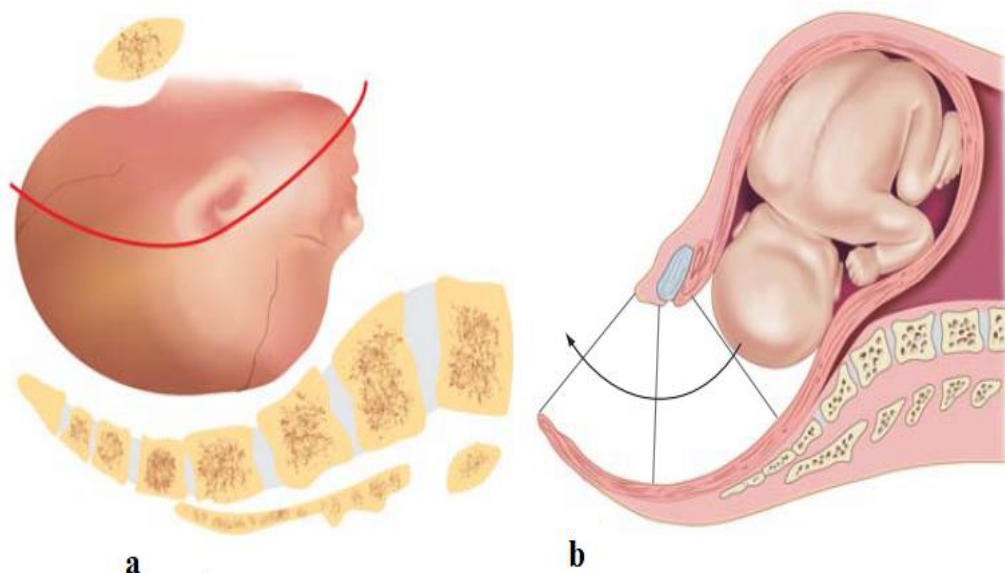
Agar homiladorlik normal kechayotgan, homila yaxshi rivojlanayotgan bo'lsa, tug'ish oldidan qo'l, oyoqlar ham normal joylashadi. Homila vertikal holatda, boshi bilan chanoqqa kirish sohasida esa sohalari bilan yotadi.

Birinchi 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-11sm, 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.

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 liqildog‘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 (9.14-rasm, a, b).



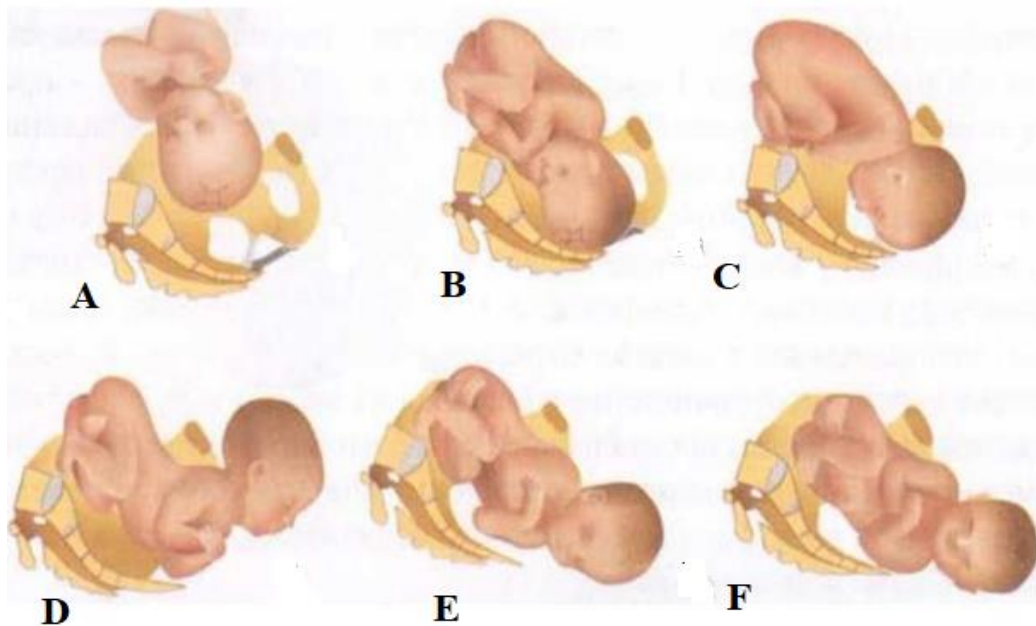
9.14-rasm. Homila boshi shaklining tug‘ilish yuli shakliga mos kelishi: a - bosh egri chizig‘i; b - chanoq o‘tkazuvchi o‘qi

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 circumferentio subocepito—bregmatica (aylanasi 32 sm) bilan kichik chanoq kirish qismiga joylashadi.

Ikkinchi laxzasi. 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 holatda soat miliga qarshi, ikkinchn holatda esa soat mili tomon aylanadi. Homila boshi chanoq tagiga tushganda uning kichik liqildog'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 (9.15-rasm).

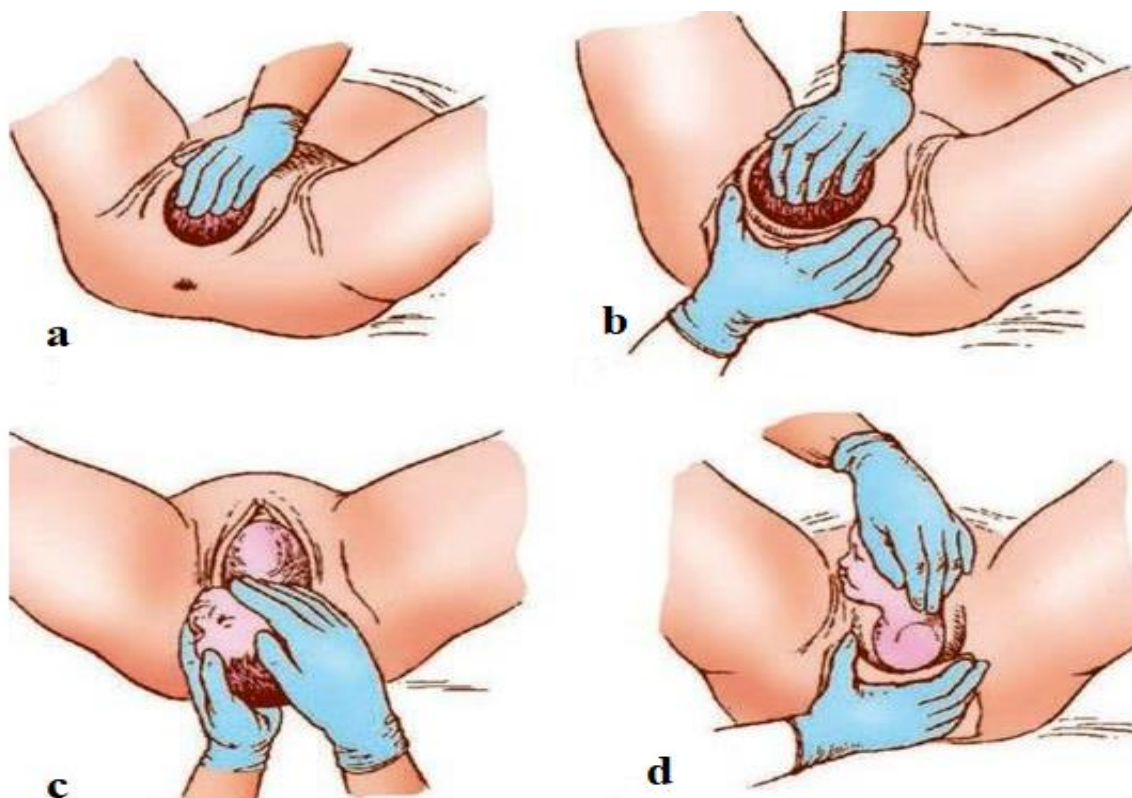


9.15-rasm. Ensa bilan kelish oldingi ko'rinishida tug'ruq kechishi: A- Boshning suqilishi va egilishi. B- Boshning ichki aylanishi. C- Boshning yozilishi. D-Boshning tashqi aylanishi. E- Oldingi yelkaning tug'ilishi. F- Orqa yelkaning tug'ilishi.

Uchinchi laxzasi. 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 kaltaligi 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 (9.16-rasm).



9.16-rasm. Homila boshi bilan kelganda qo‘l bilan yordam: a – boshni barvaqt yozilishiga qarshilik ko‘rsatish; b – oraliq tarangligini kamaytirish; c – yelka kamarini chiqarib olish (oldingi yelkasini chiqarish); d -elka kamarini chiqarib olish (orqa yelkani chiqarish)

To‘rtinchi laxzasi. Homila boshi tashqarida, yelkalari ichkarida aylanadi. Homila boshining tashqarida aylanishi elka qismnning ichkarida aylanishiga bog‘liqdir.

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 yelkasi 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).

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.

Homila boshining o'rta sathi, uning aylanasi shartli ravishda **katta segment** deb yuritiladi. 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 barmaq, yuz tomonidan esa 4–5 barmaq chanoqqa kirish qismidan yuqori turganini aniqlaydi.

Qin orqali tekshirilganda chanoq suyagining chanoq ichiga qaragan do'ngiga (promontorium) barmoqlarning bukilgan holatda yaqinlashishi mumkin bo'ladi, bunga boshning oldinga keluvchi qismi quymich do'mbog'idan 1-2 barmaq 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 barmaq), yuz qismi 2,5–3,5 barmaq 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 barmaq pastda bo'ladi. Homila boshining chanoqqa kirish qismiga va bachadon bo'yniga hamma 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 barmaq 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.

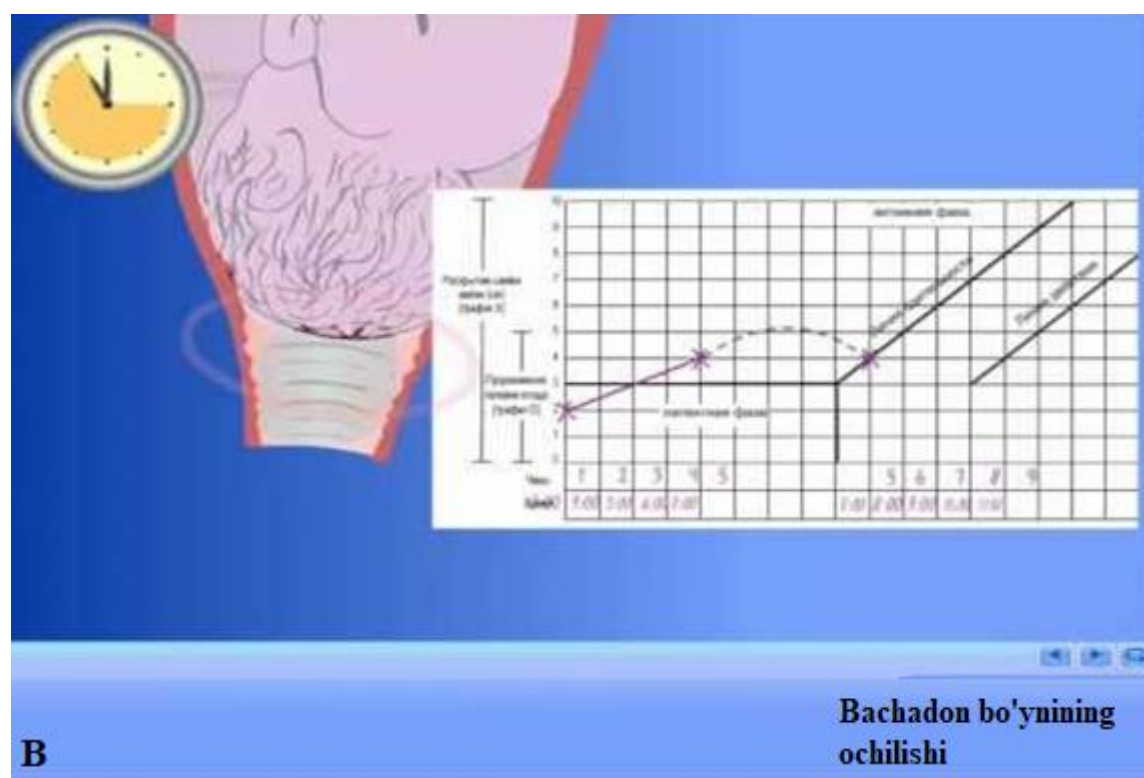
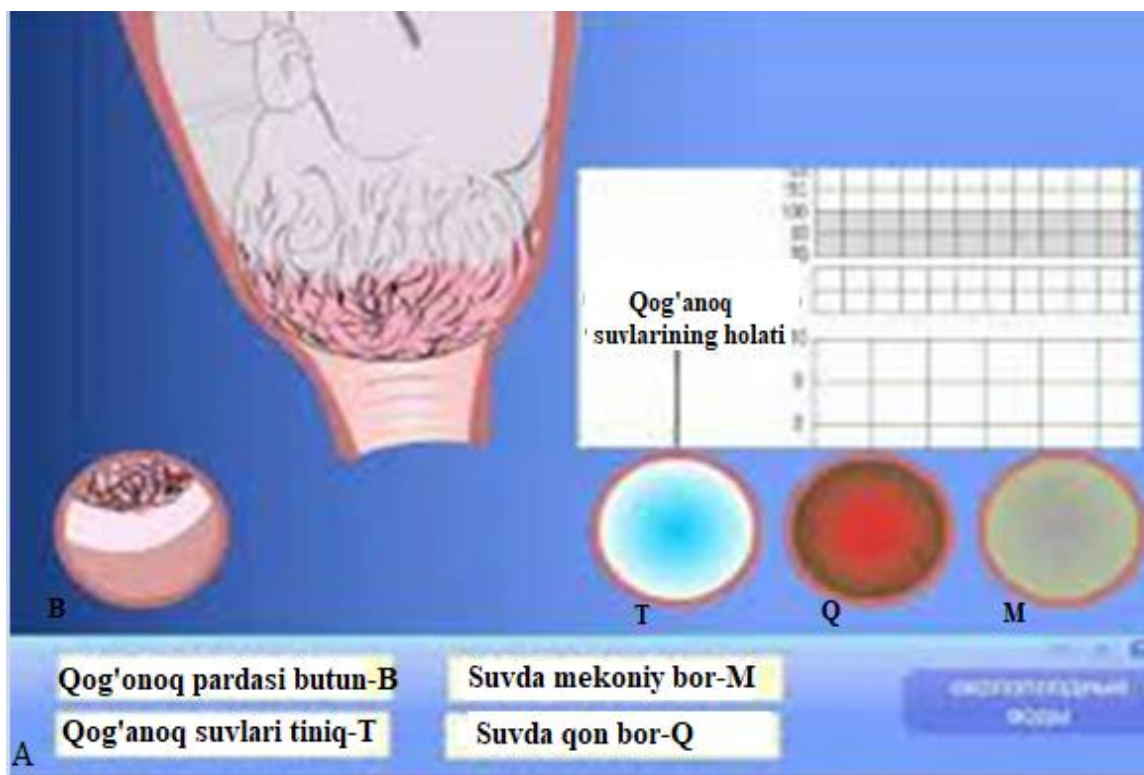
Tashqaridan boshni paypaslab bo'lmaydi, dumg'aza chuqurchasi bosh bilan egallangan. Bosh pastki qismining taqalish yuzasi dumg'aza suyagining pastki va qov suyagi bo'g'imining pastki qismi sohasida bo'ladi.

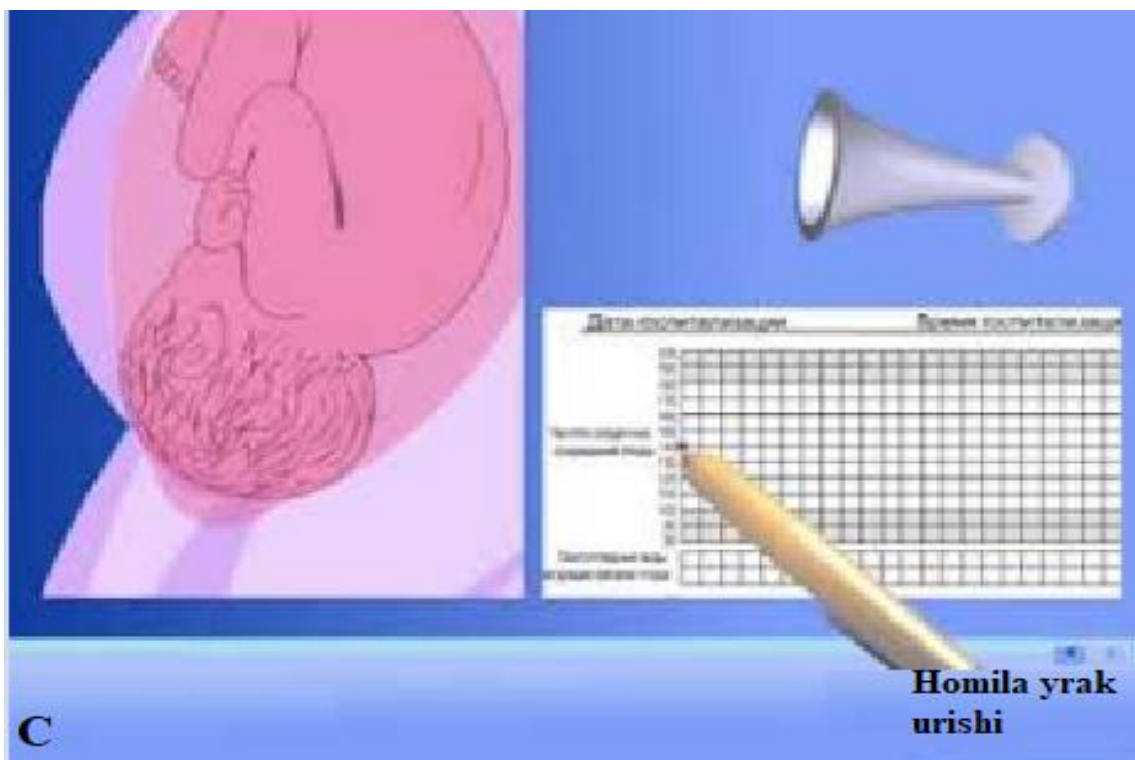
Yuqorida aytib o'tilgan tekshirish usullari tashqi va qin orqali tekshirish natijasida olingan ma'lumotlar 80-85% hollarda ijobiy bo'lsada, homila boshining turish va kichik chanoq kirish qismiga joylashish xillari turlicha bo'lganiga ko'ra, bundan tashqari, homila boshi shaklining o'zgarishi (**konfiguratsiya**) 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.

9.4.2. Partogrammadan foydalanish

JSST 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 namunalari ko'rsatilgan(9.17-rasm).





9.17-rasm. Partogramma to'ldirilishi, A-qog'anoq suvlari holatini tasvirlash; B-bachadon bo'yni ochilishini; C-homila yurak urishini qayd qilish tasvirlash

Partogrammadan foydalanish uchun masshtabini butun sahifaga kattalashtirish kerakligiga e'tibor bering. Partogrammaga quyidagi ma'lumotlarni kiriting:

Patsient 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 ranggini har gal qin orqali ko'rganda belgilang:

B: Pufak butun

T: Pufak yorilgan, suyuqligi toza

M: Suyuqlikda mekoniy 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.

Qorinnipaypaslab homilaboshning tushishini baholash :

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.

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'onoq 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.

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, aseton va siydikning miqdori: Har siydik ajratilganda yozib boring.

Tug'ruqning 1-davrining kechishi:

•Tug'ruqning I - davrining qoniqarli kechish belgilari:

-muntazam dardning tezligi,soni va davomiyligi oshib borishi;

- faol fazada bachadon bo'ynining ochilishi 1 soatga 1sm 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 1sm dan kam (bo'yni ochilishi hushyorlik chizig'idan o'ngroqda);

- bachadon bo'yni homilaning oldindakeluvchi qismiga yaxshi yopishmagan.

Tug'ruq faoliyatining qoniqarsiz rivojlanishi uzoq davom etadigan tug'ruqlarga olib keladi.

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 1 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 (1 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 ranggiga e'tibor berish kerak: quyumekoni — 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 ishtirok etishiga va qo'llab turish istagiga xayrihohlik bildirish lozim.

⁰ tug'ruq vaqtida ayolning sherigi ishtiroki haqidagi istagiga xayrihohlik bildirish, sherigi ayol bilan birga bo'ladigan joyini tayyorlash kerak.

⁰ 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) xayrihohlik bildirish lozim (9.18-rasm).



Tik holat: sherigiga suyanan

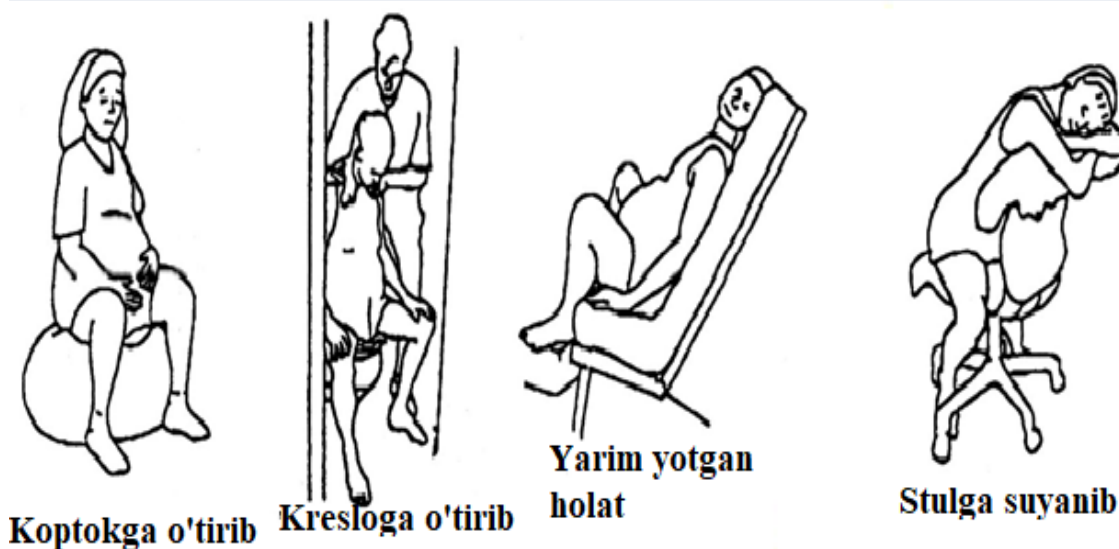
Engil raqs

9.18-rasm. Tug'uvchi ayolning tug'ruqni I davrida tik turgan holatlari

• 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 xayrihohlik 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 xayrihohlik 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.



9.19-rasm. Tug‘uvchi ayolning tug‘ruqni I davrida o‘tirgan holatlari

- Ayolning harakat qilishini ta‘minlang:
 - ayolni bemalol o‘zi yurishiga xayrihohlik bildiring.
 - ayolga tug‘ish uchun kerakli holat tanlashiga yordam bering
- Ayolni tez-tez siyib turishiga undang.

Eslatma: Ayolga tug‘ruq davrida reja asosida ho‘qna tayinlamang.

Ayolning tug‘ruq vaqtida ovqat yeyish 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 dardoralig‘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 haydaliq fazasida unga qulay bo‘lgan holatni egallashiga

yordam bering va kuchanishga rag‘batlantiring.

Tug‘ruqning bu davrida bachadon muskullari, qorin, tana va oyoq, qo‘l muskullari-ning 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 berish kerak bo‘ladi.

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 minutcha davom egadi. Kuchaniq bachadon qisqarishi bilan birga kelishi kerak. Kuchaniq boshlanishi bilanoq ayol

tugʻruq karavotida chanoq qismi bir oz koʻtarilgan holda chalqancha yotishi kerak. Har gal kuchanganda ayol chuqur nafas olib, nafasini tutib turgan holda, boshini va tanasini yuqoriga koʻtarib, qoʻllari bilan karavot yuganini tortib, oyogʻi bilan tiralib kuchansa, kuchaniq kuchli boʻladi va homila tugʻruq kanali boʻyicha surila boradi. Bu paytda bachadon ham oʻz shaklini oʻzgartiradi, birmuncha yapaloqlashib, uzunlashadi. Muskullar qisqarishi natijasida homila boshi chanoq tagiga tushadi, natijada toʻgʻri ichakning sfinkter muskuli yozilib, asta-sekin jinsiy yoriq ochila boradi va homila boshining pastki qismi koʻrinadi. Kuchaniq toʻxtagach, homila boshi koʻrinmay qoladi, toʻgʻri ichak teshigi asli holiga qaytadi. Kuchaniq takrorlanganda jinsiy yoriq tobora ochilib, homila boshining segmenti borgan sari koʻproq koʻrina boradi. Homila boshi pastga tushib, katta segmentini tashqi jinsiy aʼzolar oʻrab olmaguncha, har kuchaniqda u yana jinsiy yoriqdan ichkariga tortiladi. Bu homila boshining tugʻila 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 tugʻilishi** bilan yakunlanadi.

Homila tugʻilish davrida uning holatidan xabardor boʻlib turish zarur. Har bir kuchaniqdan keyin homilaning yurak urishi kuzatib boriladi. Kuchaniq toʻxtashi bilan homilaning yurak urishi bir oz kamayib, minutiga 132–144 martadan oshmaydi. Bu fiziologik bradikardiyaning sababi hozirgacha aniqlanmagan. Ammo koʻp mutaxassislarning fikricha, bu holatga chanoq tagiga tushgan homila boshi vagus nervini bosishi, shuningdek yoʻldosh tomirlari va toʻqimasidan ajralib chiqqan asetilxolin va vagusga taʼsir qila-digan modda - serotoninning oshishi ham sabab boʻlishi mumkin. Hayvonlarda oʻtkazilgan tajribalar shuni koʻrsatadiki, serotonin oldin vagusga, keyin simpatik nerv sistemasi-ga taʼsir qiladi. Agar kuchaniq orasida homilaning yurak urishi 110 martadan kamayib ketsa, bu patologik holat sanaladi. Bu qon tomirlarni qoʻzgʻatuvchi markazning gipoksiya natijasida sustlashishidir. Homilaning yurak urishi buzilsa, uni tezda tugʻdirish lozim, aks holda nobud boʻlishi mumkin. Homilaning boshi yoki oldinda keluvchi qismi-ning tugʻruq yoʻlidan surilishi tashqi akusherlik tekshirish yoʻli bilan aniqlanadi.

Homila boshi jinsiy yoriqdan koʻrinishi bilan akusherka (shifokor) tugʻruqqa tayyorlanadi. Ayol tagiga steril taglik solinadi. Tugʻruqqa kerakli narsalar, asbob tayyorlanadi. Homila kindigini qirqish uchun qaychi, bogʻlash uchun maxsus bogʻlov tayyorlab qoʻyiladi. Tugʻruqni boshqarishda homila boshini tugʻdirish va chotni yirtilishdan saqlash juda muhimdir. Bosh tugʻilishi jarayonida tashqi jinsiy aʼzo va chot juda choʻziladi va baʼzan yirtiladi. Shunga koʻra jinsiy yoʻllarning yirtilishga yoʻl qoʻymaslik uchun homila boshini eng kichkina oʻlchovi bilan, boshning yetarli darajada bukilishi va ensa qismi bilan tugʻilishiga 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 akusherka 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‘zova 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 akusherka 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 $\frac{2}{3}$ qismi qov suyagi ostidan tug‘ilgandan keyin u qov suyagiga taqaladi, homila boshi oldinga va yuqoriga ko‘tarilgach, orqa yelka chot ostidan tug‘iladi (10.33.-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.

- Agar bola baland ovozda yig‘layotgan yoki nafas olayotgan bo‘lsa, onasi bilan qoldiring (ko‘krak qafasi 1daqiqada 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 issiqdava «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.

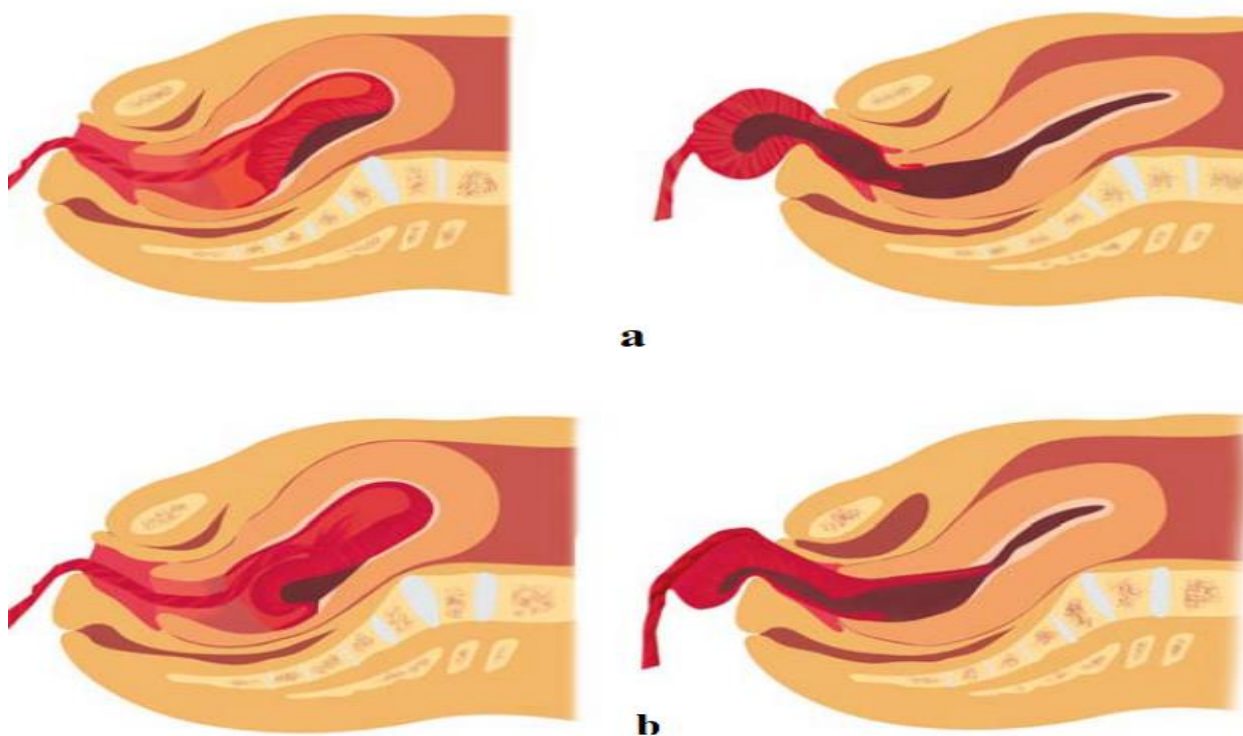
• Agar ayol o‘zini yomon his qilayotgan bo‘lsa, assistentdan bolaga qarashini iltimos qiling.

- 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.

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 aniqash 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.



9.20-rasm. Placentani bachadon devoridan ajralish mexanizmi, a-markazdan; b-chetidan.

9.5.3. Tug'ruqni III davirni faol olib borish

III davrni faol olib borish (yo'ldoshni faol ajratish) tug'ruqdan keyingi qon ketish holatlarining 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.

Oksitosindan foydalanishning afzalligi shundaki, u in‘eksiya 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 ergometrinyoki 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 tortaboshlaguningizgacha kuchli qon oqimi kelishini kutmang. Kindik tizimchasini tortishni bachadonni tortishiga qarama –qarshi tomonga itarish bilan davom ettiring.

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 bachadonningnavbatdagi yaxshiqiskarishini 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 qo‘lqoplarda tekshiring, yumshoq qirrali qisqichlardan foydalanib qog‘anoqning qolgan bo‘lakchalarini olib, tashlang.

Yo‘ldoshningbutunliginidiqqatbilantekshiring. 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.

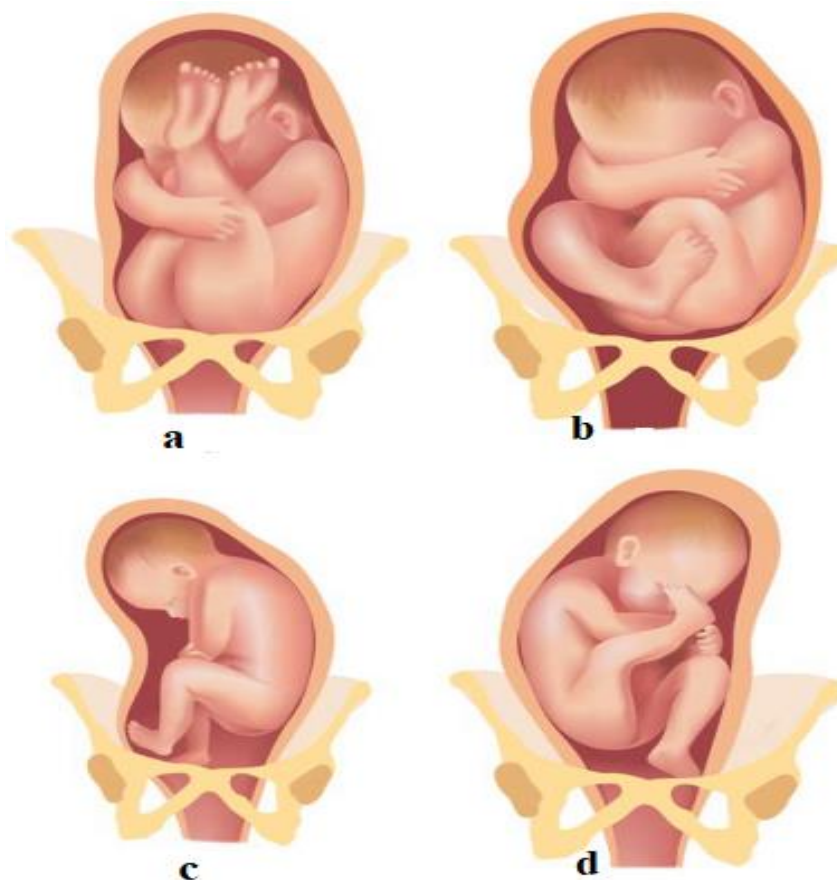
Dastlabki 2 soat ichida har 15 daqiqada bachadonni massaj qiling. Massajni to‘xtatgach, bachadon bo‘shasligiga ishonch hosil qiling. Yirtilishlarini baholash

- Ayolni diqqat bilan ko‘rib, bachadon bo‘yni va qin devorlarining butunligini tekshiring va yirtilishni yoki epiziotomiyani tiking.

X BOB. HOMILANI CHANOQ QISMI VA OYOG‘I BILAN KELISHI

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. Aslida bu ona uchun ham, homila uchun ham xavfli bo‘lib, og‘ir patologik xolatlarga sabab bo‘lishi mumkin. Shunga ko‘ra homilaning chanoq bilan kelishi patologiya bilan fiziologiya holatlari o‘rtasidagi chegaradir.

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 (10.1-rasm).



10.1- rasm. Homilaning chanog‘i bilan kelishi: a- sof dumbaning kelishi; b- dumbaning aralash kelishi; c- oyoqlarning to‘la oldin kelishi, d- oyoqlarning noto‘liq oldin kelishi

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 vaqtdan ilgari tug'ish hollari ko'proq kuzatiladi. Vaqti-soati yetib va vaqtdan 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, homilalarning aylanishi qiyin bo'lganiga ko'ra chanoq bilan oldin kelish hollari ko'proq uchraydi.

Ona qornida o'lib qolgan homilada gidrotsefaliya (miya qorinchasida suv yig'ilishi) bo'lganda va boshqa turdagi noto'g'ri rivojlanishda homilaning chanoq bilan oldin kelishi uchrashi mumkin. Ba'zi mualliflarning fikricha, yoshi katta bo'lib qolganda birinchi marta tug'ayotgan ayollarda homila chanoq'i bilan oldin kelishi umkin.

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 eshutiladi.

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 ishdir. 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 diagnozni to'g'ri qo'yish katta ahamiyatga ega. Homila ko'ndalang yotgan bo'lib, uning qo'li tug'ruq yo'liga 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 bormoq 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. 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 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'rilanadi, 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'ilibo; uning $2/3$ 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.

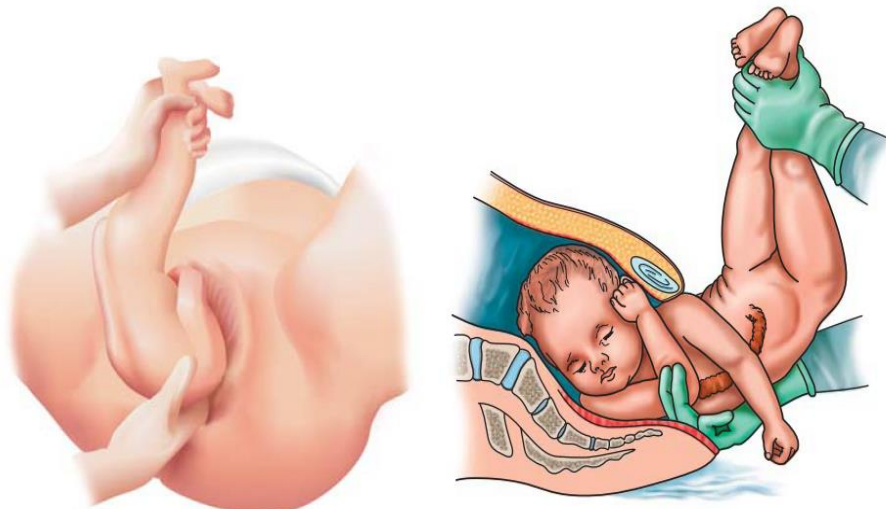
Boshning qolgan qismi kichkina qiyshiq o'lchovi bilan xuddi ensa bilan oldingi ko'rinishda kelgandagi boshning tug'ilishiga o'xshab tug'iladi. Tug'ruq jarayonini albatta shifokor o'zi kuzatishi va tug'dirishi kerak.

Homila tug'ilishi jarayonida ba'zan qo'llar yuqoriga ko'tarilib qoladi, bunda uning shifokor qo'llarini quyidagi usulda chiqaradi.

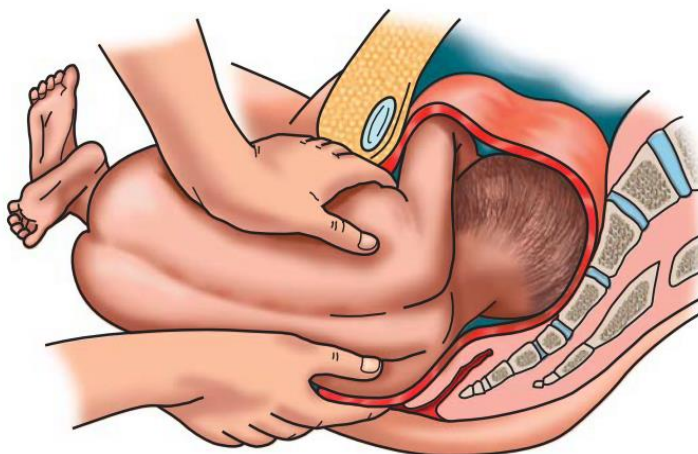
Shifokor homilaning chot ostidagi qo'lga qarama-qarshi turgan ikkinchi qo'li bilan uning ikkala oyog'ini bir-biriga jipslab ushlab oladi, so'ngra homilani yuqoriga, vaziyatiga teskari — onaning chot burmasi tomonga va yonga ko'taradi-da, ikkinchi qo'lining ko'rsatkich va o'rta barmoqlarini homilaning 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 mumkii. Qo'llar odatda homilaning yuzi bo'ylab sirg'anadi (homila go'yo «yuvinadi»), (10.2- rasm).

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.



10.2-rasm. Homila chanog'i bilan kelganda qo'llaniladigan Lovset uslubi: o'ng qo'lni o'ng qo'l chap qo'lni chap qo'lda yuz yuvish harakatida chiqazib olinadi

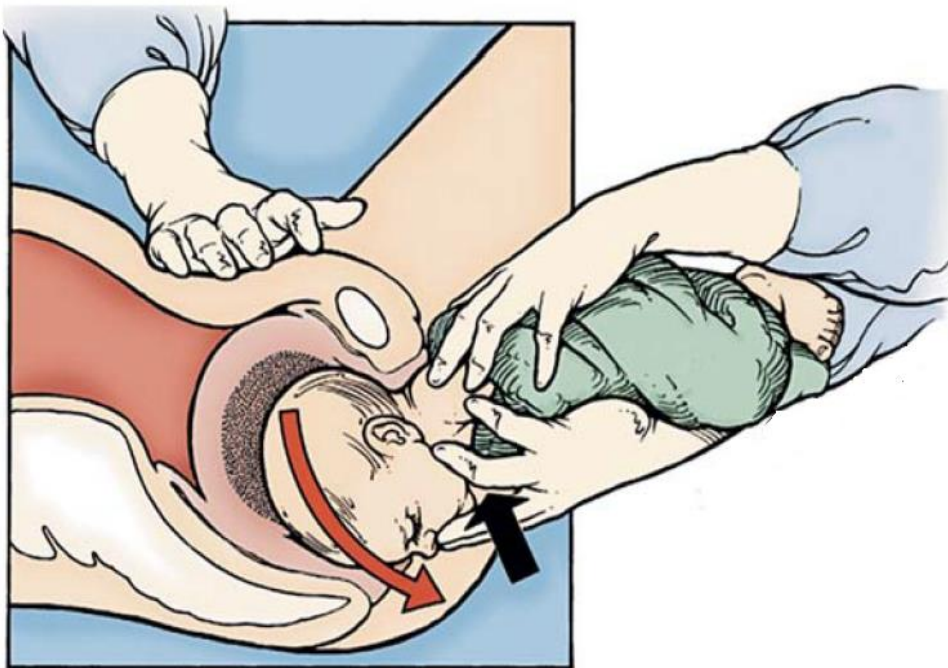


10.3-rasm. Homila chanog'i bilan kelganda qo'llaniladigan uslubi oldingi yelkani orqa yelkaga aylantirish

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 chuqurchasi** 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 Morico-Smeyli-Faytu tomonidan taklif qilingan usul bilan chiqarish oson bo'ladi. Bu

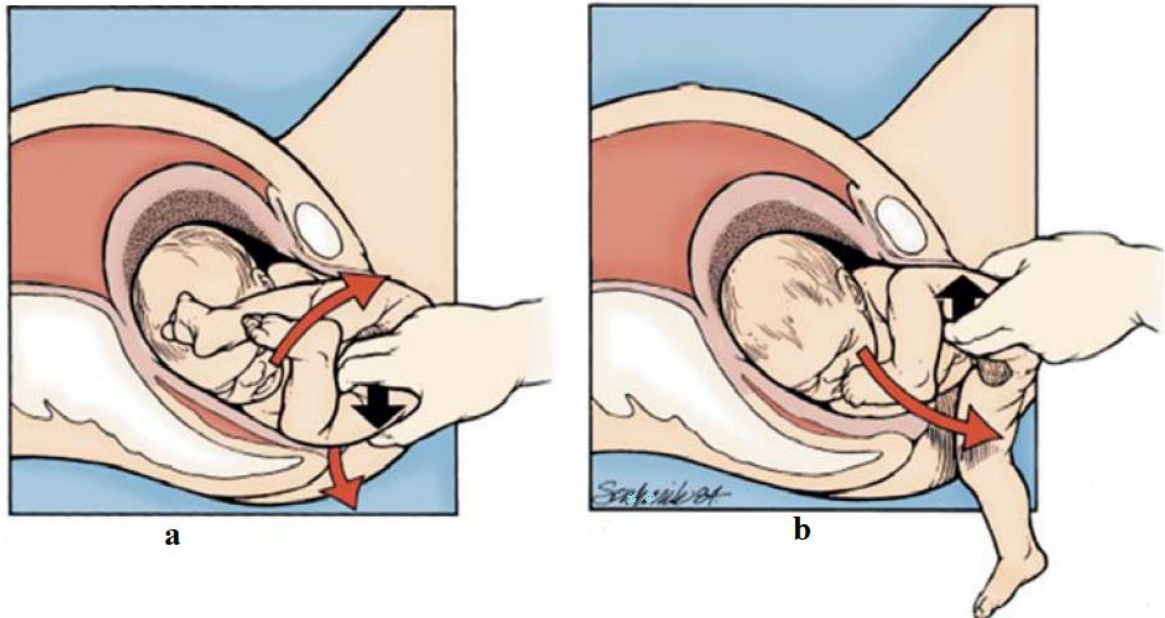
usul homila boshi ochilib ketishining oldini olishga qaratilgan. Buning uchun bir shifokor qo'lini qinga kirgizadi. Shunda homila shu qo'l bilaklari ustida mingan holatda bo'ladi, oyoqlari esa qo'ning ikki yonida osilib qoladi. Shifokor qindagi ko'rsatkich barmog'ini tirnoq bo'g'imiga qadar homilanning 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'lining ko'rsatkich va o'rta barmoqlarini sal bukib, homilaning bo'ynidan vilkaga o'xshab qisib oladi va qolgan barmoqlari bilan homilaning yelkasidan ushlaydi.



10.4-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, v - homila boshini Moriso-Smeli-Faytu usulida tug'dirish.

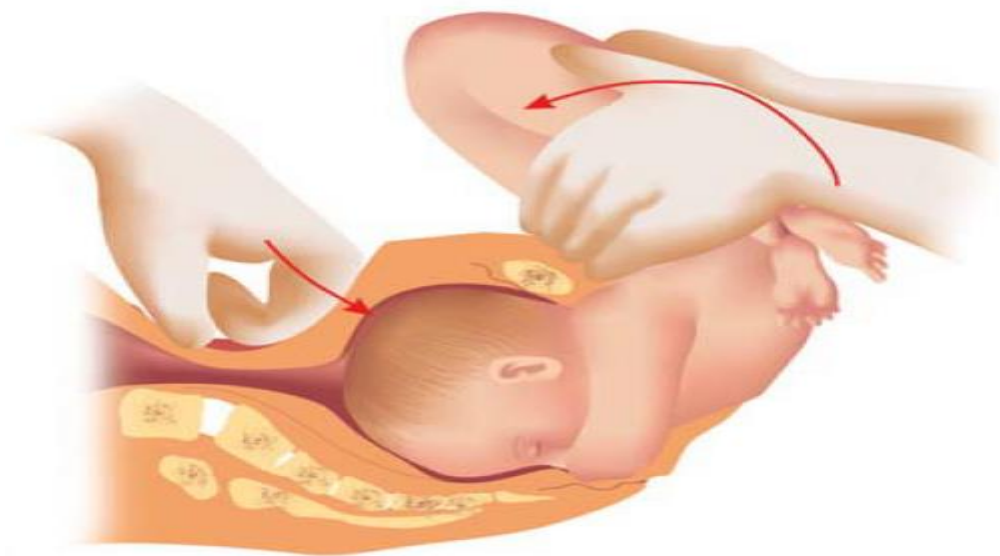
Ko'rsatkich va o'rta barmoqlar uchi bilan homilaning o'mrov suyagini bosmaslik yoki barmoqlarni o'mrov osti chuqurchasiga yubormaslik kerak. Shifokorning tashqaridagi qo'li asosan olib chiquvchi kuch vazifasini o'taydi. Homila boshini chiqarishda ichkaridagi qo'l boshning har doim eng kam o'lchovi bilan tug'ilishi uchun imkon beradi, deb aytib ketgan edik. Bu bilan homila boshining chanoq ichida to'g'ri aylanishiga va o'q-yoysimon 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.

Homila chanog'i bilan kelganda Pinar usulida qo'lda yordamda: Homila kindigigacha tug'ilgach galma galdan har bir sonini aylantirib ayol chanog'ini qarama qarshi tomonga burib (a) homila oyoqlarini tizza soxasida bukib tug'dirib olinadi (b)(10.5-rasm).



10.5-rasm. Pinar bo'yicha qo'lda yordam.

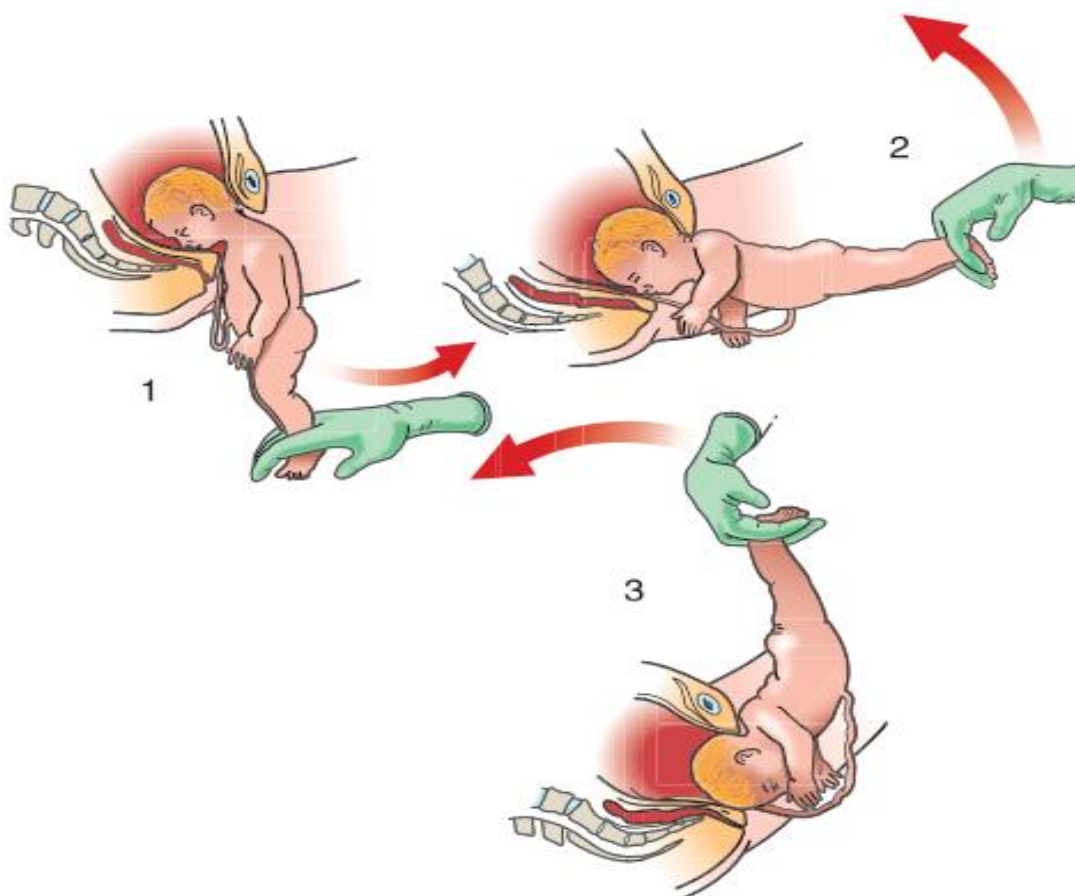
Ye. Braxt quyidagi usulni taklif qildi: shifokor homila tug'ilishini kuraklari burchagigacha tug'ilishini kuzatib boradi, shundan so'ng u homilaning tanasini ehtiyotkorlik bilan ushlaydi va uni onaning qorniga ag'daradi, shu bilan birga, qorin old devori orqali homila boshiga yengil bosib uning yozilishini oldi olinadi(10.6-rasm).



10.6-rasm. Braxt bo'yicha qo'lda yordam berib tug'dirish

Berns-Marshall qo'lda yordam.

Xomilaning tanasi tug'ilgandan so'ng, bir necha daqiqaga oyoqlarini osilib turishga beriladi. Tananing og'irligi ta'sirida bosh biroz pastga siljigan va egilib, qov ostidagi chuqurchaga yaqinlashadi. Shundan so'ng shifokor yordamni amalga oshirishga kirishadilar. Homila oyog'ini ikkala to'piqlarini o'ng qo'lning II, III va IV barmoqlari bilan ushlaydi. Yengil tortishni amalga oshirib, tanani keng o'q bo'ylab harakatlantirib ayolning qorin bo'shlig'iga yunaltiriladi (10.7-rasm). Ushbu Berns-Marshall usulida onaning qorin bo'shlig'i tomonidan boshga bosib va akusherlik qisqichlarini qo'llash bilan umumlashtirishga ruxsat beriladi.



10.7-rasm. Bern-Marshall bo'yicha qo'lda yordam ko'rsatish

XI BOB. TUG‘RUQDA OG‘RIQSIZLANTIRISH USULLARI

Psixoprofilaktik usul. Bu usulda ayollarni tug‘ruqqa tayyorlash maqsadida asosan markaziy nerv sistemasi 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 nerv 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 nerv 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’zoldagi nerv tolalarning ta’sirlanishi ham og‘riqqa sabab bo‘ladi.

Og‘riq bachadondan markaziy nerv sistemasiga 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‘rqsalar, 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 nerv sistemasi bilan pastda joylashgan qismlarining muvozanati buziladi.

Bachadondagi nerv elementlari va jinsiy a’zoldagi boshqa nerv tolalari tug‘ruqda albatta ta’sirlanadi. Ammo ayollarda og‘riqni sezish darajasi har xil bo‘lib, bu nerv sistemasining 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 sezadilar ham bunga chidaydilar, qo‘rqmaydilar, shifokor va akusherka maslahatlariga amal qiladilar. Bunday ayollar nerv sistemasi turi kuchli bo‘lib, ular ancha og‘ir-vazmin bo‘ladilar, shunga ko‘ra ular og‘riqni kamroq sezadilar. Agar ayolning nerv sistemasi 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, 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, rasmlar 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'zolarida 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 uqtiriladi. Ayol vaqtida ovqatlanishi, tug'ishda tinch yotishga harakat qilishi, shifokor va akusherka 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.

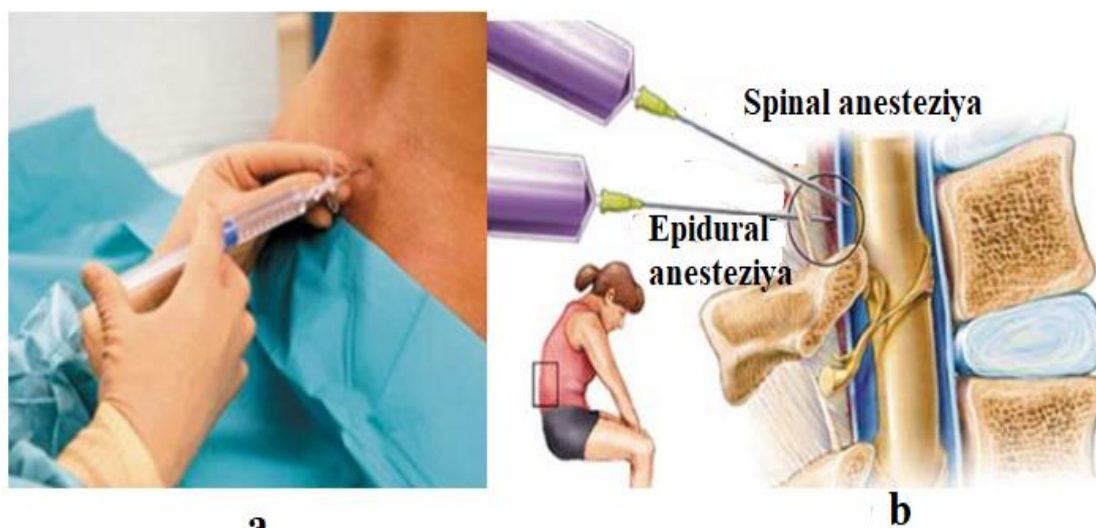
To‘rtinchi va beshinchi mashg‘ulotlarda homilador bilan oldingi mashg‘ulotlar takrorlanadi va ularning yuqorida ko‘rsatilgan amallarga qanday tushunganliklari tekshiriladi.

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 (sherik), 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 ishontiradi.

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(11.1-rasm).



11.1-rasm. A-Epidural kateterni o‘rnatish, b-spinal anesteziyani peridural anesteziyadan farqi

XII BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI

Tugʻruqdan keyingi davr – bu bola tugʻilgandan keyingi, tana aʼzolarining boshlangʻich holatiga qaytishi va sut ajralishining boshlanishi davridir. Chilla davri 6-8 hafta davom etadi. Tuqqan ayol chilla davrining dastlabki kunlarida parvarishga muhtoj boʻladi, shu sababli u tugʻruqxonada shifokor va akusherka nazoratida boʻlishi lozim.

Chilla davrining dastlabki soatlarida ayolni sinchiklab kuzatib turish kerak. Chunki bu davrda bachadon muskullari boʻshashib, uning qisqarish xususiyati susayadi (gipotoniya) va qon ketib qolishi mumkin. Shunga koʻra, ayolni kuzatayotgan shifokor bachadonning qisqarishi va jinsiy aʼzolaridan kelayotgan qon miqdorini, ayolning tomir urishi va qon bosimini tekshirib turishi lozim.

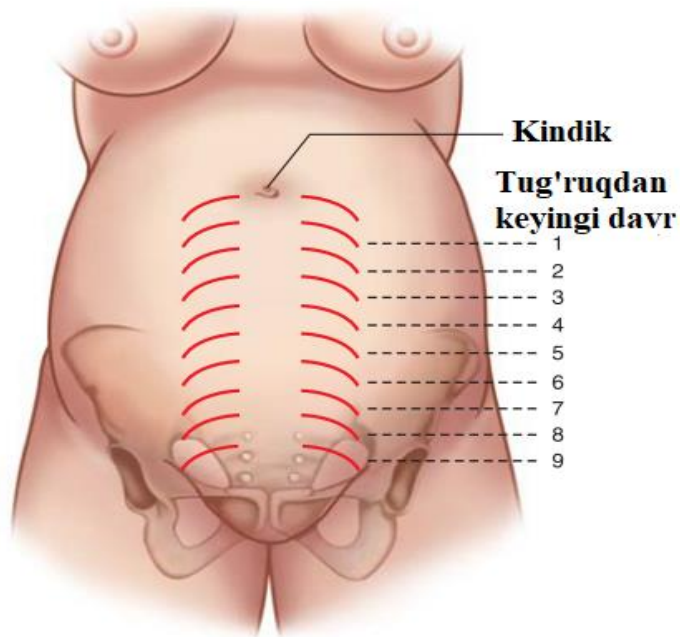
Chilla davrida jinsiy aʼzolarining asliga kelishi (involyusiyasi) qanday oʻtishi haqida toʻxtalib oʻtamiz.

Bachadon muskullari chilla davrida normal qisqarsa, muskullar qisqa muddatda qattiqlashib, bachadon devorining qalinligi 1,5-2,5 sm boʻlib 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 tugʻruq ajralmalari boʻladi. Ajraladigan loxiyalarda bachadondagi yarali yuza (plasenta oʻrni), desidual qavat parchalari ham uchraydi. Plasenta joylashgan yuzadagi qon tomirlarda mayda tromblar koʻrinadi. Bachadon boʻyni oldi va bachadon boʻyni muskullari boʻshashganidan, servikal kanaliga osonlikcha barmoqni kiritish mumkin. Qin devorlari ham kengaygan, burmalari tekislangan boʻladi. Tashqi jinsiy yoriq ochilib turadi. Bachadon muskullaridagi ortiqcha toʻqimalari tez orada yoʻqoladi.

Agar chilla davrining boshida bachadon ogʻirligi 1000-1200 gramm boʻlsa, birinchi hafta oxirida – 500-600 g, ikkinchi haftada – 350 g, uchinchi haftada – 200 g, 6-7 haftadan keyin 50-70 gramm boʻlib qoladi. Muskul hujayralari, qon tomirlardagi nerv tuzilmasi va qoʻshimcha toʻqimalar asta-sekin yoʻqoladi yoki biriktiruvchi toʻqimaga aylanadi. Bachadonning asli holiga qaytishi neyro-gumoral sistemaning taʼsiriga bogʻliq.

Tuqqan ayol har kuni muntazam kuzatib boriladi, bachadon uzunligi santimetr tasmasi bilan qov suyagining yuqori chetidan bachadon tubigicha oʻlchanadi, u odatda bir kunda 1-1,5 sm ga qisqarishi kerak. Chilla davrida bachadon oʻzining qisqarish xususiyatini yoʻqotmaydi, natijada u asta-sekin kichiklasha boradi. Bachadonning qisqarishi chaqaloqni emizayotgan vaqtda ayniqsa kuchli boʻladi. Qisqarishning susayishi bachadon subinvolyusiyasi deb ataladi.



12.1-rasm. Chilla davrida bachadon involyusiyasi

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‘rinishiga 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 kiritsa 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 asboblar 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 minutda 60 marta urib, to‘laligi qoniqarli bo‘ladi. Agar tomir urishi minutiga 85-90dan oshsa, bu ayolda dastlabki patologik qon ketish, infeksiya jarayoni boshlangani yoki tireotoksikoz borligidan dalolat berishi mumkin. Bradikardiya bo‘lsa, bu chilla davrining normal kechayotganini ko‘rsatadi.

Chilla davrida tuqqan ayollar qorin oldingi devorida mushaklar uzilganligi sababli striyalar-chiziqlar paydo bo‘ladi.



12.2-rasm. Chilla davrida tuqqan ayol qornidagi striyalar.

Ko‘pchilik ayollarda qon bosimi bir oz pasayganligini kuzatish mumkin. Chilla davrida boshqa a‘zo va sistemalarda 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 ho‘qna 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 sekreti-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- kunidan 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'zolarga 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'zolarga 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 Laktinet tabletkasi bo'lib hisoblanadi.

Chilla davrining dastlabki kunlari ona uchun to'g'ri kun tartibi o'rnatish, sanitariya-gigiena 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.

XIII BOB. PERINATOLOGIYA

13.1. Perinatalogiya fani

Perinatalogiya - homilaning rivojlanishi haqidagi fandır. Homilaga tashqi va ichki muhitlarning ta'siri, uning ichki rivojlanishining buzilishi natijasida tug'ilgan chaqaloqlar kasallanadi. Onaning plasentar qon o'tkazishi va homilaning funksional aloqadorligi va bog'liqligidir. Fetoplasentar tizim degan termin keng tarqalgan, agar to'g'riroq aytilsa, bu ona-plasenta-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 blastotsistlarning bachadon desidual qobig'iga kirishi bilan boshlanadi.

2. Implantatsiya (7-8-kunlar);

3. Organogenez va plasentatsiya-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.

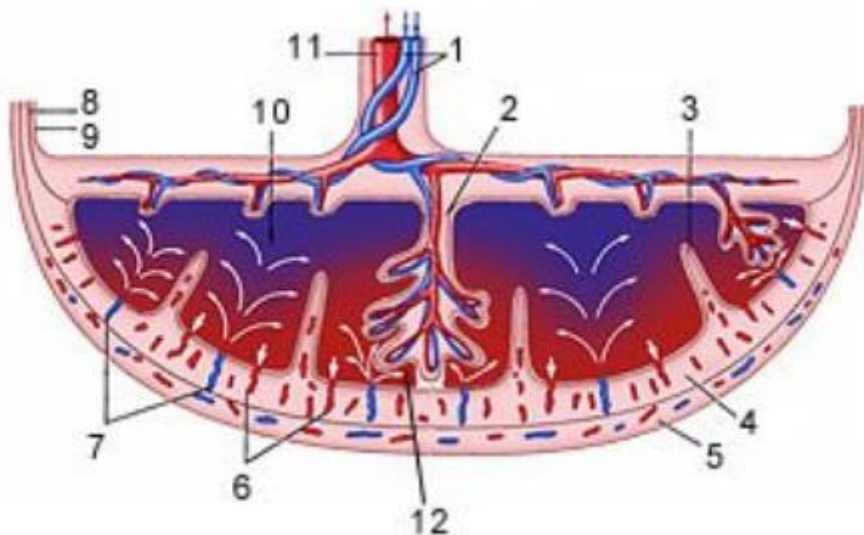
Perinatal davrda o'lik tug'ilish va o'lim holatlarini keltirib chiqaruvchi patologiyalar quyidagi me'yorlarda hosil bo'ladi. 1. Antenatal davrda 63%; 2. Intranatal davrda 21,2%; 3. Postnatal davrda 5,7%.

13.2. Fetoplasentar (ona-plasenta-homila) tizimi

Plasenta-"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, 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. Plasentaning to'q qizil ranggi homila Nb, plasentaning och ranggi homilaning anemiya bo'lganligini ko'rsatadi.

Plasenta 3 ta asosiy tuzilish elementiga ega: 1. Xorial membrana; 2. Bazal membrana; 3. Ular orasidagi parenximatov qism.

Plasenta parenximasi quyidagilardan tashkil topgan: 1. Xorion vorsinkasi; 2. O'zak qismi; 3. Vorsinkalararo qism (13.1.-rasm).



13.1-rasm. Plasentaning tuzilishi. 1 – kindik arteriyalari; 2 – ildizli vorsina; 3 – desidual to‘shiq; 4 – desidual qavat; 5 – miometriy; 6 – venalar; 7 - spiral arteriyalar; 8 – xorion; 9 – amnion; 10 – vorsinkalararo bo‘shliq; 11 – kindik venasi; 12 - kotiledon

Xorial membranalarning ichki yuzalari amnion epiteliy (20mm) bilan qoplangan. Qoplama trofoblast epiteliy bilan qoplangan. Keyin xorial biriktiruvchi to‘qima bor. Bazal membranasining tashqi yuzasi vorsinkalararo bo‘shliqdan tashkil topgan. 1. Sinsitiotrofoblast; 2. Bazal desidual qobiq-ular orasidagi trofoblast hujayrasi bo‘lgan fibrinoid zonasi.

Plasentaning asosiy tuzilishi va funksional birliklari-kotiledon (bo‘lak) 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 proteolitik 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 5 vorsin plasenta 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 sistemasidan 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 sistemasidan 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. Chaqaloqning qon aylanish sistemasidan ajralib turadi

13.3.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 aylanasi 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 sistemasi. Kuchsizroq rivojlangan. Kattalarda muskul massasi umumiy tana vaznining 42% ini tashkil etadi, chaqaloqlarda esa bu ko‘rsatkich 23% ni tashkil etadi. Chaqaloq tug‘ilgandan keyin davomli bo‘lmagan umumiy muskul gipotoniya, keyinchalik tezda gipertoniya bilan almashinadi.

Suyak sistemasi. 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 sistemasi. 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 homila 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, atsidoz 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(13.2-rasm).



13.2-rasm. Chaqaloqlar toksik eritemasi

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 gepatotsitlarning funksional aktivligi pasayadi. Chaqaloqning fiziologik sariqligi monosimptom kechadi. Bunda jigar va taloq kattalashishi, najas va siydik ranggi 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 mumifikatsiya, 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'lmasligi va suvsizlanishidir. Tranzitor gipertermiya bolaning qizib ketishidan ham paydo bo'lishi mumkin, bunda bolada haroratning 39 gradus 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.

13.4. 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 ranggiga, 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 vaksinasini 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 11ta tamoyillariga rioya qilinishi,

”Shifoxonalarni 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 va balki bolalaridan ajratilgan bo‘lsalar-da 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 ko‘krakni aks ettiruvchi sun‘iy vositalarni bermaslik;

10. Ko‘krak bilan boqishni qo‘llab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini rag‘batlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan so‘ng ushbu guruhlariga 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).

XIV BOB. EKTRAGENITAL KASALLIKLARI MAVJUD AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG‘RUQ

14.1. Homiladorlik va kamqonlik

Anemiya – faqat bizning Respublikamizdagi muammo bo‘lib qolmay, balki butun dunyoda uning ko‘p tarqalganligi, iqtisodiy 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 asoratlar sodir bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Bunda homilaning hayoti ham xavf ostida qoladi.

14.1-Jadval

Kamqonlikni JSST bo‘yicha tasnifi (1992y.)

Kamqonlik, darajasi	Gemoglobin, g/l	Eritrotsitlar, $\times 10^{12}$	Gematokrit, %
Engil	109-70	3,9-2,5	37-24
O‘rtacha	69-40	2,5-1,5	23-13
Og‘ir	<40	<1,5	<13

M.A.Nabieva (1984), Yu.Q. Jabborova (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. Hamzaliev 1990, D.A. Azimova 1994, Sh.I. Karimov 1994, S.M. Bahramov, X.K. Farmonkulov, 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 asoratlar tug‘uvchi ayolning o‘limiga sabab bo‘lishi mumkin (PMASO, 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. (PChASO,1989).

O‘Z R 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 diagnostik ko‘rsatkichlar bo‘lib :

- Gemoglobin miqdorining 100 g/l yoki bundan ham pasayishi
- Eritrotsitlar $3,5 \times 10^{12}$ 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. Klinitsistlar orasida ko‘p tarqalgani I.A Kassirskiy va G.A Alekseeva (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 mumkinki, 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 eritrotsitlar sonining kamayishi (eritropeniya) va gemoglobin sonining kamayishi (gipoxromiya) bilan harakterlanadi.

14.2. Kamqonlikning etiologiyasi va patogenezi

Temir moddasi organizmda juda muhim rol o'ynaydi. U faqat mioglobin 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 eritrotsitlar hosil bo'lishini keskin o'zgartiradi. Kamqonlikka olib keluvchi sabablardan biri qon yo'qotish. O'tkir va surunkali qon ketishlar (yara kasalligi, bavo silida) 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 infeksiyon 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 ayollar 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 sistemasiga sarf bo'ladi, 300 - 400 mg temir muskul to'qimalarining mioglobin 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.

TTA homiladorlikda temir deposining kamayishi va uning ba'zi sabablar bilan to'ldirilmasligi oqibatida yuzaga keladi. TTA 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 eritrotsitlar hajmini
- Aylanuvchi plazma hajmi oshishini mujassamlashtiradi.

Homiladorlarda TTA 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 zahiralaridan 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 TTA 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. Jabborova o'zining GEStatsion davrdagi TTA tasnifini taqdim etgan. Bu tasnif akusherlarga ayolning butun homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan so'nggi davrdagi patogenetik asoslangan terapiyani belgilashga yordam beradi.

14.2-jadval

Reproduktiv yoshdagi ayollarda TTA tasnifi

Homiladorlikkacha	Homiladorlik davrida	Homiladorlikdan keyin
Surunkali TTA (tug'ilgan vaqtdagi defitsit qon yo'qotish)	Anemiya oldi davri	O'tkir postgemorragik anemiya
Gipoxrom anemiya bilan kechuvchi surunkali infeksiyon yallig'lanishli ekstragenital kasalliklar	Alimentar anemiya	Homiladorlikda bo'lgan anemiyaning zo'rayishi
	Postgemorragik anemiya	
	Homiladorlar anemiyasi	
Aralash xili	Anemiyaning immun shakli	

O'tkazilgan tekshirishlar natijasida surunkali TTA 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'rikan bo'lsa yoki bemor muddatiga yetmay tug'ilgan bo'lsa kelib chiqadi. Ortirilgan 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.

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) simptomi 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 koeffitsentini aniqlash orqali aniqlanadi. Yashirin temir tanqisligi bilan og'rikan 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 preeklampsiyaga olib kelishi mumkin. Bu bemorlarga profilaktika choralari 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 yeyishdan bosh tortish, ta'm bilish buzilishi, qusish, ya'ni erta 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. Anemiya 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, homiladorlikka 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 fetoplasentar kompleksning funksional holati bilan bog‘liq.

Anemiyaning xarakterli hususiyatlari – kamqonlik, homilador ayolning normal ovqatlanishi va hech qanday qon yo‘qotmasligi natijasida kelib chiqishi mumkin. Bu kasallik asta-sekin rivojlanib boradi. Tekshiruvlar natijasida ekstragenital kasalliklar aniqlanmaydi (qon, buyrak, jigar, o‘pka, OIT, YuKTS patologiyalari). Kasallikning eng yuqori cho‘qqisi homiladorlikning 28-34- haftalarida namoyon bo‘ladi.

Anemiyaning rivojlanishiga birinchi galda temir miqdori ba’zi vitaminlar (A,B,S,D,E), mikroelementlar (kobalt, marganes, rux, selen, nikel) kamayishi, moddalar almashinuvining buzilishi, plazma oqsillarining kamayishi muhim rol o‘ynaydi.

Bizningcha, homiladorlikdagi eritropoezning pasayishiga asab sistemasi boshqarilishining buzilishi, steroid gormonlarning oshishi, asosan estradiol va estronlarning, oshqozon sekresiyasining 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 infeksiyon kasalliklar (gripp, angina), homilaning tushib qolish xavfi, egizak homila, rezus immunizatsiya, dermatoz, surunkali infeksiya o‘choqlarini aniqlash mumkin. Bu anemiyaning davolash kompleksiga desensibilizatsiyalovchi, 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, ekologiyaning 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 jarroxliklari TTAning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.

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.

14.3.TTA da homiladorlikni yuritish

Yengil kechuvchi anemiyani 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 gospitalizatsiya 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 konsultatsiyasida anemiya kasalligi aniqlangan homiladorlar o‘ta jiddiy e‘tibor- ni 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, jilvasining yo‘qolishi, soch 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.

TTA ning og'ir darajasida homiladorlikni 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 stenoz, 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.

TTAning yengil darajasidagi homiladorlar ambulator davolashni statsionar va kunduzgi statsionar sharoitda qabul qiladilar. O'rtacha og'ir darajadagi anemiyada ambulator davolash foyda bermaganda, qo'shimcha ekstragenital va akusherlik patologiyasi bo'lganida homiladorlikning 28-32 haftasida rejali va profilaktik hospitalizatsiya qilinadi, 38- haftadan esa , tug'ruqqa tayyorlashga yotqiziladi.

Homiladorlikning 28-32 haftasidagi hospitalizatsiya TTAning profilaktikasi va davolashni hamda bachadon-plasenta qon aylanishining yaxshilanishi, preeklampsiya yuzaga kelishining profilaktik choralarini ko'zda tutadi.

TTA 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.

TTA bilan og'ruvchi homiladorlarning iste'mol qiladigan ovqati yuqori kaloriyalik 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, ukropda, 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 aktivlashtiruvchi ta'sir o'tkazadi.

Eritrotsitlar sonining oshishini ta'minlaydi, rang ko'rsatkichi oshadi. Peroral preparatlar bilan davolash uzoq muddat olib borilishi kerak (4-6 oy).

TTA ning I-darajasi bilan xastalangan homilador ayollar konsultatsiyasi sharoitida davolanishadi.

Temir tanqisligini to'ldirish uchun temir tutuvchi preparatlar buyuriladi.

Ginotardiferron-tarkibida temir (II)-sulfat, mukoproteaza, folat kislota, askorbin kislota tutadi. Muhim xususiyati temir preparatdan uzoq va sekin ajraladi, absorbsiyasi sekin kechadi, terapevtik effekti kuniga 1 tabletka.

Gemofer 1tabletkadan 2 mahaldan sutkada 20 kun ichadi.

Ferrumlek 1 tabletka (100mg temir III)dan 1- 2 mahal chaynash.

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 nerv sistemasi faoliyatini normallashtirish uchun: valeriana 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).

Organizmni mikroelementlar va vitaminlar bilan to'yintirish uchun prenavit (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.

Dietoterapiya homiladorlar anemiyasini davolashda muhim ahamiyatga ega, homiladorlar ratsioni 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 mahsulotlari. Temir moddasi hayvon 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 (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‘hori, no‘xat, betaga, grechixa, sholi). Qo‘ziqorin va achitqilar mikroelementlarga boy. Homiladorlarning har kunlik ratsionida albatta ko‘katlar va ismaloq, ko‘k piyoz, shovil, ukrop, 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‘zilari 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.

Homiladorlikda kuzatiladigan asoratlar

Bu davrda quyidagi asoratlar kuzatiladi:

1. Preeklampsiya
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 fetoplasentar 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 subinvolyusiyasi.
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 aktivligining pasayishi;
- aqliy rivojlanishdan orqada qolish (engil darajasidan o‘rtacha og‘ir darajagacha)
- Bolaning bosh miyasi temir tanqisligiga o‘ta sezgir bo‘ladi

Kamqonlikning oldini olish va davolash yo‘llari.

Laborator usullardan: qonni klinik tekshirish; gematokrit, retikulotsitlar, 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, vaqtda to‘yib uxlash, bu o‘z navbatida markaziy asab ishini faollashtiradi.

2. Ertalabki badantarbiya, cho‘milish va boshqa gigiena 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 yeyish 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.

TTA da ayollar reabilitatsiyasi

TTA ni kamaytirish uchun fertil yoshdagi ayollarda tug‘ruq intervallari kamida 3 yil bo‘lishi kerak, har bir homiladorlikda gemoglobin va eritrotsit 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 oilaviy shifokor olib borishi kerak. Asosiy e‘tiborni anemiyaga olib keluvchi ekstragenital kasalliklarga qaratish kerak. TTA bilan og‘ruvchilarda ”yuqori xavf guruhi”ni tashkillashtirish va ular orasida profilaktika choralarni olib borish nazorati alohida ahamiyatga ega.

TTA li ayollarda kontrasepsiyaning hamma turlarini ishlatish mumkin. VMS fonidagi giperpolimenoreya bundan istisno hisoblanadi. Bu holatda spiralni olib tashlash kerak.

14.4. Homiladorlik va pielonefrit

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 salmog'i o'rtacha 6 – 12% 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 stafilokokk 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, qattiq boshi 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 musbat 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 10⁵ darajasidan ortiq mikroob donachalari topilsa, bu pielonefrit deb diagnoz qo'yishga asos bo'ladi.

Siydikni Zimmiskiy, Nechiporenko, Addis – Kakovskiy usullari bilan tekshirilib buyrak funksional holati aniqlanadi.

Homiladorlik davrida pielonefrit kasalligi bilan kasallangan ayollarda homiladorlikning quyidagi asoratlarini 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 vaqtdan ilgari (chala tug'ilishi) mumkin.
3. 44 – 80 % hollarda homiladorlik gipertenziyasi kuzatiladi.
4. Normal joylashgan yo'ldoshning vaqtdan 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 jarroxlik 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'iyan 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 (SBE).

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 penitsillin beriladi, 1 kunda 10000000 YeD m/o yuboriladi. Amoksiklav 1 tabletka (750 mg)dan 2 mahal kuniga beriladi. Antibiotiklarni tana harorati normallashtirildandan keyin yana 2 kungacha davom ettirish tavsiya qilinadi. Agar kasallik og'ir davom etsa, antibiotiklar (seftriakson 1.0 mg v/i 2 mahal kuniga 3-5 kun davomida sinamadan keyin) 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.

Homilador ayollarga antibiotiklardan tetratsiklin, levomitsetin, streptomitsin va ftorxinol guruxiga kiruvchi dorilardan 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.

Chilla davrida pielonefritni davolashda baktoks 2 tabletkadan 2 mahal 10 kun davomida yuborilsa, yaxshi natijaga erishiladi.

Organizmni 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. Plasentaning to'siq faoliyatini ko'chaytirish uchun Ye vitamini 30% -1,0 m/o 5-10 kun davomida tavsiya qilinadi.

Bachadon muskullari qisqaruvchanligini kamaytirish maqsadida GEStagen (dyufaston yoki utrojestan), spazmolitik (no-shpa, papaverin) va tokolitiklar (ginipral) buyuriladi.

Davolash davomida 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 miqdorda iste'mol qilinadi. Sabzavot va ho'l mevalardan ko'proq iste'mol qilish kerak. Sho'r-achchiq va qovurilgan ovqatlarni iste'mol qilish qat'iy man qilinadi.

XV BOB. HOMILADORLAR KO'NGIL AYNISHI

Homiladorlar ko'ngil aynishi tushunchasi homiladorlik tufayli yuzaga kelgan va homiladorlik tugashi bilan bartaraf bo'ladigan barcha patologik holatlarni o'z ichiga oladi. HKA ona va bola tomonidan asoratlarga olib kelishi mumkin, ba'zan ekstragenital patologiyalarga ham sabab bo'ladi.

Homiladorlar ko'ngil aynishi – ayol organizmida homiladorlik tufayli vujudga keladigan patologik holat bo'lib, ko'pgina simptomlar bilan namoyon bo'ladi, ulardan asosiysi markaziy nerv sistemasi, qon tomirlari holatining va moddalar almashinuvining buzilishidir.

Erta paydo bo'ladigan toksikozlar asosan nerv, endokrin sistemasi, ovqat hazm qilish yo'llari, immunologik va boshqa sistemalar 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. Nikolaev, A. A. Lebedevlar buni I. P. Pavlovnint markaziy nerv 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 nerv oxirlarining homila tuxumi ta'sirlashi natijasida vujudga keladigan impulslaridir. Yevropa 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 normallasha borgan sari ayolning ahvoli yaxshilana borishini kuzatganlar.

ETIOLOGIYA SI: ilgari tuxum hujayra ekzotoksinlar manbai deb hisoblanganligi uchun toksikoz deb nomlanardi, lekin hozircha hech kim toksin topmagan.

PATOGENEZI. Erda HKA 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'lmasada, homiladorlik qo'zg'atuvchi omil bo'lib hisoblanadi va homiladorlik asoratlarga olib keladi.

1. *Neyrogumoral nazariya:* ichki a'zolar va ichki sekresiya 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. Plasentar 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 Z 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 sekresiyasining kamayishi va parasimpatik nerv sistemasi 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 yuzagakeladi. 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'ri jigar yog'li infiltratsiyasigacha kuzatilishi mumkin. Ketoatsidozning o'zi ham qusishga sabab bo'lib, dehidratatsiya 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 (dehidratatsiya 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 atsidoz bilan gipokaliemiya rivojlanadi. Homiladorlikda qusish og'irlik darajasini aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish kerak:

1- qon klinik tahlillari: gematokrit ortishi, gemoglobin, eritrotsitlar, SOE ortishi.

2- qonbiokimyoviy tahlillari: umumiy oqsil va uning fraksiyalari miqdori, fibrinogen, trombotsitlar 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.

Ilk toksikozlar klinikasi .

1-daraja (engil formasi): nerv sistemasining funksional holati o'zgaradi. Bunda bosh miyaning faolligi kamayib, po'stloq osti qavatini ortadi, vegetativ nerv sistemasining faoliyati buziladi, ammo moddalar almashinuvi va boshqa a'zo va sistemalar 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 nerv sistemasida o‘zgarishlar kuzatiladi. Organizmda uglevod va yog‘almashinuvi buzilishi natijasida ketoatsido zvujudga keladi. Ichki sekresiya 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 $37,5^{\circ}\text{S}$ ga ko‘tarilishi mumkin, tomir urishi 90—100 gacha ko‘tariladi arterial qon bosimi pasayadi. Organizmda suv kamaygani tufayli og‘iz quriydi, anemiya kuzatiladi. Ketoatsidoz (aseton +++)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 sistemalarga putur yetadi, uglevodlar, yog‘lar, mineral tuzlar almashinuvi buziladi. Ayolda metabolik atsidoz 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 aseton hidi kelib turadi. Tanasining harorati $38—38,5^{\circ}\text{S}$ gacha ko‘tariladi. Pulsi tezlashib, minutiga 100–120 martaga yetadi. Bemor kam siyadi, unda aseton, 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 nerv sistemasining qo‘zg‘alishi, moddalar almashinuvi va endokrin bezlar faoliyati buzilishi natijasida vujudga keladi. Qayt qilish markaziy nerv sistemasi 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 ranggi 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 xemoretseptor 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 xemoretseptor zonaning neyromediator sistemasiga, 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, gallyusinatsiya 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 nerv sistemasining xemoretseptor zonasiga qaratilgan. Aminazin, etaperazin, metalerazin, triftazin 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 ukol qilish zarur.

Shunday qilib, bu preparatlar ta'sirida erta yuz beradigan toksikozga xos bo'lgan me'da-ichak atoniyasi ham yo'qoladi, ammo bunda sekresiya o'zgarmaydi. Dofamining 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, adrenalini ham me'da muskullari tonusini normallashtiradi. Buning uchun 0,1% li adrenalini eritmasi 1—2 osh qoshiqdan kuniga bir mahal ichiladi. Qayt qilishga davolash maqsadini to'xtatish bo'lib qolmasdan, balki moddalar almashinuvi va zlektrolitlar 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 atsidoz 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 davolash 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 sistemasi faoliyatini izdan chiqaradi.

15.2. 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 ilgarigi 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, eshakem, 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 diagnoz 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 sistemasini 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 eshakem, 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 sekresiya 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 homila-dorlikda kuzatiladigan simfizopatiya (simfizit) deb yuritiladi. Simfizopatiyada oyoq va chanoq suyaklaridagi og'riq ayolning yurishini o'zgartiradi, u tez charchaydi, qov sohasi-dagi suyaklarning bir-biridan ajralgani kuzatiladi. Paypaslaganda og'riydi.

Davolash. Vitamin Ye 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.

XVI BOB.

16.1. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlari

Jahon Sogʻliqni Saqlash Tashkiloti maʼlumotlariga koʻra homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar uchrashi 7% dan 16% gacha oʻzgarib turibdi va uning koʻp uchrashi ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda kuzatilmoqda. Onalar oʻlimining sababi sifatida homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari Mustaqil Davlatlar Hamdoʻstligida 24% ni tashkil etadi, masalan Rossiyada – 26,3%, Oʻzbekistonda – 15,4% ga yetib, uchinchi oʻrinni egallab turibdi. Maʼlumki, uzoq vaqt davomida onalar oʻlimi sabablari orasida akusherlik qon ketishlari egallar edi va 12,5 – 18,2% ni tashkil qilgan, lekin onalar oʻlimining qon ketish sababi tahlil qilinganda oʻlgan ayollarning umumiy sonidan yarmi (46,7%) homiladorlik davridagi gipertenziya holati bilan bogʻliq boʻlganligi aniqlandi. Oʻzbekiston boʻyicha homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarda onalar oʻlimi birinchi tugʻuvchilar orasida – 27,5%, Rossiya Federatsiyasida – 54,8%; qayta tugʻuvchilar orasida ushbu koʻrsatkich 17,1% va 38,7% ni tashkil etdi, tez-tez va koʻp tuqqanlar orasida esa – 33,2%. Perinatal oʻlim homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida 5,3% (18-30‰), kasallanish esa 30% (640-780‰), homila rivojlanishining orqada qolishi – 40% ni tashkil etadi. Soʻnggi yillarda dunyoda homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari koʻpayib borayotgani, jarayonni ngtzlashishi va asoratlarning tez rivojlanishi bilan kechishi qayd etilmoqda. Hozirgi davrda kasallik aniqlanishining sifati yaxshilandi, shu bilan birga homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar xavf guruhining koʻpayishiga sabab boʻldi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar koʻpincha ekstragenital patologiyali ayollarda rivojlanadi (64%). Ekstragenital kasalliklar fonida birgalikda kechadigan homiladorlik davrida gipertenziv holatlar uchrashining koʻpayishiga moyilligi aniqlanmoqda, bu esa maʼlum darajada oqibatlari ogʻirlashishiga olib kelmoqda.

16.2. Homiladorlar gipertenziv holatlarning etiologiyasi va patogenezini

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-plasenta - homila qon aylanishi shakllanishi bilan bogʻliq 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'zolaridagi perfuziyasi bilan ifodalandi. Bunda paydo bo'lgan patologik simptomokompleks hayotiy zarur a'zolar faoliyati buzilishiga (markaziy nerv sistemasi, buyrak, jigar, fetoplasentar kompleks) va poliorgan yetishmovchilikka olib keladi.

Etiologiyasi va patogenezini – Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarining eng murakkab jihatlari. 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: *infeksion, intoksikatsion, kortiko-visseral, endokrin, immunologik va genetik*.

Ularning har biri alohida homiladorlik davridagi gipertenziv holat kelib chiqishini o'zgacha talqin qilardi.

Dastlabki vaqtda tan olingan nazariyalardan *plasentar nazariyasi* hisoblanadi, unda homiladorlik davridagi gipertenziya holati homiladorlarga xos plasentatsiya jarayonidagi immunologik va genetik o'zgarishlar aks ettirilgan.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar rivojlanishida plasentaga asosiy rol ajratiladi, chunki yo'ldosh ajralgandan so'ng kasallik simptomlari yo'qoladi. Plasentar nazariyasi tarafdorlari homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarining rivojlanishidagi turtki hisoblanadigan plasentadan kelib chiqqan gumoral omillarga muhim ahamiyat berishadi. Homiladorlik davridagi gipertenziv holati rivojlangan bemor ayollarda, balki Gestasiyaning 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-plasentar 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, plasentar.

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 placent va homila tomonidan ishlab chiqariladi, ular arterial bosimni turli qon tomirlar havzalarida boshqarishadi (birinchi navbatda miometral-plasentar-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-plasenta-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 ko'ptokchalar 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-plasenta-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.

Membranalarning 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 mushaklar kontrakturasiga bo'lganligi uchun, ehtimol membranalar o'tkazuvchanligi buzilishiga va Ca^{2+} ionlarning hujayra ichiga mo'l kirib borishiga bog'liqdir. A.Conradt (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 agglutinatsiyasini 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 preeklampsiya rivojlanishiga turtki bo'ladi. Preeklampsiya rivojlanishi mumkin bo'lgan yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollarga kalsiy tutuvchi 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 Ye, S, beta-karotinlarning oz miqdorda bo'lishi – preeklampsiya rivojlanishiga olib keladi.

Rux miqdorining plazmada kamayishi ham preeklampsiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'rsatilgan gemodinamik va metabolik o'zgarishlar kompleksi plasentadagi va hayotiy a'zolaridagi distrofik jarayonlar rivojlanishi uchun fon bo'lib xizmat qiladi va ularning disfunktsiyasiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik davrida gipertenziv holat kechishi davomiyligi cho‘zilgan sari plasentadagi involyusion, giperplastik, distrofik va nekrotik xususiyatga ega og‘ir o‘zgarishlar yanada chuqurlashib, surunkali plasentar yetishmovchiligi shakllanishi bilan ifodalanadi. Placenta 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, plasentar laktogen va boshqa gormonlar konsentratsiyasi o‘zgarishiga, ular orqasidan ona-placenta-homila tizimidagi turli buzilishlar izma-iz keladi. Placentaning 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 – plasentaning barvaqt ko‘chishi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holat har doim buyraklar faoliyatining og‘ir buzilishi bilan birgalikda kechadi, ular boshqa a‘zolaridan 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 okislanish-qaytarilish jarayonlari sustlashishi va buzilishiga olib keladi, glikogen zahiralarni yo'qotadigan tejamisiz anaerobli glikoliz ustun kela boshlaydi. Dezintoksikatsion funktsiya 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, gepatotsitlarning parenximatoz va yog'li distrofiyasiga olib keladi.

Surunkali qon tomirlar ichidagi qon ivishning borligi o'pkani katta miqdordagi tromblar, toksinlar, mikroblar bilan "ifloslaydi". O'pka qon tomirlarida immun komplekslar, fibrin tolalari cho'ka boshlaydi, kapillyarlar va alveolyar membranalarning 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 nerv 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, plasentada, 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.

Preeklamsiyaga olib kelishi mumkin bo'lgan omillar:

- ❖ O'ta yosh homilador ayollar
- ❖ Past sotsial-iqtisodiy sharoit
- ❖ Anamnezida og'ir preeklamsiya
- ❖ Qandli diabet
- ❖ Ko'p homilali homiladorlik
- ❖ Surunkali gipertoniya
- ❖ Yelbug'oz
- ❖ Rezus mos kelmaslik
- ❖ Semirish
- ❖ 35 yoshdan oshgan ayollar homilador bo'lsa

- ❖ hind va xabash millatiga mansub ayollar homilador bo'lsa
- ❖ buyrak kasalliklari
- ❖ yurak kasalliklari

16.3. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar tasnifi, klinikasi va dagnostikasi

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti konsensusga erish 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 preeklampsiyaning qo'shilishi)
3. **Homiladorlik tufayli vujudga kelgan gipertenziya, proteinuriyasiz** (homiladorlik bilan indutsirlangan gipertenziya).
4. **Preeklampsiya** (GEstasion gipertenziya proteinuriya bilan): yengil va og'ir darajasi
5. **Eklampsiya**
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 diagnozi 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** diagnozi 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 indutsirlangan 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 nohush oqibatlar bilan bog'liq. Arterial qon bosimining oshishi proteinuriya bilan birgalikda kechishi preeklampsiya rivojlanishi to'g'risida ma'lumot beradi. Gipertoniyaning aniqligi va proteinuriya boshlanishi bilan bog'liqligi noaniq. Siydik tahlili homiladorlar gipertenziyasining 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 preeklampsiya, shishlar bilan birga kechayotgan preeklampsiyadan ko'ra ona va bola uchun xavfliroqligi tan olinganiga ancha bo'ldi.

Hozirgi vaqtda preeklampsiya tushunchasi to'liq aniqlanmaganligiga qaramasdan, homiladorlik paytida gipertenziv buzilishlari tasnifiga asoslangan holda JSST tomonidan tavsiya etilgan tushunchalarga ko'p amal qilinmoqda:

Yengil preeklampsiya – 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 preeklampsiyada **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 preeklampsiya** hisoblanadi

Og‘ir preeklampsiya – 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 plyus proteinuriya (3g/l yoki undan ortiq)

Yodingizda tuting:

- Preeklampsiyaning yengil formasi simptomlarsiz kechishi mumkin;
- Agar proteinuriya ko‘paysa, u holda preeklampsiyaning yengil formasi og‘iriga o‘tayotganining belgisidir;
- Tovonlar va oyoqlarning shishlari preeklampsiyaning ishonarli belgisi bo‘lib hisoblanmaydi.

Eklampsiya – ona va bola hayotiga xavf soluvchi holat bo‘lib, preeklampsiyali 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.

16.4. 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.

Davo muddati - yengil preeklampsiyada-1 hafta, og‘ir preeklampsiyada-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 preeklampsiya va eklampsiyada talvasalarni davolashda boshqa talvasalarga qarshi moddalar(diazepam va fenitoin) qatorida tanlash vositasi hisoblanadi. Eklampsiyani 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.

Chet el mualliflari magnezianing 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 preeklampsiya va eklampsiyaning xavfli simptomlarida ishlatishga qoldirilishi kerak.

Magnezianing toksik ta'siri paylarning chuqur reflekslari yo'qolishiga va keyinchalik respirator depressiyaga va nihoyat nafas to'xtashiga olib kelishida. Shuning uchun magnezial terapiya o'tkazilayotganda patellyar refleksi va nafas olish sur'ati (yoki kislorod saturatsiyasi) nazorat qilinishi zarur.

Ushbu preparatni tomir ichiga yuborilishi afzalroq, chunki (mushak ichiga in'eksiyalar og'riqli va 0,5% hodisalarda mahaliy abscess shakllanishi bilan asoratlanadi).

Magniy sulfatni og'ir preeklampsiya 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 nafasi tiklanguncha yuboring.

Magniy sulfat bo'lmagan taqdirda diazepam ishlatilishi mumkin, faqat diazepam plasenta 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-plasentar ishemiyasining patologik ta'siriga oldin chalingan chaqaloqlarda nafas buzilishi xavfini orttiradi. Diazepam qoldiqli asoratlarining ta'siri bir necha kun saqlanib qolishi mumkin.

Diazepamning og'ir preeklampsiya 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 shprida 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-plasenta 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'rihi, taxikardiya, bezovtalanish, qo'rquv hissi), yaqinlashayotgan

preeklampsiya simptomlariga o'xshash belgilari paydo bo'lishi mumkin;

gidralazin bo'lmaganda ishlatish mumkin:

- **nifedipin** (kalsiy yo'lakchalarining blokatori), u ham arterial bosimni pasaytiradi va uni peroral ishlatish mumkin.
 - ✓ afsuski, u bosh og'riqlarga 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 nerv 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 effektiv bo'lib, dastlabki sedativ ta'sirdan so'ng bolaga ta'sir ko'rsatmaydigan yagona gipotenziv vosita hisoblanadi.
- **beta-blokatorlar**, oksprenoxol, labetalol va atenolol, simpatik nerv sistemasining 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.

16.5. 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 preeklampsiyaga 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 preeklampsiya va eklampsiya bir xil olib boriladi, faqat og'ir preeklampsiya 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 gestasiya muddatiga bog'liq bo'lmagan holda hal etilishi kerak. Agar tug'ruq yo'llari tayyor bo'lsa, tug'ruqni tezlatish mumkin (amniotomiyadan keyin oksitotsin yoki prostaglandin yuborish mumkin). Agar qin orqali tug'ruq 12 soat davomida kuzatilmasa (eklampsiyada) yoki 24 soat (og'ir preeklampsiyada), yoki homila distressi aniqlangan bo'lsa, shuningdek bachadon bo'yni «etilmagan» 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.

16.6. 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 preeklampsiya va eklampsiyadek homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

XVII BOB. HOMILADORLIK VA TUG‘RUQDA QON KETISHI

17.1. Normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi

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 sistemasining 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. Plasentaning ko‘chishiga bachadon plasentar 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 plasentaning vaqtidan ilgari ko‘chishi patogenezi qon tomirlar yorilishi bilan tushuntiriladi, bu vorsinkalararo qon aylanishi buzilishiga olib keladi va qon ketib retroplasentar gematoma shakllanadi. Ushbu asoratning uchrashi 1,0dan 5% gacha.

Yo‘ldosh barvaqt ko‘chganda ro‘y beradigan o‘zgarishlar

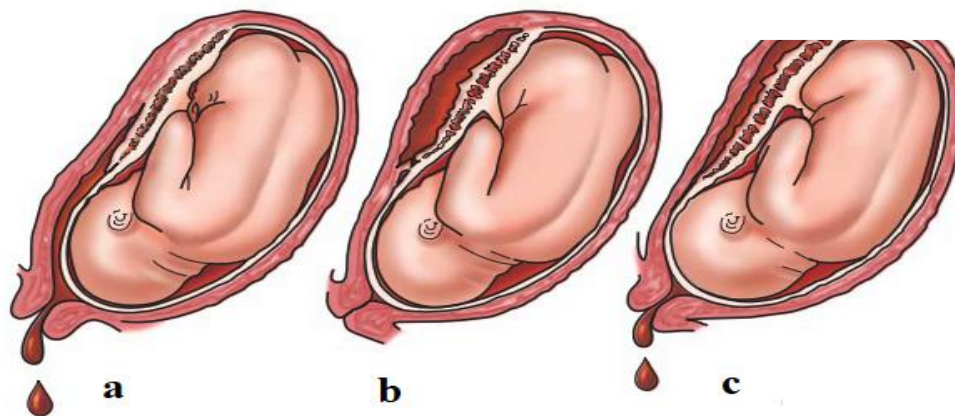
Yo‘ldosh barvaqt ko‘chganda ro‘y beradigan belgilar nihoyatda xilma-xil bo‘lib, yo‘ldoshning qisman yoki to‘liq ko‘chganligiga bog‘liq bo‘ladi.

Yo‘ldosh to‘liq ko‘chganda yo‘ldosh va bachadon devori oralig‘iga qon to‘planib, ba‘zan qon bachadon devorlariga so‘riladi. 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.

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‘rishidan, umumiy behollik, bosh aylanishi, ko‘ngil aynishidan shikoyat qiladi. Bemorning ranggi 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.



17.1- Normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chish turlari: a-qisman chetidan ko‘chishi; b-markazdan ko‘chishi(tetroplasentar gematoma); c- markazdan to‘liq ko‘chishi

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 xolesistit, pankreatit, appenditsit kasalliklari bilan taqqoslab ko‘rish va chalkashtirmaslik kerak.

Xavf guruhlari.

1. Homiladorlik asorati: gipertenziv sindrom, preeklampsiya.
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.

Diagnostikasi.

1. Ayolning umumiy ahvolini baholash
2. Homila holatini baholash
3. UTT -plasentadagi o‘zgarishlarni aniqlash asoratlarning oldini olishga imkon beradi

Olib borish taktikasi.

Ayol va homila holatiga va plasenta ko‘chish darajasiga ham bog‘liq. Klinik kechishga bog‘liq bo‘lmagan holda tez DVS 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, ditsinon, ATF, vitamin Ye, 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 plasenta ko‘chishini sekinlashtiradi yoki to‘xtatadi. Agar plasenta 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 biror 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 jarroxliksi qilinadi. Jarroxlik 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 jarroxlik qilmasdan dori-darmonlar bilan davolab, ayol kuzatilib turilsa, yo‘ldosh ko‘chishining o‘rtacha og‘ir va og‘ir darajasida tezkorlik bilan jarroxlik 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.



17.2-rasm. Kyuveler bachadoni

Davolash.

Tez va ehtiyotkorlik bilan tug‘dirish. Bunda abdominal kesarcha kesish to‘g‘ri keladi va bachadon -plasenta 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 placentaning 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.

17.2. Yo‘ldoshning oldinda yotishi

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 (plasenta kattalashishiga olib keladi).
- Trofoblastning nidatsion funksiyasi buzilishi, trofoblast fermentativ jarayonlari kechikib rivojlanishi, urug'langan tuxum hujayra o'z vaqtida bachadon tubiga yopisha olmaydi.

Sabablari :

- Plasentaning oldinda kelishi
- Normal joylashgan plasentaning vaqtdan 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) – plasenta ichki bo'g'izni to'liq yopib turadi
2. qisman (yonbosh) – plasenta ichki bo'g'izning 2/3 qismini yopib turadi
3. Qirg'og'i bilan– plasenta ichki bo'g'izni 1/3 yopib turadi
4. Plasentaning past joylashishi- plasenta cheti ichki bo'g'izdan 7 sm dan kam masofada joylashadi.

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 plasentaning bir qismining ko'chishi bilan bog'liq, plasenta to'qimasi cho'zilish xossasiga ega emas, shuning uchun bachadonning pastki qismi cho'zilganda plasenta ko'chadi, vorsinkalararo bo'shliq ochiladi, bachadon - plasenta qon tomirlari yoriladi va ko'p qon ketadi.

2. Kamqonlik rivojlanishi.

3. Homila holatining yomonlashuvi, homila distressi.

Diagnostikasi.

--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 diagnoz qin orqali tekshirib qo'yiladi (statsionarda jarrohlik blokida). Bunda plasenta yoki uning cheti paypaslanadi. Bu tekshirish usuli qon ketishini kuchaytirishi mumkin.

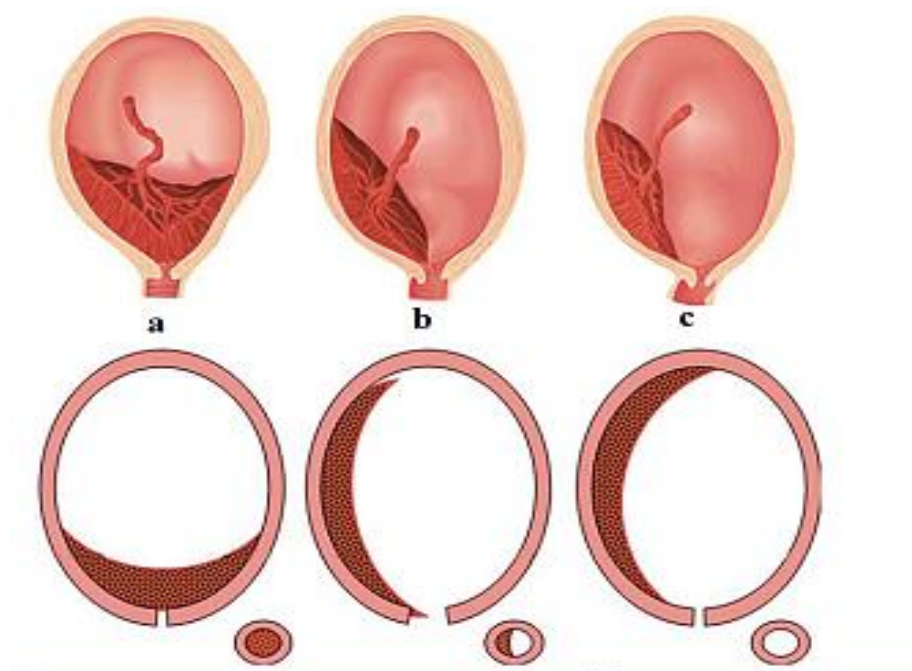
Quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash kerak:

1. Jinsiy a'zolarining mexanik shikastlari (tirnash, qin shilliq pardasining yorilishi).
2. Poliplar.
3. Bachadon bo'yni raki
4. Bachadon bo'yni psevdoroziyasi
5. Normada joylashgan plasentaning 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 plasenta old kelishi va uning formasi aniq diagnostik katta ahamiyatga ega (17.3- rasm).



17.3-rasm. Plasenta oldinda yotishining turlari: a-to'liq oldinda yotishi, b-chala oldinda yotishi; c-plasentani pastda 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, plasenta 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, plasenta qisman oldinda joylashgan bo'lsa, amniotomiya qilinadi. Homila pardasi yorilishi plasentaning keyingi ko'chishining oldini oladi, homila

boshining kichik chanoq bo'shlig'iga tushishiga yordam beradi va bu ko'chgan plasentani 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 shoshilinchkesarcha 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. Plasentaning zich birikishi, chunki bachadon pastki segmenti endometriysi yupqa va bu trofoblast invaziyasi uchun yetarli emas.

XVIII BOB. TUG‘RUQNING III – DAVRI VA ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISHI

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 o‘ladi.

18.1. Tug‘ruqning uchinchi davrida qon ketishi

Normal holatda tug‘ruqda ayol 300-450 ml miqdorda qon yo‘qotadi. Ma‘lumki, plasenta 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.

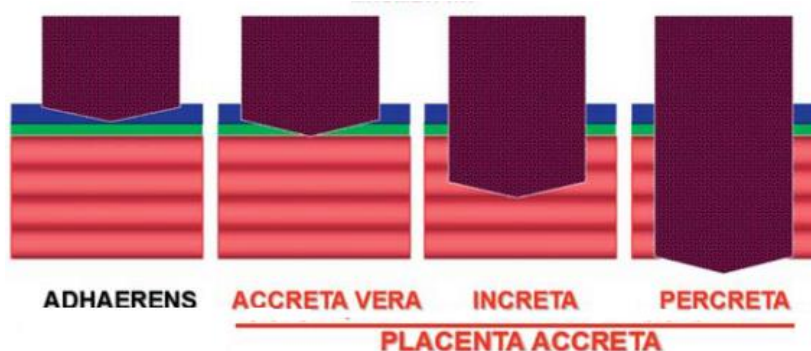
Sh davrda qon ketishi sabablari

- Yo‘ldoshning bachadon devoridan noto‘g‘ri ajralishi
- Ajralgan yo‘ldoshning bachadonda tutilib qolishi
- Tug‘ruq yo‘lidagi jarohatlar
- Gipotonik qon ketishi
- Plasentaning bachadon devoriga qattiqroq yoki qattiq yopishishi

Yo‘ldosh ajralish davridagi qon ketishlar ayrim hollarda normaga nisbatan chuqurroq bachadon devoriga yopishishi bilan bog‘liq.

Klinikasi.

Plasenta birikish anomaliyasida qon ketish asosiy simptom hisoblanadi. 30 minut davomida qon ketish yoki plasenta ajralish belgilari kuzatilmasa, bachadon tonusini oshiruvchi vositalarning foydasi bo‘lmasa, 10 minutdan 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. Plasenta chin birikishini plasentani bachadon devoridan jarrohlik yo‘li bilan ajratish vaqtida bilinadi.



18.1-rasm. Yuldosh anomal birikishi turlari

Plasentaning qisman chin birikishida uning bir qismi ko‘chganligi uchun qon ketish kuzatiladi va Krede usuli qo‘llanadi, to‘liq zich birikishida majburiy ajratish usullari qo‘llanilmasa, kuch ishlatilmasa qon

Tug‘ruqning uchinchi davrida qon ketish kuzatilmasa, plasenta ajralish belgilari kuzatilmasa hamma ayollarda plasenta qo‘l yordamida ajratiladi.

Plasenta ajralishining ushlanib qolishi

Plasenta 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 stimulyatsiyadan 30 minutdan so‘ng yo‘ldosh ajralmasa, bachadon qisqargan bo‘lsa, u holda kindik tizimchasini nazoratli tortish yo‘lidani 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 plasentani qo‘l bilan ajratishga kirishing.

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 quying.
- Oldini oluvchi antibiotiklarning bir martalik miqdorini belgilang
 - o Ampitsillin v/i 2g+metronidazol v/i 500 mg;
 - o 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 tarafdan yo‘ldosh cheti aniqlanguncha barmog‘ingizni ilgari lab 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 plasentani ajrating, yo‘ldosh va bachadon devori o‘rtasida bo‘shliq hosil qilish uchun barmoqlaringizni zich tuting va kaftingiz yonlarini ishlating.

Plasentaning hamma qismlari bachadon devoridan ajralguncha, u birikkan joy sohasida asta-sekin muolaja o‘tkazing.

Agar plasenta barmoqlaringizning xushyorlik bilan arraga o‘xshash harakati oqibatida bachadon ustki qavatidan ajralmayotgan bo‘lsa, plasenta bachadonga o‘sib kirganligini faraz qiling va laparotomiya yoki subtotal gisterektomiya o‘tkazing

Plasentani ushlang va asta-sekin qo‘lingizni yo‘ldosh bilan birga bachadondan chiqarib oling.

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 min 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

Plasentaning bachadon yuzasini tekshiring va uning to‘liqligiga amin bo‘ling. Agar plasenta 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 kontraksion 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'ilsa, 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.

Plasentaning 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.

Plasenta chin birikishini plasentani bachadon devoridan jarrohlik yo'li bilan ajratish vaqtida bilinadi. Plasentaning 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. Plasentani 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 minutdan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi ajralmalarning hidi sassiq) xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring.

18.2. 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 gemoglobiniining 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 TKQKni 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.

Gipotonik 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 suvlilik, ko'p homilalik natijasida bachadonning haddan tashqari cho'zilishi

5. Plasentaning oldinda kelishi yoki past joylashishi

Asosiy davolash

- YORDAMGA CHAQIRING. Bo'sh xodimlarning hammasini jalb qiling.

- Ayolningahvoliga 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 (17.2.-jadval).

**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 ranggini umumiy baholang, puls, qon bosimi, qon ketish hajmi, es- xushi darajasi
Bemorga issiq rejim	Ko‘rpa
Aniq yozuvlar	Yozuvlar va jadvallar
Qon berishga tayyor qarindoshlarini chaqirish,(ayolga qarindoshlari hamroh bo‘lishlari kerak)	

• Bachadonning yaxshi qisqarishi uchun xalaqit beradigan qon va qon laxtalarini olib tashlash uchun bachadonni qo‘l bilan tekshirish va tashqaridan massaj qiling, ular bachadon qisqarishini sekinlashtiradi.

- 10 birlik oksitotsinni m/oga yuboring.
- t/iga eritmalar yuborishni boshlang .
- Siydik pufagini kateterizatsiya qiling.

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:

⁰ Agar gemoglobinning miqdori 70 g/l dan past yoki gematokrit 20% dan past bo‘lsa: (anemiyaning og‘ir darajasi) 3 oyga temir preparatlarni (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.

⁰ 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.

18.1.-jadval

Tug‘ruqdan keyin qindan qon ketishining diagnostikasi

Mavjud simptomlar, boshqasi simptom va belgilar	Ba’zida uchraydigan simptom va belgilar	Taxminiy diagnoz
<ul style="list-style-type: none"> • ErtaTKQK • Bachadon yumshoq, qisqarmaydi 	<ul style="list-style-type: none"> • Shok 	Bachadon atoniyasi
<ul style="list-style-type: none"> • ErtaTKQK 	<ul style="list-style-type: none"> • Yo‘ldosh butun Bachadon 	Bachadon bo‘yni, qin va oraliq
<ul style="list-style-type: none"> • Tug‘ruqdan 30minutdan so‘ng yo‘ldosh ajralmayapti 	<ul style="list-style-type: none"> • ErtaTKQK • Bachadon qisqargan 	Yo‘ldosh ajralishining kechikishi
<ul style="list-style-type: none"> • Yo‘ldoshning onalik tomonida yetishmovchilik yoki pardasi yirilgan joyda ochiq, qon tomirlar 	<ul style="list-style-type: none"> • ErtaTKQK • Bachadon qisqargan 	Yo‘ldosh qismlarini ushlanib qolishi (yo‘ldosh bo‘lagining nuqsoni)
<ul style="list-style-type: none"> • Qorinni palpatsiya qilib bachadon tubini aniqlab bo‘lmaydi • Yengil yoki kuchli og‘riq 	<p>Qindanko‘rinib turgan bachadonning ag‘darilib qolishi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erta TKQK 	Bachadonning ag‘darilib qolishi
<ul style="list-style-type: none"> • Tug‘ruqdan so‘ng 24 soatdan keyin qon ketishi • Bachadon yumshoq va muddatiga nisbatan katta 	Turlicha tezlikda qo‘lansa hidli qon ketishi (engil va kuchli, davomli yoki	Kechki TKQK
<ul style="list-style-type: none"> • Erta TKQK (qorin bo‘shlig‘iga yoki qin orqali qon ketishi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shok • Qorintarangligiga 	Bachadon yorilishi
<ul style="list-style-type: none"> • Qorinda kuchli og‘riq (bachadon yorilgandan so‘ng kamayishi mumkin) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onada qon tomirurishi tezlashgan 	

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).

Uterotonik preparatlardan foydalanish

	Oksitotsin	Ergometrin (metilergometrin)	15 metil - prostaglandin F2 α
Ishlatish yo'li va dozasi	V /iga: 1 eritmada 20 birlikni eritib, 1 daqiqada 60 yuboring 10 birlik m/o	M/oga yoki v/iga (sekin-asta); 0,2 mg	M/oga: 0,25 mgdan
Ushlab 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 (sekin-asta) har 4 soatda	0,25 mg xar 15 daqiqada
Maksimal	Tarkibida oksitotsin bo'lgan eritmani 3 l dan ortiq quymaslik	5doza (umumiy dozasi 1,0 mg)	8 doza (umumiy doza 2 mg)
Ogohdantirish Mone'liklar	v/iga shpris bilan yubormang	Preeklampsiya, gipertenziya, yurak xastaliklari	Astma

* Gemotransfuziyani zaruriyatga ko'ra va kerak bo'lsa quyting.

• Agar qon ketishi davom etayotgan bo'lsa:

° yo'ldoshni yana bir bor butunligini tekshirib ko'ring;

° agar bachadonda yo'ldosh fragmentlari qolgan bo'lsa (ona tomonidan bo'laklar yetishmovchiligi yoki parda yirtilishi oqibatida ochilib qolgan tomirlar), qolib ketgan to'qimalarni olib tashlang.

° qonning ivishini krovat oldi testi bilan tekshirib ko'ring. Qonning sekin ivishi (7 minutdan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

• Olib borilayotgan tadbirlarga qaramay qon to'xtamasa:

° **bachadonni ikki qo'llab bosing** (17.2.-rasm) :

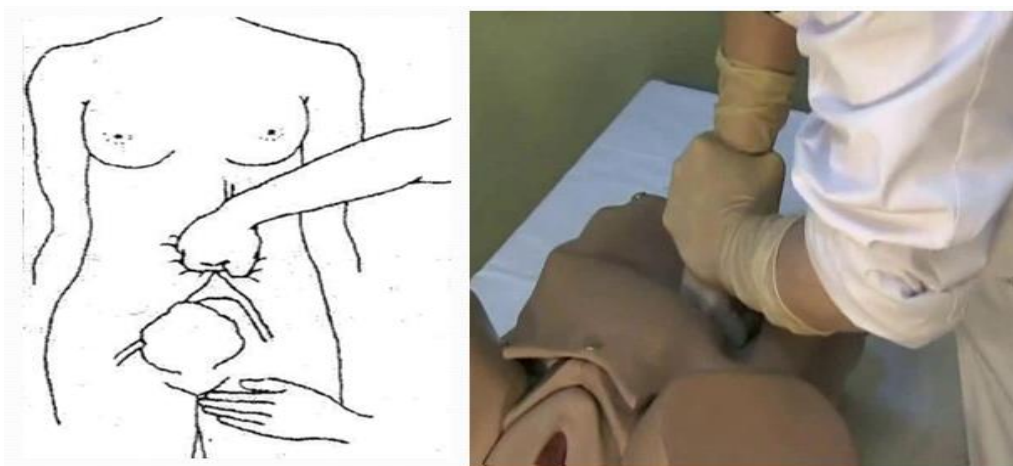
steril qo'lqoplarni kiyib, qo'lni musht qilib, bachadon ichiga kiriting.

mushtni oldingi gumbazga qo'ying va u bilan qorinning oldingi devoriga bosing;

boshqa qo'l bilan bachadonni orqasini 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** (18.2-rasm).



18.2-rasm. Aortani bosish va a.femo-ralisda pulsatsiyani aniqlash.

■ 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;

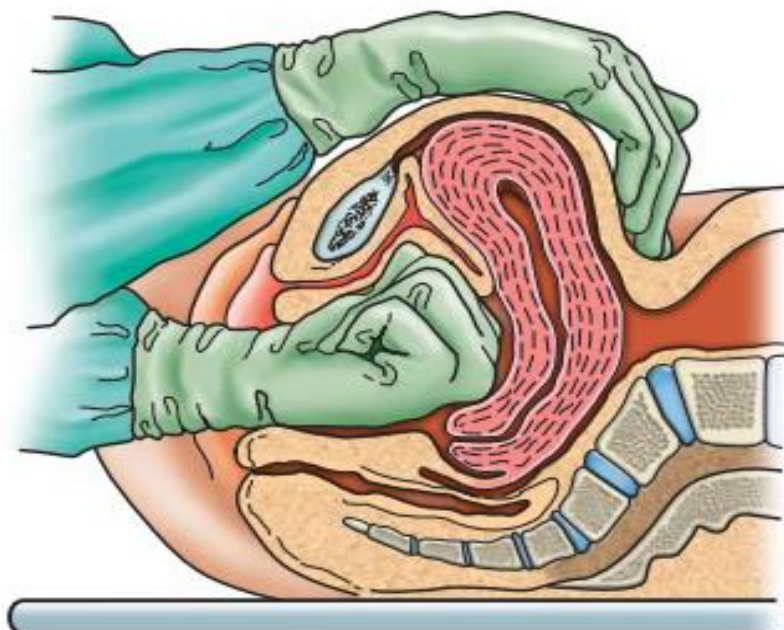
■ Boshqa qo'lingiz bilan yaxshi bosganingizni aniqlash uchun a. Femoralis ni pulsatsiyasini tekshirib ko'ring.

Agar bosganingizda puls paypaslansa, musht bilan bosganingiz yetarli emas; -

Agar puls paypaslanmasa, yetarli;

■ Qon to'xtamaguncha musht bilan bosishni davom ettiring;

-bachadon bimanual kompressiyasini amalga oshirish:



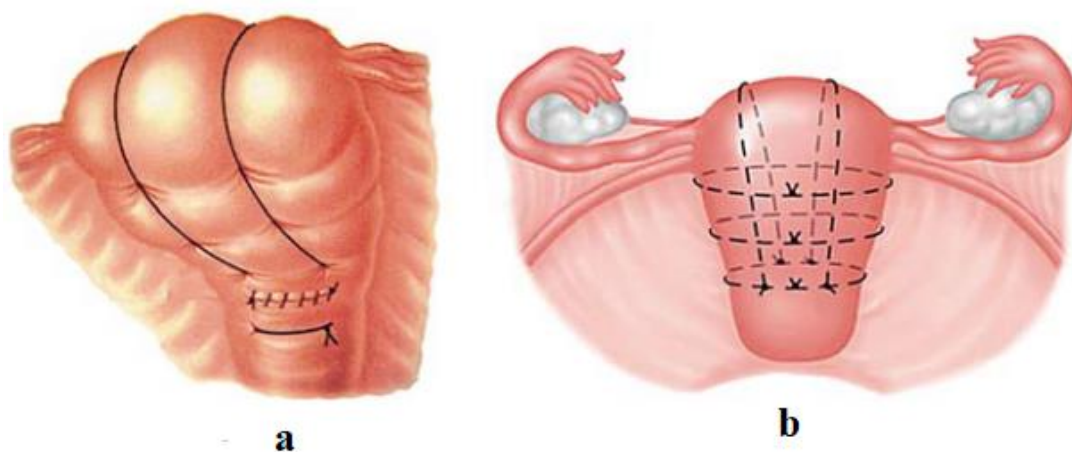
18.3-rasm. Bachadon bimanual kompressiyasi

- Agar bosishingizga qaramay, qon ketishi davom etaversa:
-bachadonichiga gemostatik ballon qo‘yish



18.4-rasm. Bachadonichi gemostatik balloni

- Agar qon ketishi davom etaversa laparotomiya qilinib:
- bachadon va bachadon — tuxumdon arteriyalari boylanadi.
 - bachadonga B.Linch va Pereyra bo‘yicha kompression choklar qo‘ying;



18.5-rasm. Bachadonga a)B.Linch va b)Pereyra bo‘yicha kompression choklar qo‘yish

⁰ 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.

Ayolnisinchiklab tekshiring va bachadon bo'yni va qin,oraliqlarning yoriqlarini tiklang.

Agar qon ketishi davom etaversa, krovat yonidagi testdan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 minutdan 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 kuzatilmasligi mumkin.

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 kyuretka 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 minutdan 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 ayflanataranglashib, 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 minutdan 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 quyning va temir preparatlarini va folat kislota bering.

- Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi

ajralmalarning hidi sassiq) xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring. Kech yoki cho'zilgan TKQKmetritning belgisi bo'lishi mumkin uterotoniklar 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 xoliga 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.

18.3. Akusherlikda gemorragik shok

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.

18.3.1. Asosiy omillar

1. Oilaviy poliklinikada ayolning homiladorlik davrida yetarlicha tekshirilmaganligi.

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.

18.3.2. 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 gipotoniyasi
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.

18.3.3. 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 % nitashkil 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.

18.3.4. 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 nerv sistemasi tonusi ortadi va qonda katexolaminlar ko'payishiga olib keladi. Qonga AKTG, ADG, aldosteron va glyukokortikoidlar ko'p miqdorda chiqadi, renin-angiotenzin tizimi faollashadi. Bu periferik tomirlar vazokonstriksiyasiga olib keladi. Yurak faoliyati tezlashadi, qon aylanishining markazlashishi, to'qimalardan

qon tomirlarga suyuqlik o'tishi va autogemodilyusiya 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, reologiyasining buzilishi, qon aylanishining keskin sekinlashuviga, sladj-sindromi rivojlanuviga olib keladi. Bularning barchasi chuqur to'qima gipoksiyasiga va atsidoz 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'zolarning 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.

18.3.5. 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), qaytaribbo'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 atsidozning aralash shakli rivojlanadi. Bundan tashqari, taxikardiya (1 daqiqada 120-130 marta), hansirash, teri qoplamlari rangsizlanishi fonida akrotsianoz, 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 atsidoz o‘shishi davom etadi. Sistolik arterial bosimi juda ham pasayadi. Puls 1 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 (17.4.-jadval). Xususan, plasenta oldinda kelganda yuz beradigan gemorragik shok arterial gipotenziya, gipoxrom anemiya, homiladorlik oxirida aylanuvchi qon miqdorining fiziologik o‘shishining kamayishi bilan xarakterli. 24 % ayollarda keskin bo‘lmagan trombotsitopeniya, gipofibrinogenemiya, fibrinolitik faolligining kuchayishi va tarqalgan tomirlar ichida qon ivish (TTIQI) sindromi rivojlanadi.

18.3-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 sm ³	Siydik ajralishi <30 mm soatiga

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 kaytmas holat yuzaga keladi.

Normal joylashgan yoʻldosh vaqtidan ilgari koʻchganda xarakterli boʻlgan TTIKIS ning surunkali shakli, gipovolemiya va surunkali tomirlar qisqarishi hisobiga rivojlanadi. Bu xil patologiyada gemorragik shok anuriya, miya shishi, nafas olishning oʻzgarishi bilan kechib, fibrinoliz kamayishi fonida rivojlanadi.

Bachadon yorilishi tufayli kelib chiquvchi shok gipovolemiya, tashqi nafas yetishmovchiligi kabi klinik belgilar bilan namoyon boʻladi. Koʻp miqdorda qon ketishi tufayli TTIQI sindromi yuzaga keladi.

Gemorragik shok diagnozi ayniqsa kuchli qon ketganda hech qanday qiyinchilik tugʻdirmaydi. Shok kompensator bosqichining erta diagnostikasida davolash juda yaxshi natija beradi. Shok ogʻirligini yoʻqotilgan qon miqdori yoki AQB koʻrsatkichlariga qarab baholash yetarli emas. Gemodinamika adekvatligi quyidagi belgi va koʻrsatkichlar yordamida aniqlanadi:

1. Teri qoplamlari ranggi va harorati xususiyatiga
2. Pulsni baholash
3. AQBni oʻlchash
4. «Shok indeksi»ni baholash
5. Soatbay diurezni aniqlash
6. Markaziy venoz bosimni oʻlchash
7. Gematokrit koʻrsatkichlarini belgilash
8. Qonning kislota-ishqor muvozanatining xususiyati

Teri ranggi va haroratiga qarab periferik qon aylanishi haqida fikr yuritish mumkin. AQB koʻrsatkichlari past boʻlsa-da terining pushti rangda va iliq boʻlishi, tirnoqning pushti ranggi periferik qon aylanishi kompensatsiya holatida ekanligidan dalolat beradi. AQB ning normal yoki bir muncha pasaygan koʻrsatkichlari boʻlsa-da teri haroratining sovuqligi va rangparligi qon aylanishining markaziylashuvi va periferik qon aylanishining oʻzgarishi haqida maʼlumot beradi.

Teri qoplaminin marmarsimonligi va akrotsianoza qaytmas holatga yaqinlashuvchi tomir parezi periferik qon aylanishining chuqur oʻzgarishidan dalolat beradi.

Puls chastotasi bemor holatining oddiy va boshqa belgilar bilan taqqoslaganda muhim koʻrsatkichi hisoblanadi. Masalan, taxikardiya gipovolemiya va oʻtkir yurak yetishmovchiligini koʻrsatadi. Bu holatning differentsiatsiya qilishda markaziy venoz bosimini oʻlchash zarur. AQBga ham shu nuqtai nazardan qaraladi. Gemorragik shokda gipovolemiya darajasini koʻrsatuvchi asosiy koʻrsatkich «shok indeksi» hisoblanadi. Bir daqiqadagi puls chastotasining sistolik AQBga nisbati «shok indeksini» anglatadi. Sogʻlom odamda bu koʻrsatkich 0,5 ga teng, aylanuvchi qon hajmi 20-30 % pasayganda 1ga, 30-35 % pasayganda «shok indeksi» 1,5 ga teng boʻladi.

18.4.- jadval

Gemorragik shok kliniko-laborator diagnozi

Shok bosqi -chi	Klinik belgilari	Qon bosimi	Puls	Mark a-ziy venoz bosimi, suv ustuii, sm	Shok indeksi	Aylana yotgan qon miqdori kamayishi	Ketgan qon miqdori	
							ml	%, vazniga nisbatan
Shok belgilari yo'q	Bulmaydi	120/70	88	-	-	10% gacha	500,0	0,6% gacha
I	Es-xushi 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-xushi joyida. Bezovtalanish, terlash, teri rangi oqarishi, akrotsianoz. Nafas olishi 1 daqiqada 20 va >. Hb – 80g/l, Ht – pasaygan. Oliguriya. Qon ivish vaqti Li-Uayt bo'yicha – 10 min.>	90/50	120	< 5	1,5 va >	30-35%	1300 - 1800	1,5-3%
III	Es-xushini yuqotadi. Teri rangi keskin oqargan, marmarsimon. Nafas olishi 1 dak.– 30 va undan kuproq. Hb – 80g/l dan past. Ht – past. Anuriya. Qon ivish vaqti Li-Uayt bo'yicha 15 minut va >	60/40 va undan past	140	Oga yaqin	2 va >	35% dan >	1800 va undan kuproq	3% va undan kuproq

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.

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».

18.4. 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 gipotoniyasi, atoniyasi), 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 minut 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, afibrinogenemiya olib kelishi kuzatiladi. Natijada koagulopatik qon ketish yuzaga keladi.

Qonga bir qancha tromboplastin substansiyasi tushganda qon ivishi kuchayib, tomirlarda mayda qon laxtalari 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 min) boshlanadi. Odatda bachadondan oqib chiqqan qon 5-6 minut ichida ivisa, patologik qon ketishda qon ivishi uchun juda oz vaqt ketishi mumkin. Agar homiladorlik gipertenziv sindrom bilan og'irlashganda surunkali giperkoagulyatsiya kuzatiladi va bu bosqich bir necha kun davom etishi mumkin.

Ikkinchi bosqichida gipokoagulyatsiya fazasi (bir necha min. 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 minutda ivisa, qon ivish jarayonining biroz pasaygani yoki gipokoagulyatsiya aniqlanadi.

Uchinchi bosqichda probirkadagi qon ham, bachadondan 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.

18.4.1. 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
- Kriopresipitat, eritrotsitar massa, albumin
- Proteazalar ingibitorlari (kontrikal, gordoks)
- Etamzilat, ditsinon
- 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 hajmini tiqlash uchun kolloid eritmalardan refortan, stabizol va qon preparatlaridan eritrotsitar massa bilan plazma qo‘llaniladi.

Keyingi kunlarda ko‘p qon yo‘qotish asoratlarini bartaraf etishga va oldini olishga qaratilgan davo tadbirlari o‘tkaziladi.

Bu bosqichda shifokor harakati buyrak, jigar, yurak faoliyatini yaxshilashga, suv-tuz va oqsil almashuvini normallashtirishga, qonning globulinlar hajmini ko‘tarishga, anemiyani davolashga, infeksiyaning oldini olishga qaratilgan.

18.4.2.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 asoratlarini vaqtida davolash. Tug‘ruqda patologik qon yo‘qotishning oldini olish lozim.

XVIX BOB. TOR CHANOQ

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 chanog'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.

19. 1.Tor chanoq tasnifi

1. Shakli bo'yicha:

I. Tor chanoqning ko'p uchraydigan shakllari.

- a) hamma tomonidan baravar toraygan chanoq;
- b) ko'ndalangiga toraygan chanoq;
- v) yassi chanoq (oddiy yassi va raxitik yassi)

2) Tor chanoqning kam uchraydigan shakllari.

- a) bir tekis toraygan yassi tor chanoq;
- b) qiyshiq toraygan asimmetrik chanoq v) ostemalyatsiyadan shikastlangan chanoq;
- g) kifoskolyotik chanoq;
- d) voronkasimon chanoq;
- ye) spondiolistetik chanoq;
- yo) infantil chanoq;
- j) ekzostoz va suyak o'smalari natijasida toraygan chanoq.

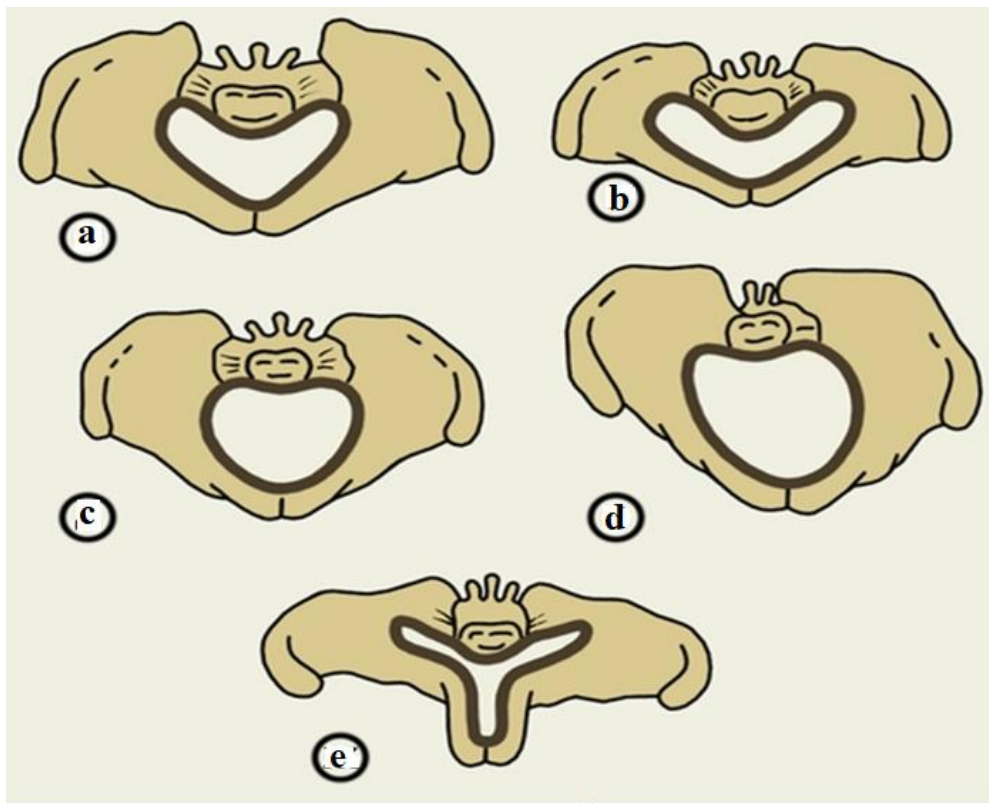
19.1.-jadval

Tor chanoq o'lchamlari

Chanoqning shakli	D. spinarum	D. cristarum	D. troshanterica	C. externa	C. diagonalis	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'ndalapg toraygan	25	25	30	20	13	11

II. Torayish darajasi (Malinovskiy M.S. 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.



19.1-rasm. Tor chanoqning turlari: a-umumiyyoraygan; b-oddiy yassi chanoq; c-umumtoraygan yassi; d-ko'ndalangiga toraygan; e-osteomalyatik.

Hozirgi paytda asosan birinchi darajali tor chanoq uchrasa, uchinchi darajali tor chanoq deyarli uchramaydi.

Klinik nuqtai nazardan 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. Solovev 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).

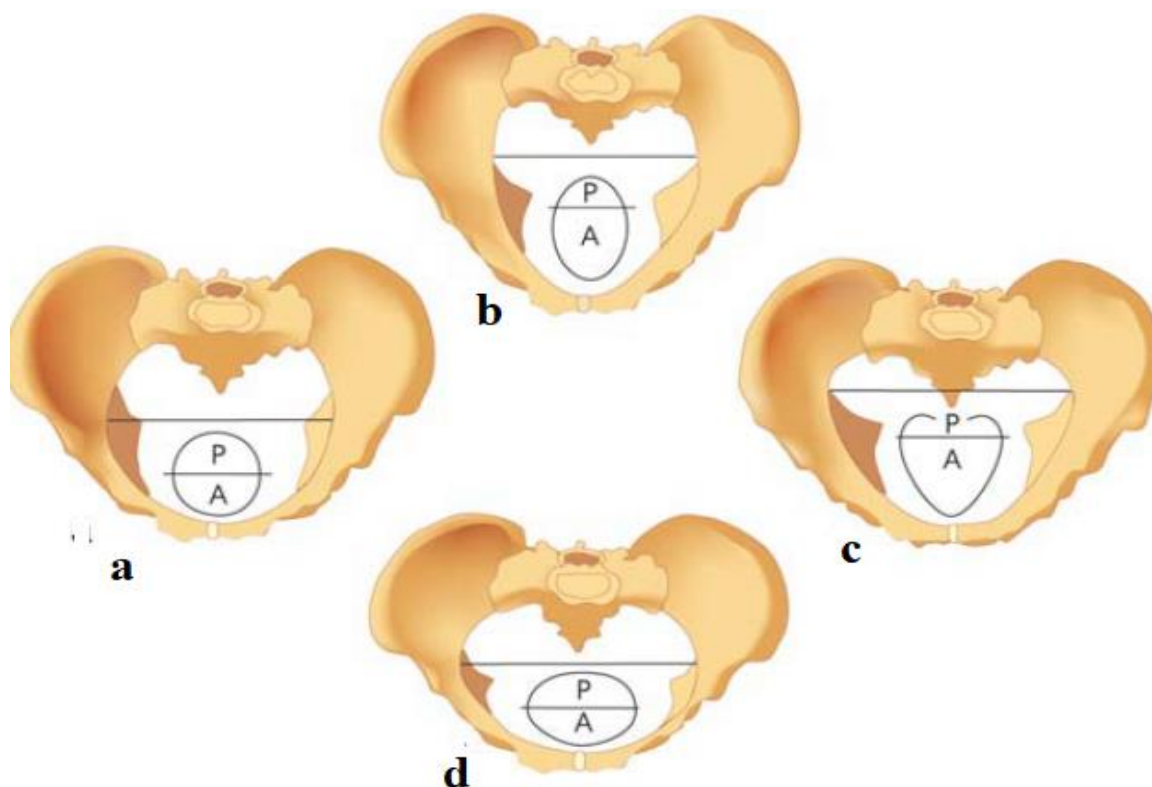
Chanoq torayish darajasini va shaklini aniqlashda yuqorida keltirilgan o'lchamlardan tashqari pelviometriya va ultratovush tekshirish juda katta ahamiyatga ega. Rentgenopelviometriya orqali chanoqning quyidagi to'rt shakli tafovut qilinadi.

1. Ginekoid (genecos-ayol) chanoq kichik chanoqqa kirish aylana yoki ko'ndalang oval shaklida bo'ladi.

2. Android (androg-erkak) chanoq-kichik chanoqda 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.

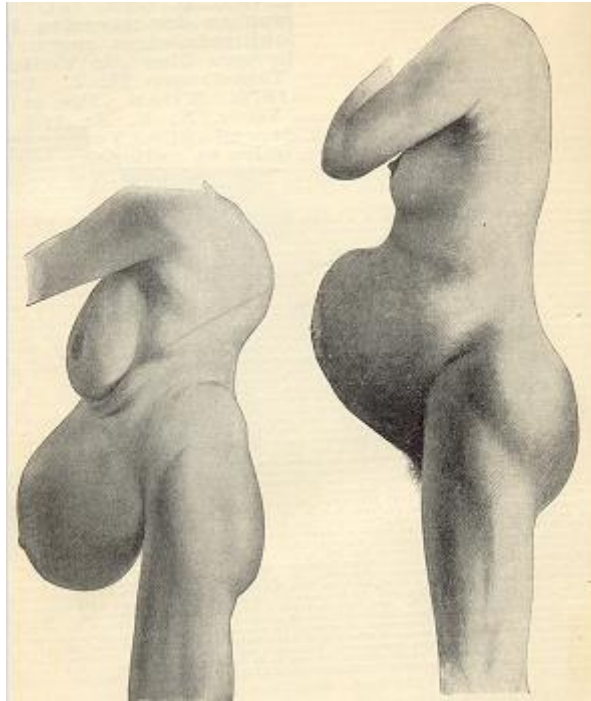
4. Platipeloid (yassi) chanoq-chanoqda kirish ko'ndalang oval shaklida bo'lib, ko'ndalang o'lchamlari to'g'ri o'lchamlariga qaraganda uzunroq bo'ladi.



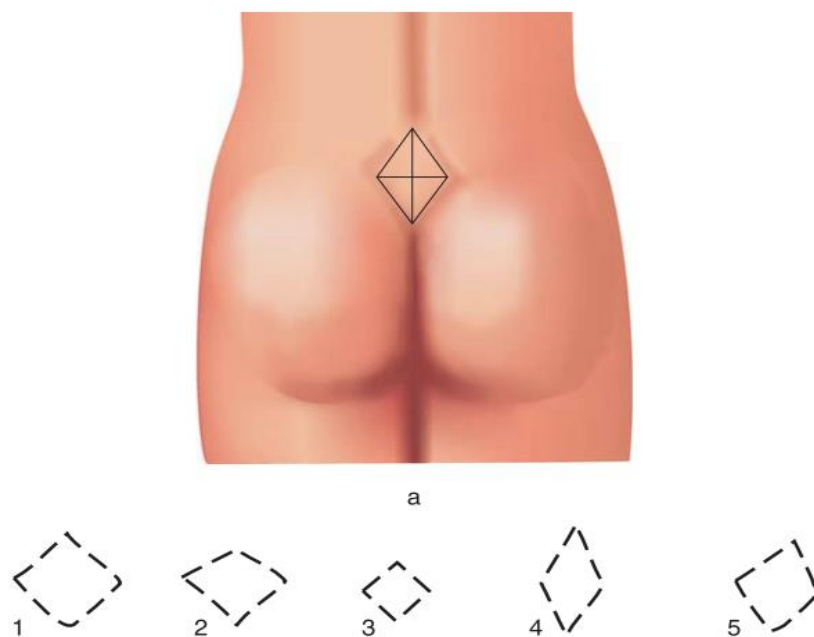
19.2-rasm. .Kichik chanoq turlari: a-ginekoid; b-android; c-antropoid; d-platipelloid

Tor chanoqni yuzaga keltiruvchi sabablar ona va homila o'rtasida modda almashish buzilishi, ya'ni fetoplasentar kompleksining patologiyasi, bolalik va o'smirlik davridagi kasalliklar, bola hayotidagi qoniqarsiz muhit, og'ir yuqumli kasalliklar, endokrin sistemaning patologiyasi, suyak shikastlanishlari va boshqalardir.

Tor chanoqni aniqlashda anamnez yig'ish, umumiy ob'ektiv va akusherlik tekshirish usullari qo'llaniladi, jumladan qorin ko'rinishi (18.3-rasm), bel-dumg'aza rombi shaklini ko'zdan kechirish (18.4-rasm), akusherlik anamnezi, chanoqni o'lchash, qin orqali tekshirish yo'li bilan kon'yugatani aniqlash, homila o'lchamlari va boshqalar ahamiyatga ega.



19.3-rasm. Tor chanoqdagi ayollarda qorin ko'rinishi:
1 – osilgan, 2 – o'tkir uchli qorin



19.4-rasm. Mixaelis rombi ko'rinishi: 1- normal, 2- yassi (yassiraxitik) chanoq, 2- umumiy toraygan chanoq, 4- ko'ndalang toraygan chanoq. 5- qiyshayib toraygan tor chanoq.

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 ahvoriga 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 hisobgaolib, ularni alohida dispanser guruhlariga 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 sekresiya bezlari faoliyatini kuzatib turish kabi tadbirlar orqali toraygan chanoq vujudga kelishining oldini olish mumkin.

19.5. Sefalo-pelvik nomutanosibli

Sefalopelvik nomutanosibli 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: Sefalopelvik nomutanosibli umum tug‘ruqlarga nisbatan 1,5-2,5% hollarda uchraydi. Sefalopelvik nomutanosibligida 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 plasentaning barvaqt ko‘chishi, endometrit, homila asfiksiyasi, jarohatlar uchrab turadi. Homilador ayollar chanog‘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 ilgarilama harakatlari sustligi yoki umuman

yoʻqligi oʻlchamlarning mutloq yoki nisbatan toʻgʻri kelmasligidan dalolat beradi. Homila boshining surilish mexanizmi (tugʻruq mexanizmi) chanoqning ushbu formasiga toʻgʻri kelishi yoki kelmasligi mumkin. Birinchi hol moslashish mexanizmi boʻlib, ikkinchi hol esa salbiy hisoblanadi. Homila boshining yaxshi konfiguratsiyalanishi tugʻruqning normal tugallanishida muhim rol oʻynaydi.

Homila boshi chanoq ogʻziga suqilgandan keyin Vasten belgisi aniqlanadi. Tekshiruvchi qoʻlining kaftini simfiz yuzasiga qoʻyilib yuqoriga oldinda yotgan homila boshi sohasiga sirpantiriladi;1) homila boshining oldingi yuzasi simfiz sathidan baland boʻlsa, homila boshi chanoqqa mutloq toʻgʻri kelmaydi (Vasten belgisi musbat), 2) homila boshi chanoqqa salgina toʻgʻri kelmasa oldingi yuzasi simfiz bilan bir sathda turadi (Vasten belgisi baravar), 3) homila boshi chanoqqa mos kelganda oʻqning oldingi yuzasi simfiz sathidan pastda boʻladi (Vasten belgisi manfiy).

Sangemeyster oʻlchamining tashqi konʻyugata oʻlchamidan kattaligi tor chanoqning ishonchli dalili hisoblanadi, siydik pufagining siqilishi simptomi ham tor chanoq borligini bildiradi va bunda siydik chiqarishning toʻxtashi yoki kamayishi kuzatiladi.

TASNIFI: Sefalopelvik nomutanosibliigi chanoq homila chanoq oʻlchamlarining toʻgʻri kelmasligi jihatidan 3 darajaga boʻlinadi (Kalganova boʻyicha):

I darajali funksional tor chanoq ozgina toʻgʻri kelmasligi kuzatilganda: tugʻruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari normal tugʻruq mexanizmiga mos boʻladi, boshi yaxshi konfiguratsiyalanadi, Vasten belgisi manfiy boʻladi, Sangemeyster oʻlchami tashqi konʻyugatadan kam, tugʻruq kuchi normal boʻlib, tugʻruq davri 2-4 soatga choʻziladi.

II darajali funksional tor chanoq (nisbiy toʻgʻri kelmaslik) belgilari: tugʻruq 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 oʻlchami tashqi konʻyugata oʻlchamiga baravar keladi.

III darajali funksional tor chanoq (mutloq toʻgʻri kelmaslik): bunday xilda tugʻruq mexanizmi va homila boshinig suqilish mexanizmi ushbu tor chanoq formasiga xos boʻlmaydi, boshning konfiguratsiyasi kam yoki konfiguratsiya butunlay kuzatilmaydi, Vasten belgisi musbat, Sangemeyster oʻlchami tashqi konʻyugatadan katta, siydik pufagining siqilish belgilari namoyon boʻladi va toʻlgʻoq oʻz vaqtidan oldin keladi. Tugʻruq kuchlari normal, bachadon boʻyni toʻliq ochilgan boʻlishiga qaramay, homilaning ilgari harakatlari sust yoki umuman yoʻq, bachadon devorining yorilish havfi belgilari paydo boʻlishi mumkin.

DIAGNOSTIKASI: FunkSIONAL jihatdan tor chanoqning diagnostikasi 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 asoratlari 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 jarroxliksi, homila o'lik bo'lganda embriotomiya qilinadi.

II-III darajali funksional tor chanoqda akusherlik qisqichlarini ishlatish man 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 asoratlari 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 ratsional olib boriladi.

XX BOB. HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

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.

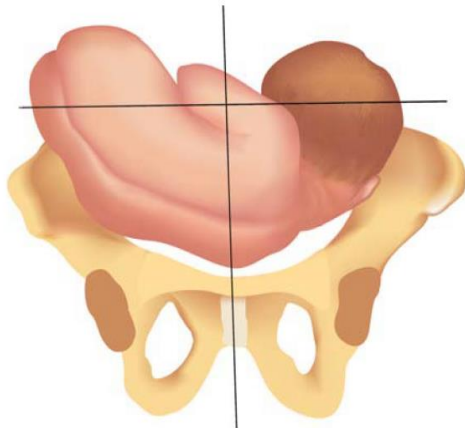
4. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq holatda turib qolishi ko'pincha bachadon taraqqiyoti anomaliyasida uchraydi. Masalan, uterus arcuatus da bachadonning ko'ndalang o'lchovi uning uzunligidan katta bo'ladi, shunga ko'ra homila ko'ndalang yoki qiyshiq joylashadi. Bachadon devorida mioma bo'lganda ham 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 turish va o'lik homilada ham homilaning ko'ndalang va qiyshiq holatda yotganligini kuzatish mumkin.

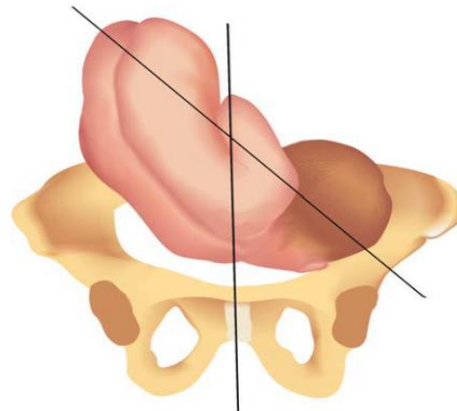
Diagnoz qo'yish. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning faqat qornini ko'rish bilanoq buni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirilganda uning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi 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 - Leviskiy 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 (20.1.,20- rasmlar).



20.1-rasm.Homilaning ko‘ndalang yotishi, 1-vaziyat, oldingi ko‘rinish



20.2-rasm.Homilaning qiyshiq yotishi, 1-vaziyat, oldingi ko‘rinish

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 berk 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 diagnoz 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‘lning 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 sub‘ektiv 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 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 (19.3-rasm). Natijada ko‘ndalang va qiyshiq holatning o‘tib ketgan turi vujudga keladi.



20.3-rasm. Homilaning ko‘ndalang yotishini o‘tib ketgan holati

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.

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.

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 jarroxlik agar homila katta, chanoq kichkina bo'lsa, katta yoshdagi (30 yoshdan oshiq) ayollarda, plasenta oldin kelganda, agar ko'ndalang yotishning o'tib ketgan to'g'ri 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 jarroxlikidan keyin va abortda bachadon teshilganda tikilgan chandiqlar, bachadonning yorilish havfi bo'lganda kesarcha kesish jarroxliksi qo'llaniladi. Kesarcha kesish jarroxliksi 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 jarroxlikni boshlash kerak.

Ko'ndalang va qiyshiq yotish prognozi tug'ruqni boshqaruvchi shifokorning mahoratiga bog'liq. U vaqtida diagnoz 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 choralari 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.

XXI BOB. AKUSHERLIK JAROHATLARI

21.1. 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. Tyg'ruq vaqtida qin yumshoq to'qimalari haddan tashqari cho'zilishi natijasida yirtilishi mumkin. Bu to'qimalar tug'ruqda akusherka 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 taraqqiy etmagan 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 biroz bosib turish lozim.

21.2 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, jarroxlik 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 tugʻruq vaqtida eng koʻp uchraydigan shikastlanishlardan biri hisoblanadi. Turli sabablar tufayli chot yirtilishi 10—12% uchrasa, homila chala tugʻilganda bu 15—20% ni tashkil etadi. Bunday jarohat koʻpincha birinchi marta tugʻayotgan ayollarda homilaning boshi yoki yelkalari chiqayotganda roʻy berishi mumkin. Chotning yirtilishi akusherkaning malakasiga ham bogʻliq. Chunki u tugʻruq vaqtida chotni avaylab ushlab turishi va homila boshini toʻgʻri ushlashni bilmasa, chot koʻproq 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 toʻqimalari va toʻgʻri ichakning qisqartiruvchi va idora qiluvchi muskul (levator) lari yirtiladi. Ayrim vaqtlarda toʻgʻri ichak devori ham yirtilishi mumkin. Har bir akusherka tugʻruq paytida chotni yirtilishdan muhofaza qilish bilan birga homila boshining shikastlanishiga ham yoʻl qoʻymasligi lozim.

Chotning yirtilish xavfi belgilari nimadan iborat?

Homilaning boshi chanoq tubiga tushganda chotdagi toʻqimalar choʻziladi, natijada ulardagi qon aylanishi buziladi, vena qon tomirlari tarqoq boʻlganligi uchun ulardan qon oʻtishi qiyinlashadi, natijada chot terisi taranglashib, koʻkish rangga kiradi, bu unda yirtilish xavfi borligini koʻrsatuvchi belgidir. Agar arteriya qon tomirlarida qon yurishi qiyinlashsa, chot terisi oqarishi mumkin. Bunday hollarda chot yirtilmasdan turib, uni kesish, yaʼni perineotomiya yoki epiziotomiya kilish 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 oʻrtasiga qaychi qoʻyib, soʻngra et kesilishi kerak. Kesilgan toʻqimani tikkanda koʻpincha u asoratsiz bitib ketadi.

Yirtilgan chot oʻz vaqtida tikilmasa, koʻp qon ketishiga va chilla davrida turli asoratlar sodir boʻlishiga sabab boʻladi. Chot qaysi darajada yirtilishidan qatʼi nazar, yoʻldosh tushgandan keyin, agar qon ketmayotgan boʻlsa 1, 5—2 soatdan soʻng, qon ketayotgan boʻlsa darrov tikish kerak.

Qin va chotning yirtigʻini tikish uchun quyidagi asboblardan foydalanish kerak: 2 ta qin oynasi, 3 ta kornsang, 2 ta pinset, 1 ta bukilgan va 1 ta toʻgʻri qaychi, 5 ta qon toʻxtatuvchi qisqich, 2 ta nina ushlagich, 3-4 har xil yoʻgʻonlikdagi ninalar, metall kateter, ketgut, ipak, sterillangan doka tamponlar. Agar chotdagi yirtilish 1-2 darajali boʻlsa, ogʻriqsizlantirish uchun 0, 25-0, 5% li novokain eritmasini (60-100ml) jarohatlangan toʻqimalar atrofiga yuboriladi, agar 3 darajali yirtilish boʻlsa, uni tikish uchun tomir ichiga narkoz beriladi (kalipsol, ketamin) .

Jarroxlik kichik jarroxlik xonasida olib boriladi, tikishdan oldin ayolning tashqi jinsiy aʼzolari va ular atrofi sterillangan doka boʻlaklari

yordamida dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuviladi, soʻngra spirt bilan artib, 2 yoki 5%li yod eritmasi surtiladi.

Chot oraligʻidagi jarohatni tikishni qin devorlarining yirtilgan joyidan boshlash kerak. Yirtilgan shilliq qavatni tikishda har qaysi chokning masofasi 1 sm dan boʻlishi kerak, ninani jarohatning 0,5 sm chetidan sanchiladi. Agar juda chuqur yirtilgan boʻlsa, ichkaridagi toʻqimalar ham qoʻshib tikiladi, shilliq qavatni tikib boʻlgach, ketgut uchlari qirqib tashlanadi. Chot oraligʻining yirtilgan terisi ipak bilan tikiladi, boylangan ipak uchlarini tugundan 1 sm qoldirib qirqiladi.



21.1-rasm. Oraliq yirtilishi va ularni tiklash

Tugʻruq vaqtida sodir boʻluvchi 4 daraja yirtilish mavjud:

- Birinchi darajali yirtilish qinning shilliq qavati va biriktiruvchi toʻqimalarni oʻz ichiga oladi.
- Ikkinchi darajali yirtilish qinning shilliq qavati, biriktiruvchi toʻqimalar va mushak qavatini oʻz ichiga oladi.
- Uchinchi darajali yirtilish anal sfinkterdan tortib hamma qismlarning toʻliq yirtilishini oʻz ichiga oladi.
- Toʻrtinchi darajada toʻgʻri ichak shilliq qavatining yirtilishlari.

Tikilgan oraliqni parvarish qilish.

Tikilgan oraliqni ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini ehtiyot qilgan holda har kuni 2-3 mahal och pushti rangli kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi (bunda doka tamponni yerga tekkizmaslik kerak), soʻngra sterillangan quruq doka bilan chetlarini artib quritiladi. Ayol siyganidan hamda hojatga borganidan soʻng albatta tashqi jinsiy aʼzolari yuvilib, tikilgan choklar quritiladi, soʻngra spirt va yod eritmasi surtiladi.

Chilla davrida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda chok ipini 4- 5 kundan keyin soʻkiladi. 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:

o Ampitsillin 500 mg ichiring;

o + metronidazol 400 mg ichiring.

Jarohatning infeksiya belgilarini diqqat bilan kuzating

Ho‘qna qilmang va 2 hafta davomida rektal tekshirish o‘tkazmang.

Imkon bo‘lsa, 1 hafta davomida bo‘shashtiruvchi dorilar ichishini belgilang.

21.3.Bachadon bo‘ynining yirtilishi.

Oldingi tug‘ruqda bachadon bo‘yni yirtilib, tikilgan bo‘lsa, qayta tug‘ruqda xuddi shuchandiq 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 jarroxlik 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 jarroxliklar qo‘llanish sabab bo‘ladi. Bachadon bo‘ynining o‘z-o‘zidan yirtilishi odatda ikkala yon devorlarida, lekin ko‘proq chap tomonida bo‘ladi.

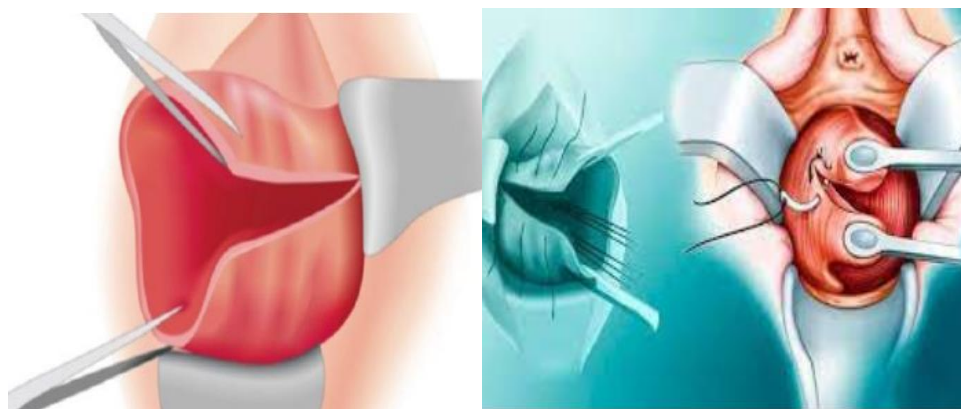
Bachadon bo‘ynining yirtilishi 3 darajaga bo‘linadi.

Yirtiq bir yoki ikki tomonlama (2 sm gacha) bo‘lsa, bunga birinchi darajadagi yirtilish deyiladi. Yirtilish 2 sm dan ko‘p bo‘lsayu, 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 rak 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, jarroxlilik qiluvchi shifokor hamda yordamchi akusherka jarroxlilikga tayyor bo'lgandan so'ng qin ko'zgu yordamida ochiladi, bachadon bo'ynini 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.



21.4.-rasm. Bachadon bo'yni yirtilishi va uni choklash

Choklar orasi 1 sm, iplar uchi 1 sm qoldirib qirqiladi va jarohatga 5% li yod eritmasi surtiladi. 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.

21.4.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 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 ajralishi 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 bachadonni 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.

Akusherka 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 agdarilib 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 jarroxlikni chuqur narkoz ostida shifokor bajaradi. Agar bachadon chiriy boshlagan bo'lsa, uni qorin orqali jarroxlik 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 (shprisda aralastirmang). 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 plasenta 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) bor bo'lgan tizim tayyorlang.

Orqa birikmasini aniqlang

- U qisman buralishda, ya'ni buralib qolgan bachadon qindaligida tez topiladi. Boshqa holatlarda uni qinning buklangan joyi silliqanib 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.

- 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 O‘rta chiziq bo‘ylab kindikdan pastga qovuq to‘qimalari darajasigacha, aponevrozgacha terini kesib, vertikal kesim o‘tkazing;

- o Aponevrozda 2-3sm li vertikal kesim o‘tkazing;

- o Aponevroz chetlarini qisqichda tutib, qaychida kesimni tepaga va pastga uzaytiring;

- o Barmoqlar yoki qaychi yordamida qorinning to‘g‘ri mushaklarini ajrating;

- o 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 qavatlarini ajrating va qorin bo‘shlig‘ining pastki qismini yoring;

- o 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.

21.5. Bachadon yorilishi

Bachadonning yorilishi tug‘ruq jarayonidagi eng og‘ir jarohlardan 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 sohalarda 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(21.1.jadval).

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 vaqtda ayolga yordam ko'rsatilmasa, natijada 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 jarroxliklardan keyingi chandiqlar (kesarcha kesish jarroxliksi, 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 jarroxliklarda ham yuzaga kelishi mumkin.

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 gumbazlariddan uzilishi

Bachadon yorilishi haligacha oxirigacha o'rganilmagan, lekin shuni aytish kerakki, yorilish bachadon mushagidagi degenerativ o'zgarishlar va mexanik ta'sirlarning qo'shib kelishidan yuzaga kelishi mumkin.

Bachadon yirtilishi klinik kechishiga qarab bachadon yirtilish xavfi, chala va to'la yirtilishga bo'linadi.

Bachadon yirtilish xavfi belgilari nima? 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 tekkizdirmaydi. 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 (21.3.-rasm).



21.3.- rasm. Bachadon yorilish xavfi. Kontraksion xalqaning balandda va qiyshiq joylashganligi

Shu bilan bir vaqtda bachadonning juda taranglashgan, og‘riqli dumaloq boylamlarini ham aniqlash mumkin. Bachadonni paypaslaganda, ayniqsa pastida kuchli og‘riq kuzatiladi yoki eshitilmaydi. O‘z vaqtida yordam ko‘rsatilmasa, bachadon 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 (engil narkoz ostida) qo‘llab, tezda jarroxlik qilinmasa, bachadon to‘liq yorilishi (bunda bachadon devorining hamma uch qavati yirtiladi), qorin bo‘shlig‘iga ko‘p qon ketishi, natijada shok yuzaga kelishi mumkin. Bunda ayol xushidan ketadi, ko‘ngli aynib qusadi, sovuq ter bosadi, yurak urishi tezlashadi, ahvoli yomonlashadi va yuzi oqarib, ko‘zlari ichiga botib ketadi. Qon 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 akusherka ajrata bilsa, bachadon yirtilish xavfini o‘z vaqtida aniqlash qiyin emas.

Bachadon yuqoridagi belgilersiz yoki shu belgilarning faqat ba‘zi birlari bo‘lgan holda yirtilishi mumkin. Bunga bachadon devorlaridagi

(yuqorida aytib o‘tilgandek) patomorfologik o‘zgarishlar yoki jarroxlikdan keyingi chandiqlar sabab bo‘lishi mumkin.

Agar kesarcha kesish jarroxlikidan 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 chandiqliq sohasini qorin devori orqali paypaslab ko‘rilganda bachadondagi chandiqliqning 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 «xavf» 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 jarroxlik 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 jarroxliklardan biri qilinadi:

a) homilani bo‘laklarga bo‘lib olishning hamma turlari; b) kesarcha kesish.

Agar bachadon yirtila boshlagan belgilar kuzatilsa, faqat kesarcha kesish jarroxliksi 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 jarroxliksi 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 jarroxlik qilish, bachadonni saqlab qolish-qolmaslik ayolning umumiy ahvoliga, yirtilish darajasiga, yoshiga, akusherlik anamneziga bog‘liq. Bachadon yoritilishining 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.

Bachadon yorilishi xavfi

Bu bachadon yorilishidan oldingi holatdir, ya'ni bu holat bachadon pastki segmenti va bo‘ynining haddan tashqari cho‘zilish 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‘urrasi» bilan to‘lgan bo‘ladi.

XXII BOB. CHAQALOQLARNING SHOSHILINCH HOLATLAR

22.1. 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 aspiratsiya si sababli o'tkazuvchanligi buzilishi.
- Markaziy nerv tizimining og'ir jarohatlanishi.
- O'pkalar to'qimasining funksional yetilmaganligi yoki surfaktantning yetarlicha ishlab chiqarilmasligi.
- Qon aylanishining kichik halqasida gemodinamik buzilishlar.
- Homila nuqsonlari.

22.1.-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 ozroq bukilgan	Oyoq-qo'llari aktiv harakatda
Reflekslar	Yo'q	Yuz tirishishi	Yo'tal, aksirish, qichqirish
Terining rangi	Umumiy oqarish yoki sianoz	Pushti rang va akrotsianoz	Pushti rang

Chaqaloq ahvolini Apgar shkalasi yordamida baholash (1- min va 5 min 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 1min. va 5min 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 gorizontaal yoki vertikal nistagm.

22.2. Respirator distress sindrom

Respirator distress sindrom (RDS) - bu yangi tug'ilgan chaqaloqning birinchi soatlaridan paydo bo'luvchi patologik holat bo'lib, o'pkaning 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, alveotsitlarning 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, adrenalina va noradrenalina uning sintezini stimullaydi.

RDS klinik belgilari chaqaloq tug'ilgach 4-6s o'tgach paydo bo'ladi va 1min.da 60ta nafas harakatli hansirash bilan xarakterlanadi.

Nafasning tezlashishi ekspirator shovqinlar bilan birga kechadi.

Chaqaloqni 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.

Chaqaloqning yuz terisi pushti rangda bo'ladi. RDS klinik belgilari paydo bo'lgach akrotsianoza, keyinchalik umumiy rangparlik yuzaga keladi.

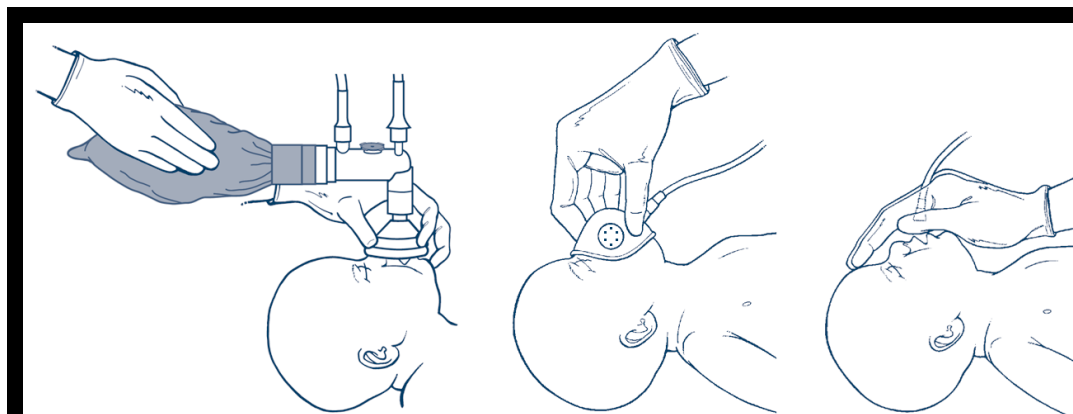
Auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas eshitiladi. SBS rivojlangan sari nafas olish va chiqarish jarayonlarida krepatatsiya va quruq xirillashlar eshitiladi.

Chaqaloqning 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 chaqaloqning umumiy ahvoli o'zgaradi, gipo-, adinamiya bo'ladi.

RDS o'tkazgan va jonlantirish bo'limida intensiv terapiya olgan chaqaloqlarda 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 chaqaloqning 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 kislota-ishqor holati, EKG, biokimyoviy parametrlar nazorat qilinib boriladi. RDS birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash maqsadida oksigenoterapiya qilinadi (22.1.rasm).



BC

22.1. -rasm. Chaqaloq ko'kargan, lekin nafas olmoqda: kislorod berish lozim: A- Ambu xalta yordamida; B- Kislorod maskasi orqali; C- Kislorod shlangi orqali.

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.

Kompleks terapevtik muolajalarga gidratatsion terapiya kiradi. Chaqaloqning bir sutkasida 50-60ml/kg tana vazniga, keyinchalik 140-150

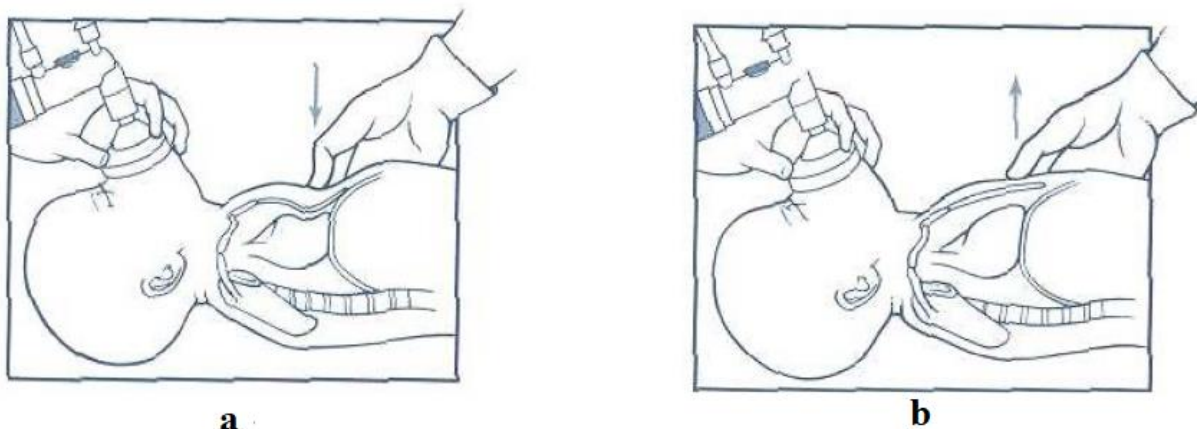
ml/kg vazniga nisbatan suyuqlik quyiladi. 10%li albumin eritmasi va yangi muzlatilgan plazma gipovolemiyani korreksiyalash uchun qo'llaniladi.

Antibakterial terapiya bakteriologik ekma natijasiga ko'ra olib boriladi.

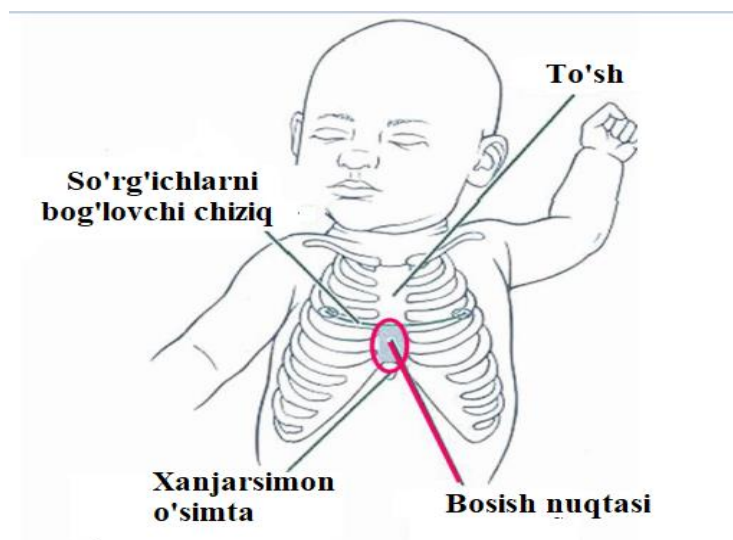
Hozirgi kunda RDS profilaktikasi maqsadida glyukokortikoidlardan foydalaniladi. Chaqaloq tug'ilgach birinchi sutkasida surfaktant preparati Ekzosurf (Angliya) va Kurosurf (Italiya) 5ml/kg vazniga hisoblab endotraxeal har 8 soatda qilinadi.

22.3. Chaqaloqning birlamchi reanimatsiyasi

- Chaqaloqni artib issiq joyga yotqizish.
- Og'iz va burun bo'shlig'i sanatsiyasi.
- Reflekslarni qo'zgatish.
- Sun'iy o'pkalar ventilyatsiyasi - Ambu qopchasi yordamida.
- Yurak massaji (21.2.-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.



22.2. Yurakni bilvosita massaj qilish. a-bosish; b-qo'yib yuborish

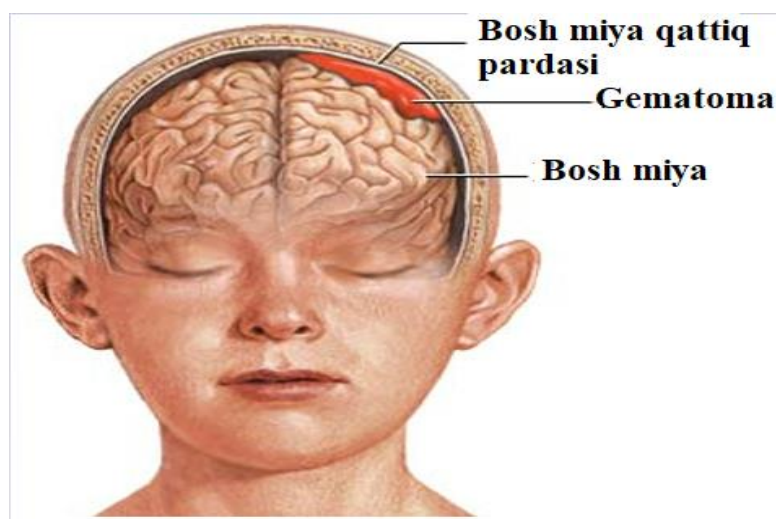


22.3-rasm. Yurak bilvosita massajini o'tkazishda bosiladigan joyni aniqlash

22.4. Chaqaloqlarning tug‘ruq jarayonida jarohatlanishi

- Kefalogematoma.
- M. Sterno-claيدا-mastoideus travmasi.
- O‘mrov suyakning sinishi.
- Yuz nervining 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.



22.4-rasm. Kefalogematoma

M. sterno- claida-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 (elka kamari distotsiyasi) kuzatiladi. Chaqaloqlar tug‘ilishi bilan o‘mrov suyagi sohasida palpatsiyada krepitatsiya va og‘riq seziladi. Qo‘llar harakati chegaralangan, 3 - 4 kunlari tog‘aylanib dumboq bo‘lib bitadi. Davo choralari: yelkalarni fiksatsiya qilish.



22.5-rasm. Bo'yin mushagi jaroxatlanishi sababli bo'yin qiyshiqligi

Yuz nervi 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.



22.6-rasm. Yuz nervi falaji sababli yuz qiyshayishi.

Yelka nerv tugunining falaji. Tug'ruqda yelka nerv tuguni va uning ildizlarining yoki ba'zan orqa miyaning shikastlanishi tufayli kelib chiqadi. Yelka nerv tugunining qaysi bir shoxining falajiga qarab, yelka nerv 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 korreksiyalashdan iborat.

Tiklanish davrida- so‘riluvchi 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‘riluvchi preparatlar, 2 haftadan keyin esa massaj buyuriladi.

22.5. 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. Dignoz uchun IgM sinfiga mansub bo‘lgan spesifik SMV-antitanalari aniqlanadi. So‘lak, siydik yoki jigar to‘qimasini elektron-mikroskopik tekshiriladi. Effektiv spesifik virusga qarshi terapiya yo‘q. Unga qarshi spesifik antitsitomegalovirus immunoglobulin sxema bo‘yicha qo‘llaniladi.

Oddiy herpesning ikkita serotipi bor: I va II. Kam hollarda kasallik simptomlarsiz 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. Diagnostika uchun vezikula ichidagi modda yoki terining jarohatlangan sohasidan surtma olinib tekshiriladi. Bunda oddiy herpes virusining antigeni topilishi mumkin. Davo choralari: barcha klinik shakllari uchun atsiklovir saqlovchi preparatlar qo‘llaniladi. Tarqalgan shakli,

miyaning gerpetik jarohatlanishi yoki oftalmogerpesda Atsiklovir 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 Viferon-3 100-150 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 toshmalari: 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 diagnozini chaqaloqlarda klinik belgilar va laborator ma'lumotlar (siydik va faringial sekretidan ajralmalar) asosida qo'yiladi. Asosiy diagnostika testi chaqaloqlar qonida maxsus qizilcha IgM antitanasini topish hisoblanadi. Maxsus davo yo'q .

Vezikulopustulyoz teri burmalari, bosh, dumba sohalari yuzi 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 atrofida 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 stafilokokklar chaqiradi. Eksfoliatik ekzotoksin ishlab chiqaradi. 1- haftaning oxiri 2 - haftaning boshlarida terida qizarish paydo bo'ladi, kindik, chov burmalari, og'iz atrofida 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'riqli 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 eritmaları 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 sepsic 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 sepsic jarayoni rivojlanishi uchun fon hisoblanadi.

Chaqaloqlar sepsisida infeksiya kirish darvozasi bo‘lib, kindik yarasi, jarohatlagan teri va shilliq qavatlariga infeksiya tushishi, kateterizatsiya, intubatsiya, ichak, o‘pka, kamdan-kam holarda 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, qusish, 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 (sepsic shakllari hisoblanadi). O‘rtacha kechishi xos.

Sepsisga taxmin bo‘lganda:

-qon, orqa miya suyuqligi, siydik, traxeya va infeksiya o‘chog‘idan olingan ajrilmalarni mikrobiologik usulda sterilligi tekshiriladi va Gramm usulida bo‘yaladi.

Shifokorga sepsis diagnozi 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. Pleotsitoz yog‘ bo‘lganda ham bakteriyalar proliferatsiyasi hisobiga suyuqlik xira bo‘lishi mumkin. Lyumbal punksiyasi orqa miya suyuqligida patologik o‘zgarishlar bo‘lmaganda ham 1 % chaqaloqlarda meningit uchrashi mumkin.

-Gidrotsefaliyali bolalarda ventrikulitda miya qorinchalarini punksiya 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 diagnozi to‘liq yo‘qligini bildirmaydi. Leykopeniya va neytropeniya yetilmagan va umumiy neytrofillar orasidagi munosabat 0,2 dan yuqori bo‘lsa, sepsis diagnozini 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 (ifitsef 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.

- Immunokorreksiya maqsadida yangi muzlatilgan plazma va leykotsitar massa quyish ko'rsatma hisoblanadi.

- Antibakterial terapiya o'tkazilganda va keyin ichak biosintezini ushlab 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).

XXIII BOB. AKUSHERLIK JARROXLIK AMALIYOTLARI

23.1. Qog‘anoqni sun‘iy usulda yorish(amniotomiya)

Bunday jarroxlik 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, plasenta 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.



23.1-rasm. Amniotomiya

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 rejalalmagan bo‘lsa). Agar kesarcha kesish jarroxliksi belgilangan bo‘lsa, homila oldi suvini bachadon bo‘yni 2-3 sm ochilguncha saqlab, qog‘anoqni yormasdan turib keyin jarroxlik qilinadi. Bunda jarroxlikdan keyingi chilla davrida bachadon chiqindilarining ajralishi oson bo‘ladi, natijada bachadonning qisqarishi oson bo‘ladi.

Agar jarroxlik 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, tizzasini 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.

XXIV BOB. TUG‘RUQDAN KEYINGI YUQORI HARORAT (TKYUH)

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 infeksiyon 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 tonzillit, kolpit, surunkali pielonefrit va boshqalar) limfa, qon tomirlari orqali tarqalishi mumkin. Shu bilan bir qatorda chilla davri infeksiyon 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 bitganda tushadi.

Tug‘ruq jarayonini mufassal aseptik jarayon deb bo‘lmaydi, chunki qindagi mavjud mikroblar patogen bo‘lmas-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-antitelolar ishlab chiqaradi. Chilla davrida kasalliklar rivojlanishida retikulo-endotelial sistemasining mikroblarni ushlab qolish, ya‘ni to‘siq funksiyasining kamayishi yoki susayishi katta ahamiyatga ega.

24.1. Tug‘ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar va ularning tasnifi

1. Infeksiya –fenomen, odatda steril makroorganizm to‘qimasiga mikroorganizmlarning invaziyasi tufayli makroorganizmda yallig‘lanish javob reaksiyasi rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

2. Bakteremiya- 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 S dan past yoki 38S dan ortiq bo‘ladi.
- yurak qisqarishlar soni min 90 martadan ortiq.
- nafas olish soni min 20 dan ortiq.
- periferik qondagi leykotsitlar soni $<12000/mm^3$, $>4000/mm^3$.
- yetilmagan shaklining 10% dan ortiq bo‘lishi.

4. Sepsis- organizmning infeksiyaga sistem javobi bo‘lib, klinik jihatdan ikki yoki bundan ortiq belgilarning mavjudligi bilan belgilanadi:

5. Og‘ir darajadagi sepsis – a‘zolarning yetishmovchiligi, gipoperfuziya yoki gipotenziya rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Gipoperfuziya yoki to‘qimalarda perfuziyaning buzilishi laktat-atsidoz, oligouriya yoki o‘tkir es-xushining buzilishini o‘z ichiga olishi mumkin, ammo bular bilan chegaralanib qolmaydi.

6. Septik shok – sepsis bilan indutsirlangan gipotenziya, o‘tkazilgan adekvat suyuqlik infuziyasiga qaramasdan rivojlanadi va to‘qimalar perfuziyasi buzilishi bilan boradi. Inotrop va vazopressor vositalarini qabul qilgan bemorlarda diagnoz qo‘yish paytida gipotenziya kuzatilmasligi mumkin.

7. Sepsis gipotenziya bilan kechganda va gipotenziyaga boshqa sabab bo‘lmaganda sistolik arterial qon bosimi 90mm.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.

24.2. 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 gigiena qoidalariga to‘la rioya qilib yurish kerak.

Chilla yarasini odatda dezinfeksiyalovchi dorilar-furatsillinlar 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 ekssiziya qilish, adekvat antibiotikoterapiya (xlamidioz, ureaplazmozga qarshi doramitsin 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 tikilgan bo‘lib, iplarda yiring bo‘lsa, shu yiring bor joydagi iplarni darhol so‘kib tashlash kerak, bunda yiringning tashqariga oqib chiqishi osonlashib, yara tezroq tozalanadi.

24.3.Chilla davri endometriti

Endometrit (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 gradusga 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 jarroxlik 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, buni 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 seftriakson 1g t/i - mahaldan 3 kun, amoksiklav 600 mg dan 3 mahal v/i 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'larni oldini olish uchun diflyuzol, diflazon (flukonazol) 150 mg haftada 1 marta qo'llaniladi. Nospesifik yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi vositalardan diklofenak 3 ml (75)dan mg m/o 5 kun. Oksitotsin 0,5 ml dan kuniga 2 marta teri ostiga yuboriladi. Organizm chidamini Voshirishga, 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 jarroxlik yo'li bilan davolashga va bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

24.4. Bachadon naylari va tuxumdonlarning yallig‘lanishi (salpingoofarit)

Kasallik va chilla davrining 8-10- kunlaridan boshlanadi, bunda qorinning pastida to‘satdan og‘riq bezovta qiladi, qon tomir urishi tezlashadi. Kasalning 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 kovuqqa bosib ko‘rilganda qorin pastida kuchli og‘riq borligi aniqlanadi. Qin orqali tekshirib ko‘rilganda bachadon ortiqlari atrofida 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 pelviotsellyulit 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 appenditsitdan ajrata bilish kerak.

Davolash. Avvalo bemorga har tomonlama tinchlik berish lozim. Qorin pastiga sovuq suv yoki muzli xalta qo‘yiladi. Antibiotiklarni yuborish davolashning asosiy tadbirlaridan hisoblanadi. Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vosita sifatida diklofenak 3 ml (75 mg)dan m/o yuboriladi. Biroq qancha dori va uni qachon yuborish bemorning ahvoriga qarab buyuriladi (endometriitni 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 birinining 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.

Punksiyada 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‘rigan ayolni to‘la-to‘kis davolash va u doim shifokor nazoratida bo‘lishi kerak.

24.5. 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 endometriit oqibatidir. Agar kasallik o‘chog‘ida yiringli infiltrat hosil bo‘lsa (bu ko‘pincha kasallikning 3-5 haftalarida vujudga keladi), harorat yanada 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 qoplaminig oqarishi, taxikardiya, leykotsitoz, bachadon subinvolyusiyasi va og‘riq bo‘lishi kiradi. Bimanual tekshirishda bachadon ortiqlari va parametriy 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 endometriitga 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 boshlanganda, dikloberl va fizioterapiya usullari qo‘llaniladi.

24.6. Vena qon tomirlarning yallig‘lanishi-tromboflebitlar

Chilla davrida uchraydigan eng og‘ir septik kasalliklardan hisoblanadi. Tromboflebit joyiga ko‘ra ikki hil 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 minutiga 100 martagacha uradi. Qondagi leykotsitlar soni biroz ko‘payib, eritrotsitlarning 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. Ayolni qin orqali tekshirilganda bachadonning tuqqandan keyingi qisqarishi (involyusiyasi) 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, tomir minutiga 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 ularni ushlab ko‘rilganda og‘riydi. Bu holat vena qon tomiri devoriga hos bo‘lgan trombnings 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 ranggi 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. Diagnozni endometrit bilan og'rigan ayollarda antibiotikning kam naf berishidan ham bilsa bo'ladi va qin orqali tekshirilganda kichik chanoq sohasida hosila borligi kuzatiladi. Diagnozni tasdiqlashda ma'lumot beradigan metodlardan KT va MRT hisoblanadi. Tekshirishlarda tromboflebit belgilari yo'qligi, ammo tromboflebit klinikasi borligi va antikoagulyant terapiyadan (geparin bilan) dinamikada yaxshilanishi diagnozni 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 diagnoz 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, terining qoramtir tusga kirib, bitmaydigan yara hosil bo'lishi mumkin.

Tromboflebitni limfa tomirlarining yallig'lanishi, teri osti flegmonasi, boldir arteriyasining o'tkir trombozi va emboliyasi, boldir nervining yallig'lanishi va boshqalardan farq qila olish lozim.

Davolash. Xozirgi kunda 2 xil davolanadi: konservativ va operativ yo'l bilan. Bulardan qaysi birini tanlash tromboflebitning turi, qaysi venadalgiga hamda venaning qaerdalgiga, 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 geli (1000 t/b geparin 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, jarroxlik 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 eskuzan 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.

24.7. 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, shpris bilan tortib olish va yiring o'rniga 0,5% li novokain suyuqligida eritilgan biron-bir antibiotik (merkatsin) 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.

24.8.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‘rigan 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 aylanasing 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°S 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 mikroba ning virulentligiga ham bog‘liqdir.

Hozirgi sharoitda mastit infiltrativ turi juda tez yiringli turga o‘tganida bemorning umumiy ahvoli og‘irlashadi (uyquasi buziladi, ishtahasi yo‘qoladi, boshi og‘riydi va boshqalar). Tana harorati $38-40^{\circ}\text{S}$ 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. Jarroxlik 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, diagnoz 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° 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 leykotsitoz, 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 $1-2^{\circ}\text{S}$ baland bo'ladi.

Mastit bilan og'rgan 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 qaerda 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 seftriakson 1g m/o ga 2 mahal 5 kun ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Jarroxlik 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.

XXV-BOB. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI

Ginekologiya - bu ayollar jinsiy tizimi fiziologiyasi va patologiyasi, normal va patologik sharoitda ayollar jinsiy a'zolarining holati va faoliyati, tug'ishdan tashqari ayolga xos bo'lgan xususiyatlar haqidagi fan

Qon ketish, oqchil ajralishi va og'riqlar ginekologik kasalliklarning muhim simptomlari xisoblanadi.

Hayz faoliyatining ko'p miqdorda qon ketish bilan buzilishi natija-sida bachadondan qon ketishiga - menorragiya deyiladi. Menorragiyaning quyidagi turlari mavjud.

- a) ko'p miqdorda qon yo'qotish (gipermenoreya);
- b) hayz davomiyligining uzayishi (polimenoreya);
- v) ritmi qisqarish tomonga buzilishi (proymenoreya)

Ko'p hollarda bu o'zgarishlar birgalikda keladi. Menorragiyaga gipofiz, tuxumdonlar faoliyatining buzilishi, jinsiy a'zolarining organik jaroxati (bachadon o'smalari) yallig'lanish jarayonlari, shuningdek ekstragenital kasalliklar sabab bo'lishi mumkin.

Metrorragiya-hayz sikli bilan bog'liq bo'lmagan(aseptik) qon ketish . Bachadon shilliq osti miomasi va parchalanuvchi rak o'smasi, bachadon tana va bo'yni poliplari sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni raki uchun hayzlararo davrda qonli ajralmalar kontaktli qon ketishlar xos.Metrorragiya sog'lom ayollarda kam uchraydi, u asosan jinsiy tizimdagi patologiyalar yoki umumiy kasalliklardan darak beradi.

Oqchil-ayollar jinsiy a'zolari sekretor faoliyatining buzilishi, bu ginekologik kasalliklarning eng ko'p uchraydigan simptomlaridan biridir. Ginekologga murojaat qilgan bemorlarning yarmidan ko'pi oqchil ajralishidan shikoyat qiladilar. Bu simptom so'zak, trixomoniaz, xavfli o'smalar va boshqalarda ko'pincha birinchi va uzoq vaqt davom qiladigan yagona simptom bo'lib hisoblanadi.

Fiziologik sharoitlarda ham jinsiy a'zolar shilliq qavati namlanib turadi. Bachadon naylari sekretor hujayralari, bachadon tanasi va bo'yni shilliq qavati bezlari ushbu a'zolar ichki yuzalarini namlab turadigan sekretni kam miqdorda ishlab chiqaradi.

Normal sharoitlarda bachadon bo'yni 24 soat davomida 0,5-1 ml sekret ishlab chiqaradi. Ajralmalar servikal kanal orqali qinga tushadi. Qin shilliq qavatida bezlar bo'lmaydi va sekret ishlab chiqarilmaydi.

Ayol sog'lomlik vaqtida qin ajralmalarini sezmaydi. Patologik turdagi oqchillar turli sabablardan kelib chiqadi.

vestibulyar oqchillar vulvaning yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq;

1)qin oqchillari-ko'p xollarda ayollarning tibbiy yordamga murojaat qilishlariga sabab bo'ladi.

Normal sharoitlarda qin ajralmalari oq rangli, qaymoqsimon konsistensiyali, nordon reaksiyaga-(Rh-4,5-5,5) ega bo'ladi. Ular 3 ta tarkibiy qismdan iborat: ko'chib tushgan yassi epiteliylar, mikroblar va transsudat. Normal ko'rsatkichlarda bitta-ikkita epiteliy hujayralari aniqlanadi, sog'lom ayollar mikroflorasi Dederleyn tayoqchalaridan iborat.

25.1.Umumiy simptomatologiyasi

Genitaliyning yallig'lanish kasalliklarida: epiteliy hujayralari miqdori ortadi, leykotsitlar ko'p miqdorda, polimikrob flora bo'ladi. Mikroflora tavsifi, nordonlik titri va leykotsitlar miqdoriga ko'ra qin tozaligining 4 darajasi farqlanadi:

I tozalik darajasi: nordon reaksiyali (rN-4,0-4,5), epiteliy xujayralari va Dederleyn qin tayoqchalari.

II tozalik darajasi: nordon reaksiya (rN-5,0-5,5), qin tayoqchalari kam, vergul shaklidagi ko'p miqdordagi bakteriyalar, ko'p miqdordagi epiteliy xujayralari, leykotsitlar uchraydi. I va II tozalik darajasi normal hisoblanadi.

III tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali (rN-6,0-6,5), qin tayoqchalari kam miqdorda, vergul shaklidagi mikroblar, streptokokklar, kokklar ko'p miqdorda, leykotsitlar soni ham ko'p bo'ladi.

IV tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali, qin tayoqchalari bo'lmaydi. Turli bakterial flora ustunlik qiladi, leykotsitlar ko'p miqdorda.

Servikal oqchil so'zak etiologiyali endotservitsitlarda, bachadon bo'yni yirtilishlarida, qin kanali shilliq qavati poliplarida paydo bo'ladi. O'tkir endometritda-ajralmalar yiringli, surunkali endometritda-suvsimon, rakdan zarralanishda selga o'xshash bo'ladi.

Nay oqchillari yallig'lanish kasalliklari (so'zak)da, asosan xaltali o'smalarda kuzatiladi.

Og'riqlar-ginekologik bemorlarning eng ko'p uchraydigan shikoyatlaridan biri. Chanoq a'zolari qonga to'lishining o'zgarishlari va intoksikatsiya ginekologik bemorlardagi og'riqlarning asosiy patogenetik omili bo'lib xisoblanadi.

Kasallangan a'zoning mexanik ta'sirlanishi ginekologik kasalliklarda og'riqlar paydo bo'lishining asosiy sababi.

Ginekologik og'riqlar asosan gipogastral soxada joylashadi-bu yonbosh suyaklari oldingi yuqori o'simtalarini birlashtiruvchi chiziqdan pastda joylashib, oyoqlarga irradiatsiyalanadi. Qorin pastidagi og'riqlar bilan bir qatorda bel-dumg'aza og'riqlari xam ko'p uchraydi.Ginekologik kasalliklarni aniqlash anamnez bilan sinchiklab tanishib chiqishdan boshlanadi.

Anamnez yig'ish quyidagi tartib bo'yicha tuziladi:

1. Asosiy shikoyatlar
2. Ko'shimcha shikoyatlar

Ko‘shimcha shikoyatlar vrach so‘rab surishtirishdan, keyingina ayollar ular xaqida aytadilar. Masalan, yosh ayollar bepushtlikdan shikoyat qilib, hayz sikli buzilishi, tana vaznining ortishi yoki og‘riqli hayz haqida, boshidan kechirgan somatik, nerv-ruhiy kasalliklari haqida, shuningdek, qanday dori vositalari qabul qilganlari haqida ma‘lumot berishmaydi. Gemorragik diatez (Verlgof kasalligi) bilan kasallangan ayollar glyukokortikoid vositalar qabul qilib, amenoreya yoki oligomenoreyadan shikoyat qilishadi, va holanki bu vositalar o‘z navbatida shunday oqibatlariga olib keladi.

3. Ayolning boshidan kechirgan somatik va boshqa kasalliklari. Ayolning bolaligida va jinsiy balog‘atga yetilish davrida kechirgan somatik va boshqa kasalliklari muhim ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklarning yuqori indeksi ko‘pincha reproduktiv tizim faoliyatini boshqaruvchi markazlarning tiklanish jarayoniga yolg‘on ta‘sir qilib, xayz sikli buzilishi, reproduktiv faoliyatining buzilishi va neyro-endokrin kasalliklarning kelib chiqishiga olib keladi.

4. Oilaviy anamnezi. Ko‘pgina kasalliklarning irsiy ekanligini hisobga olib, birinchi, ikkinchi va undan keyingi avlodga mansub qarindoshlarda ruhiy kasalliklar, endokrin buzilishlar, o‘smalar yurak-tomir tizimida patologiya mavjudligi haqida ma‘lumot yig‘ish shart.

5. Xayz va reproduktiv faoliyati, shuningdek, sekretor va jinsiy faoliyati, erining (jinsiy sherigining) kasalliklari.

6. Oldingi qabul qilingan muolajalar tavsifi.

7. Ushbu kasallik tarixi

8. Turmush tarzi, ovqatlanishi va zararli odatlari, mehnat va turmush sharoitlari.

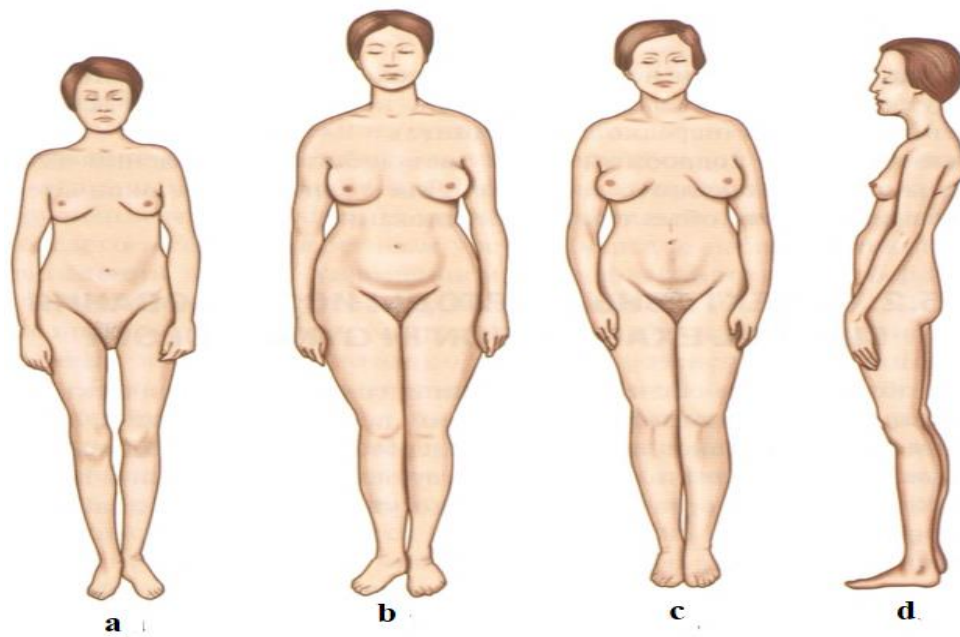
9. So‘rab surishtirish davomida shifokor kasallikni aniqlash haqida fikr yuritish uchun zarur ma‘lumotlarga ega bo‘ladi.

Anamnez ma‘lumotlari asosida 50-70% bemorlarga to‘g‘ri diagnoz qo‘yish va keyingi ob‘ektiv tekshirish usullarini tayinlash mumkin

Anamnez yig‘ib bo‘lgandan so‘ng ayolni ko‘zdan kechiriladi. Ko‘zdan kechirish davomida bo‘yi va vazniga, tana tuzilishiga, yog‘ to‘qimasining rivojlanish xususiyatlariga e‘tibor beriladi. Erkaksimon va bichilgansimon tana tuzilishlari farq qilinadi.

Tana vazni ortiqcha bo‘lgan hollarda, qachondan boshlab: bolaligidan, pubertat yoshdan, jinsiy hayot boshlangandan, abort yoki tug‘ruqdan so‘ng semirganligini aniqlash shart.

Tuklanish tavsifiga e‘tiborni qaratish muhim, ayniqsa ortiqcha tuklanishda (girsutizm), uning paydo bo‘lgan vaqti (menarxedan oldin yoki keyin), terining holati (ortiqcha yog‘lilik, akne, follikulalar borligi, g‘alvirsimonligi), ayniqsa yuz va yelkada yaxshi ifodalanadi.

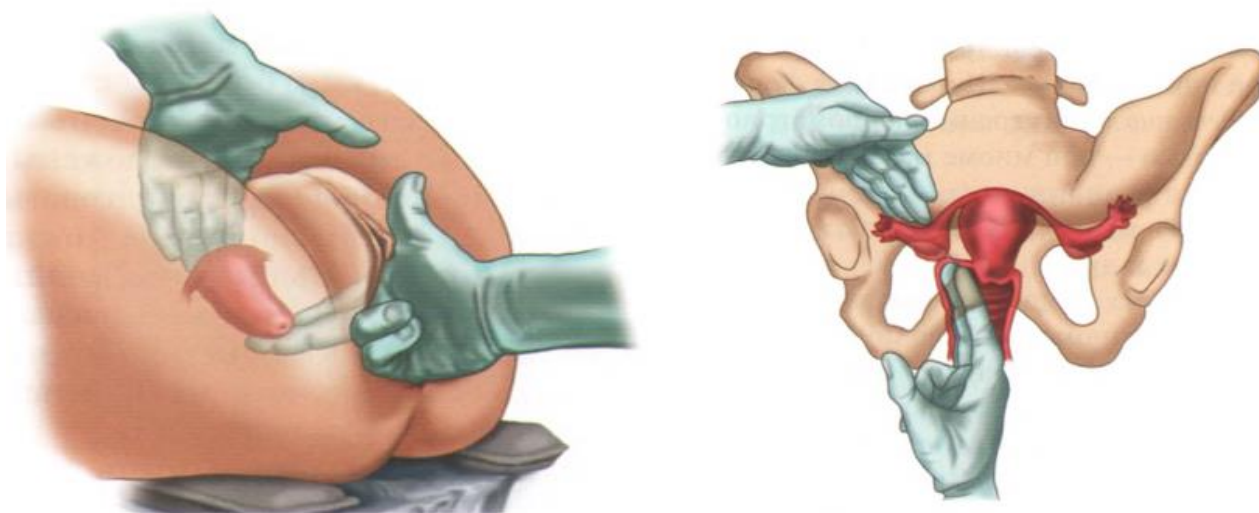


25.1-rasm. Ayollar taga tuzilishi: a-infantil, b-giperstenik, d-interseksual, e-astenik

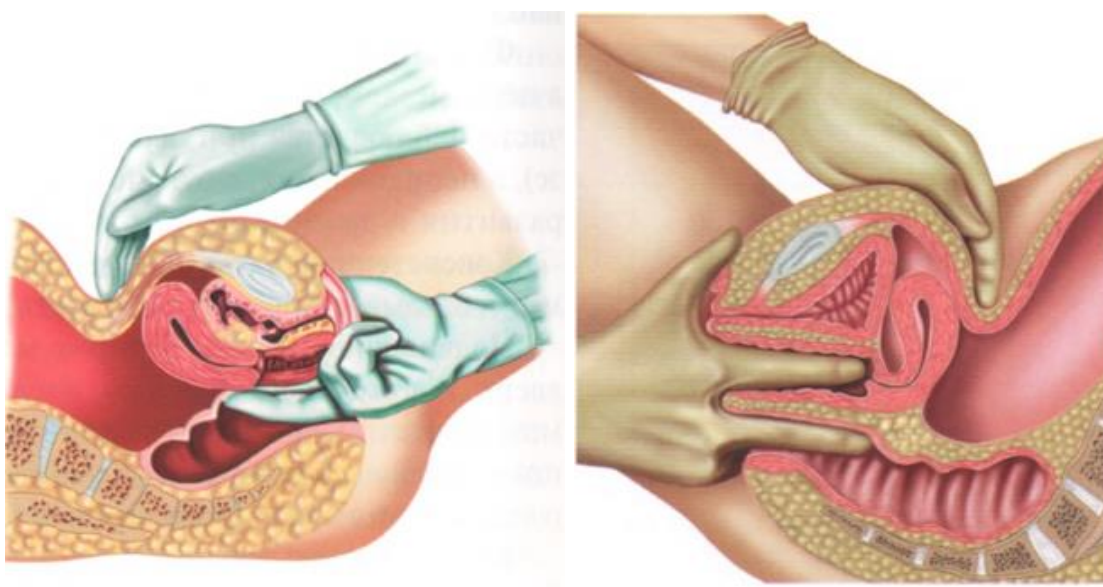
Koʻzdan kechirishni sut bezlaridan boshlash kerak. Chunki sut bezi reproduktiv sistemaning bir qismi, gormonga aloqador aʼzo boʻlib, jinsiy gormonlardan prolaktin va boshqalar taʼsir etadigan nishon boʻlib hisoblanadi.

Adabiyot maʼlumotlariga koʻra, ginekologik bemorlarning 40%da fibrokistoz mastopatiyaning(FKM) turli shakllari uchraydi. Sut bezlari tik turgan va yotgan holda bezning ichki va tashqi kvadrantlari ketma-ket paypaslab koʻzdan kechiriladi. Xamma bemorlarda koʻkrak soʻrgʻichlarda ajralmalar bor-yoʻqligi, uning ranggi, konsistensiyasi va tavsifi aniqlanadi. Sut bezlarini paypaslab fibroz-kistoz mastopatiya diagnozini qoʻyish mumkin. FKM aniqlanganda sut bezlari UTT va mammografiyasi qilinishi shart.

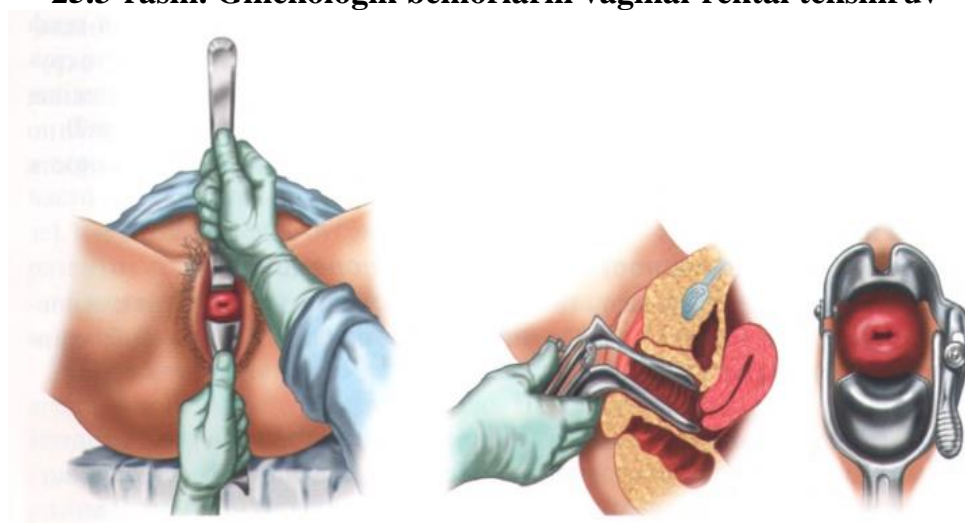
Ginekologik tekshirish. Tashqi va ichki jinsiy aʼzolari koʻzdan kechirish xayz sikli buzilgan va bepusht ayollarda muhim maʼlumotlarni beradi. Katta va kichik uyatli lablar gipoplaziyasi, qin shilliq qavatining rangparligi va quruqligi gipoestrogeniyaning klinik belgilari boʻlib hisoblanadi. Shilliq qavatning «sezuvchanligi», vulva shilliq qavatining sianotik tusdaligi, koʻp miqdorining tiniq sekresiya estrogenlar miqdorini koʻpligidan dalolat beradi. Ginekologik bemorlarni bimanual va vaginal-rektal tekshiruvi (25.2-25.3-rasmlar) va koʻzguna yordamida qin va bachadon boʻynini tekshirish (25.4-rasm) asosiy usullardan biri hisoblanadi.



25.2 – rasm. Ginekologik kasallarni bimanual tekshiruv:

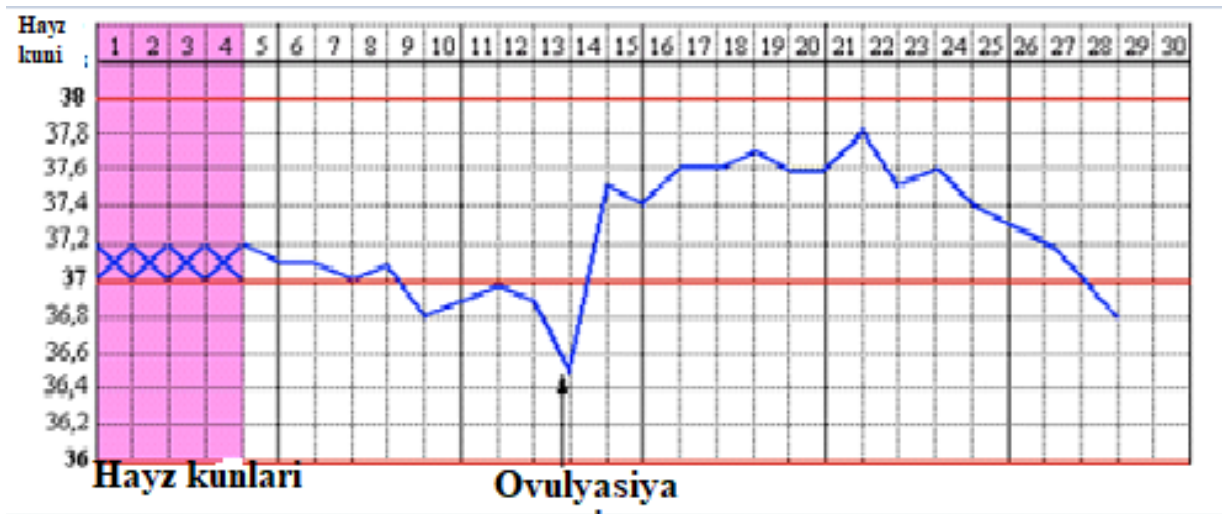


25.3-rasm. Ginekologik bemorlarni vaginal-rektal tekshiruv



25.4-Ko‘zgular yordamida bachadon bo‘ynini ko‘zdan kechirish.

Reproduktiv tizimning funksional holatini aniqlash uchun funksional diagnostik testlar (FDT), qin epiteliysi kariopiknotik indeksini sanash (KPI), «qorachiq fenomeni», bachadon boʻyni shilligʻi uziluvchanligini oʻlchash, bazal haroratni oʻlchashdan foydalaniladi.



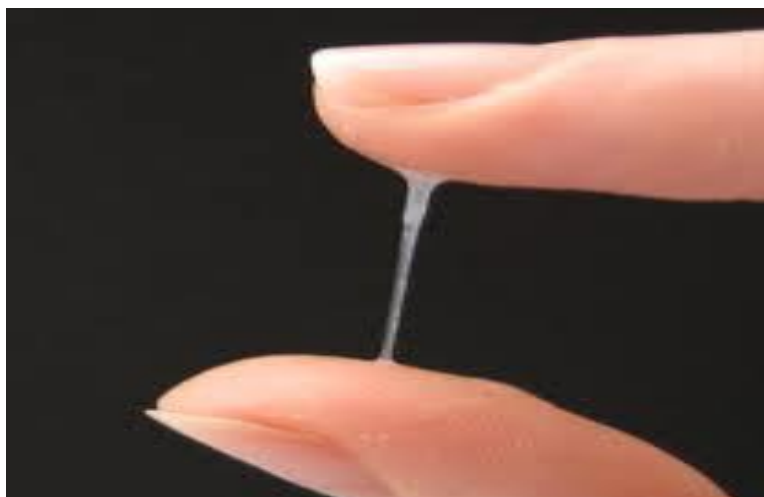
25.5-rasm. Normal xayz siklidagi bazal harorat grafigi



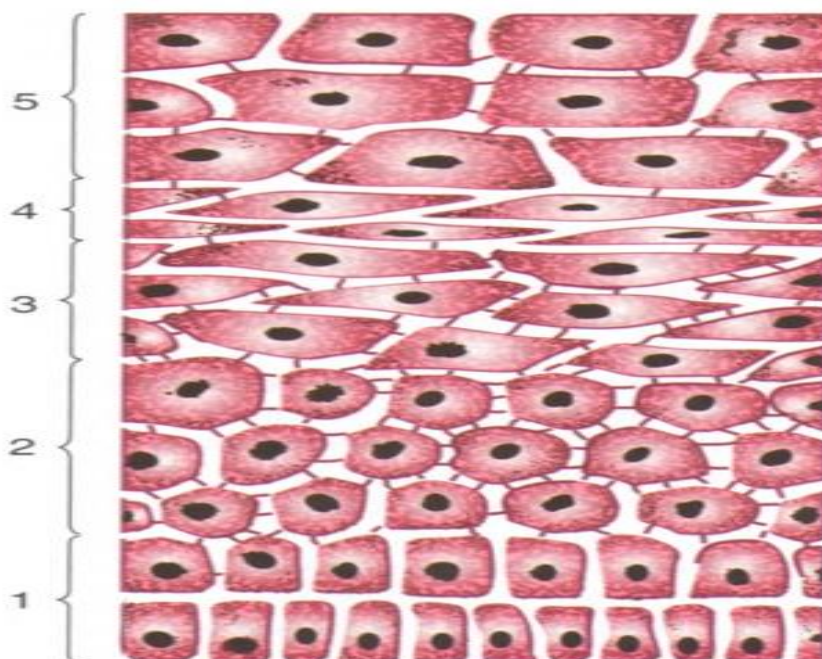
25.6-rasm. Qorachiq simptomi



25.7-rasm. Qirqbugʻim simptomi



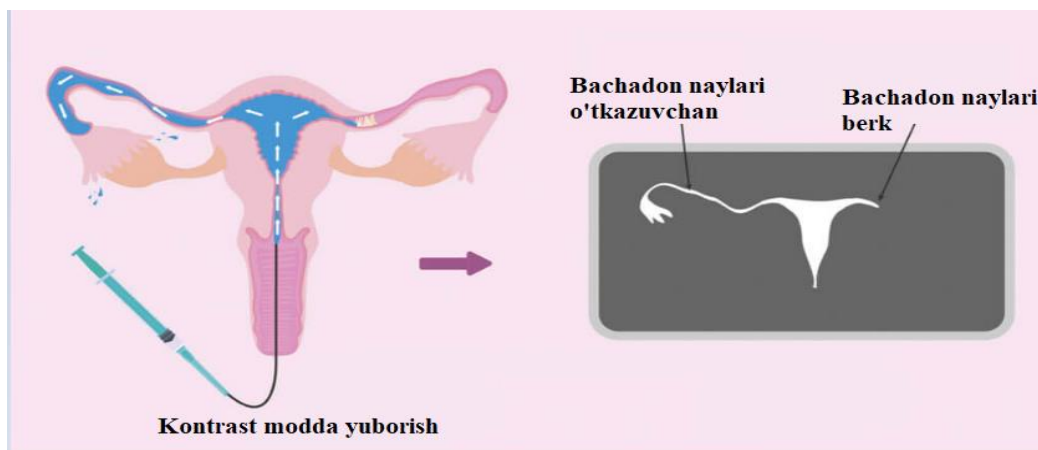
25.8-rasm. Shilliqni cho‘zilish simptomi



25.9-rasm. Kariopiknotik indeksni aniqlash: 1-bazal xujayralar; 2-parabazal xujayralar; 3-oraliq xujayralar; 4-navikulyar xujayralar; 5-yuzaki xujayralar

Zamonaviy ginekologik amaliyotda qon plazmasida oqsil (FSG, LG, prolaktin) va steroid gormonlarni (estradiol, testosteron, progesteron) ni aniqlash uchun immunoxemolyuminetsent tahlillar qo‘llaniladi. Qon va peshobda gormonlar hamda ularning metabolitlarini bir marta aniqlash kam ma‘lumot beradi. Bu tekshirishlarni funksional testlarni aniqlash bilan birgalikda qo‘llash reproduktiv tizim turli qismlarining funksional holatini va gipotalamus, gipofiz, buyrak usti bezlari, tuxumdonlar va endometriyning zahira imkoniyatlarini aniqlashga imkon beradi.

Ginekologik amaliyotda gistersalpingografiya (GSG) (25.10-rasm)



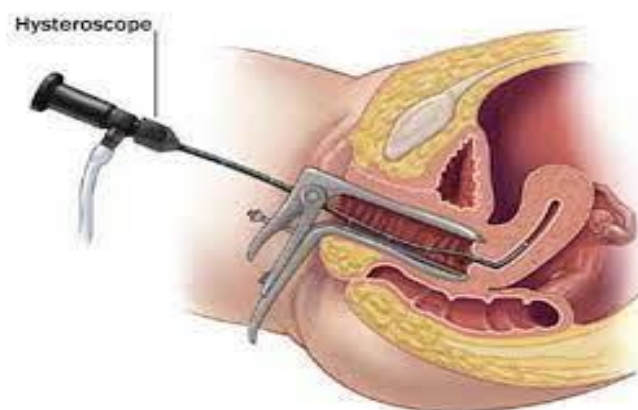
25.10-rasm. Gistersalpingografiyada bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlash

Shular bilan bir qatorda, endoskopik usullardan kolposkopiya keng qo'llaniladi. Bu usul bachadon bo'yni qin qismini, qin va vulva devorlarini sinchiklab tekshirishga yordam beradi.



25.11-rasm. Kolposkopiya

Gisteroskopiya-bachadon ichi patologiyasini aniqlashga imkoniyat berib bu usulning asosiy afzalliklaridan biri sanaladi.



25.12. Gisteroskopiya

Laparoskopiya-kichik chanoq va qorin bo'shlig'i a'zolarini pnevmoperitoneum fonida ko'zdan kechirishdan iborat. Qorin bo'shlig'i SO₂, yoki havo yuborib tekshiriladi. Laparoskopiya tekshiruvi yordamida bachadon ortiqlari va appendiksdagi yallig'lanish jarayonlarini farqlash, o'tkir qorin simptomi sabablarini aniqlash mumkin.



25.13-rasm.Laparoskopiya

Ultratovush bilan (UTT) noinvaziv asboblardan yordamida tekshirish usuli bo'lib, bachadon kasalliklari va o'smalari, bachadon ortiqlari xastaliklarini, bachadonning rivojlanish nuqsonlarini aniqlashga imkon beradi. Diagnostika asboblarning so'nggi modellari yuksak samara beradigan xususiyatga ega bo'lib, follikullar o'sishi, ovulyatsiya ro'y berishini kuzatadigan, endometriy qalinligini qayd etadigan, uning giperplaziyasi va poliplarini aniqlab beradi.

25.2.Normal hayz sikli

Hayz (oy ko'rish) deb, ayollarning bachadonidan muntazam ravishda qon kelishiga aytiladi. Hayz balog'atga yetish jarayonining dastlabki oylarida 12-15 yoshlar orasida kuzatiladi. Qizlar 16-17 yoshda to'liq balog'at yoshiga yetadilar. 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 ishqorli reaksiyali, qo'ng'ir rangda, shilliq aralash bo'lib, unda ivish jarayoni kam 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 30-35 kun davom qiladi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizimida turli o'zgarishlar kuzatiladi.

Hayz sikli fiziologik jaren bo'lib,oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi.Xozirgi tushunchalarga asosan hayz siklini 5ta zveno boshqaradi :1)bosh miya pustlog'i; 2)gipotalamus; 3)gipofiz; 4)tuxumdonlar; 5) bachadon.

Birinchi boskichga bosh miya pustlog'i va ekstragipotamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokamp, bodomsimon tana) kiradi.

Bosh miya po'stlog'i – hayz siklini boshkarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orkali tashkaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz siklida ishtirok etuvchi bo'limlariga uzatiladi.

Tajriba va klinik kuzatuvlarshuni ko'rsatdiki, asabiy xolatlarda jinsiy a'zo tizimlarida bir kator o'zgarishlar bo'lib, hayz siklini xolati va tartibi izdan chiqadi. Bosh miya po'stlog'ini xayoz siklini boshqarishdagi ishtiroki unda balog'at yoshiga yetgan qizlar bosh miya po'stlog'ida jinsiy dominantaning shakllanganligi bilan ham tushuntirish mumkin.

Ikkinchi bosqichi – gipotalamus, oralik miyaning bo'limi bo'lib,bir qator utkazuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli, bosh miyaning turli bulimlari bilan bogliq buladi. Shunga ko'ra u markaziy nerv tizimining hayz siklini boshqarishda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof muhitdan uzatiladigan impulslarning bir-biri bilan muloqat qilinishini ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda u ichki sekresiya bezlarning faoliyatida ham ishtirok etadi.Gipotalamusda stimullovchi (liberinlar) va bloqlovchi (statinlar) gormonlar ishlab chiqariladi. Shular qatorida 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 sekresiya ta'sirida nazorat kilinadi. Gipofizning oldingi bulagi adenogipofiz, orka bo'lagi esa neyrogipofiz deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormonlar ishlab chiqiladi:follikulning yetilishini ta'minlovchi(FSG), sariq tananing taraqqietini ta'minlaydigan(LG), 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 bezi.)

Tuxumdon jinsiy bez bo'lib ikkita asosiy vazifani bajaradi. Bulardan: 1)follikulalarninig siklik ravishda taraqqiyoti, ovulyatsiyasi yetishgan tuxum hujayrasining ajralishi. 2) tuxumdon ikki hil jinsiy gormon: estrogen va

progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashkari kisman erkaklar gormoni – testosteron ham ishlab chiqariladi.

Tuxumdonda dastlab follikula yetila boradi bu jarayonga FSG va LG gormonlarining reflektor ta'siri va follikula devoriga proteolitik fermentlarning ta'sirida follikula qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni ovulyatsiya vujudga keladi.

Demak birlamchi follikula 3ta: regeneratsiya, yetilish va ovulyatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulning eng yetilgan, yorilishga tayyorlangan xolatini Graaf pufakchalari deb ataladi va shundan keyin ovulyatsiya ruy beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikul urnida yangi tana, ya'ni sarik tana vujudga keladi. Sarik tananing shakllanishi va tarakkiy etish jarayonida donador xujayralar kupayadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi, natijada sarik tana vujudga keladi.

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

Hayz siklida bachadon shilliq qavatidagi o'zgarishlar.

Hayz qoni to'xtab bachadon shilliq qavatida qayta tiklanish ya'ni regeneratsiya jarayoni boshlanadi.

Bachadon shilliq qavati –endometriy 2 qavatdan: bazal va funksional qavatlardan 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 fagotsitoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga *regeneratsiya* boshlanadi, shu bilan 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 sekresiya ajralishning 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'linadi.

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, spongioz va bazal qismlarga bo'linadi. Sekretor fazaning oxirini hayz ko'rish oldi, homiladorlikning boshlanish oldi deb hisoblasa 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 1 yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuladan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi. Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi.

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

Ko'p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyadan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan 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'rsatadiki, agar gipofiz bezini olib tashlansa, follikullar taraqqiyoti to'xtab sariq tana vujudga kelmaydi. Bunday, gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma'lum bo'ladi. Shunday qilib, spesifik bo'lmagan gonadotrop gormoni tuxumdonning spesifik jinsiy gormonlari - esterogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta'minlar ekan.

Ba'zi ayollarda hayz sikli ovulyatsiyasiz kechadi. Buni ovulyatsiyasiz sikl deyiladi. Ovulyatsiyani aniqlashda turli ginekologik tekshirishlardan tashqari, bachadon shilliq qavati qirib olinganda unda sekresiya chiqarish fazasi bo'lmay, faqat proliferatsiya fazasi ko'rinsa, bu holat ovulyatsiya bo'lmaganiga dalil bo'la oladi. Bunday holatda ayollar homilador bo'la olmaydilar. Bundan tashqari, bir qator ginekologik tekshirishlar to'g'ri ichak harorati (bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'ynidan ajralgan shilliqning cho'ziluvchanligi, kristallga aylanishi va boshqalar) yordamida ham tuxumdon faoliyati aniqlanadi.

25.3. Hayz siklining buzilishi. amenoreya.

Xayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p. Kasallik polietiologikdir. Ayrim sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruxiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy azolardagi o'smalar va hokazo. Etiologik omillar ichida ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Virusli gepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan o'zgarishlar ro'y berib qolmay, balki gipotalamusda ham xuddi shunga o'xshash o'zgarishlar yuz berishi kuzatilgan. Endogen va ekzogen omillar xayz siklini boshqaruvchi gipotalamus –gipofiz –tuxumdon sistemasining turli qismlariga tasir kursatishi oqibatida anomal qon ketishi ro'y berishi mumkin. Fiziologik xolatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir. V.T. Vogralik (1973)ning izohlashicha, organizmdagi gormonal sistema faoliyatini boshqarishning buzilishiga quyidagi holatlar sabab bo'ladi:

1. Endokrin bezlardan birining neyro- gormonal (gipotalamus –gipofiz) omillar tasirida faoliyati buziladi .
2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining yetarli bo'lmasligi.
3. Ayrim malum bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulyatsiyasining yetarli bo'lmasligi.
4. Biron bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi.
5. Gormonlarning tasir qilish sharoitining buzilishi .
6. Ba'zi bir gormonlarning ta'sir qilish faoligining buzilishi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi

Hayz sikli buzilishining quyidagicha turlari mavjud:

1. Amenoreya –6 oy mobaynida xayz sikli bo'lmasligi
2. Davriy o'zgarishlari .

Hayz kuchi va davomiyligining «+» belgisi ostida o'zgarishi

- a) gipermenoreya - hayz qonining ko'p miqdorda kelishi.
- b) polimenoreya - hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi.
- v) giperpolimenoreya - uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya)
 - «-» belgisi ostida
 - a) gipomenoreya - hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi.

b) oligomenoreya - hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo‘ladi.

v) gipopolimenoreya - qisqa muddat va kam miqdorda qon kelishi.

Hayz tipi va ritmi bo‘yicha o‘zgarishlar

I. Turi

a) opsomenoreya-hayzning juda kam bo‘lishi (6-8 haftada 1 marta)

b) sponiomenoreya-hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9-4 marta)

v) proyomenoreya-qisqargan hayz siklining tez-tez bo‘lishi (2/3-1,5-2 haftada).

II. Anovulyator anomal qon ketish

- anovulyatsiya bo‘lgan proliferatsiya fazasi estrogen ko‘pligi sababli uzoq vaqt davom etadi, estrogen kamayishi bachadondan qon ketishiga olib keladi.

III. Algodismenoreya - hayzning og‘riqli bo‘lishi bilan.

a) algomenoreya - hayz vaqtida jinsiy a‘zolarida og‘riq paydo bo‘ladi

b) dismenoreya - hayz davrida organizmdagi turli o‘zgarishlari (bosh og‘rig‘i, ishtaha buzilishi, ko‘ngil aynishi).

v) algodismenoreya - umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. Bachadondan atsiklik qon ketishi

- metrorragiya - hayzga bog‘liq bo‘lmagan qon ketishi.

Amenoreya

6 oy davomida hayz bo‘lmasligi mustaqil kasallik bo‘lmasdan bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi (18-rasm). Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

1. Soxta amenoreya – tuxumdon va boshqa a‘zolarida o‘zgarishlar bo‘lib, bu xil amenoreya ko‘pincha mahalliy sabablarga bog‘lik: qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo‘yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qon qinga, bachadon bo‘yniga va naylarga to‘planib qoladi.

2. Chin amenoreya - hayz sikli boshqaruvining 5 halqasidan birida sezilarli o‘zgarishlar bo‘lganda yuzaga keladi va shunga bog‘liq holda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi va hayz ko‘rilmaydi.

3. Fiziologik amenoreya – bu holda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar sababli hayz bo‘lmaydi:

- bolalik davrida,
- homiladorlik davrida,
- laktatsiya davrida,

- menopauza davrida.

4. Patologik amenoreya – ayol organizmida kechayotgan patologik holatlarda hayzning bo‘lmasligi.

- Birlamchi – hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi
- Ikkilamchi – hayzning avvaliga kelib, so‘ngra ayrim sabablarga ko‘ra to‘xtab qolishi. Bizga ma‘lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 halqa ishtirok etadi: po‘stloq-gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon. Mana shu halqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari bo‘ladi:

- Gipotalamik amenoreya;
- Gipofizar amenoreya;
- Tuxumdon amenoreyasi;
- Bachadon amenoreyasi.

Amenoreya sabablari

- gormonal buzilishlar – tuxumdon, gipofiz va boshqa a‘zollarning zararlanishi tufayli yuzaga keladi;

- MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o‘smalari meningoensefalit, ruhiy travma);

- o‘tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar;
- surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyohvandlik);
- alimentar omillar – ochlik, kamqonlik, semizlik;
- ekstragenital kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;
- bachadon kasalliklari. Endometrit.

Aytilgan sabablarning deyarli barchasi amenoreyaga olib keladi va asosiy kasallikning yakuniy natijasi ko‘rinishida bo‘ladi.

MNSning organik shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan-kam hollarda yuz beradi. Asosiy sabablari: miya o‘smalari, surunkali meningo-ensefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik ensefalit.

Psixogen amenoreya ham uchrab, u qattiq hayajonlanish (stress), ruhiy va fiziologik charchash tufayli ham yuzaga keladi.

Gipotalamik amenoreya, bunda asosan miyaning do‘nglik osti soxasida patologik o‘zgarishlar bo‘ladi. Sababi – ruhiy travma, ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar.

Gipotalamik amenoreya ko‘pincha funksional tabiatli bo‘ladi.

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;;
- «soxta homiladorlik»;
- «asabdan bo‘ladigan» anoreksiya; (ruxiy anoreksiya)
- turli infeksiyon kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga kelgan amenoreya

Klinikasi:

Gipotalamik amenoreya paydo bo‘lishidan avval quyidagi o‘zgarishlar kuzatiladi :

- vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AQB asimmetriyasi;
- hushdan ketish holatlari;
- yurak aritmiyasi;
- keyinchalik esa yog‘ va suv-tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

Diagnostika

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar (19-rasm).
2. Qin surtmasida estrogenning to‘yinishi kamaygan.
3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yo‘qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.
4. Diagnostik maqsadda, o‘smanni inkor etish uchun bosh miya turk egari sohasi rentgenografiya qilinadi,
5. Jinsiy gormonlarning ekskresiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Uni 2 guruhga bo‘lish mumkin.

1. Adenogipofiz to‘qimasining nekrotik o‘zgarishi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Shixan sindromi – tug‘ruqdan keyingi gipopituitarizm;
 - Simmonds kasalligi - gipofizar kaxeksiya.
2. Gipofiz o‘smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:
 - Itsenko-Kushing kasalligi;
 - Akromegaliya.

3. Adipozogenital distrofiya – homiladorlikdagi toksoplazmoz, yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksiyon kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda kuzatiladigan belgilar: semizlik, suyaklardagi nuqsonlar, jinsiy a‘zolar gipoplaziyasi, amenoreya.

4. Laurens-Munn-Bidl sindromida yuqoridagi belgilar kuzatiladi, bundan tashqari, pakanalik va bir qancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi.

5. Xende-Myuller-Krischen kasalligi – bu ham gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, qandsiz diabet, endoofalmoz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi asosan genetik o‘zgarishlar bilan bog‘liq va tuxumdon faoliyatining o‘zgarishi tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining turlari:

1. Gonadalar disgeneziyasi.
2. Testikulyar feminizatsiya.
3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

Gonadalar disgeneziyasi (Turner-Shereshevskiy sindromi) – tuxumdon to‘qimasining birlamchi tug‘ma rivojlanmasligi. Xromosomalar to‘liq emas –

45 X0 bo‘ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a‘zolar rivojlanmagan, ayolning bo‘yi past, suyaklar osteoporozi va boshqalar kuzatiladi.

Testikulyar feminizatsiya - ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o‘zgargan, erkaklar gonadasi ko‘p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi. Klinik belgilari: tashqi jinsiy a‘zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqlari ba‘zan bo‘lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepushtlik. Bu holda gonadalarning «xavfli» o‘smaga aylanish xavfi bor.

Tuxumdonlarning birlamchi gipofunksiyasi. Follikulyar apparatning shikastlanishi homilaning ona qornidagi davrida (toksikozlar, homiladorlik asoratlari, tuberkulyoz va boshqalar), turli o‘smalarning mavjudligi tufayli bo‘lishi mumkin. Bu umumiy yoki jinsiy infantillikka olib keladi: bo‘ychanlik, bachadon bo‘yni konussimon, bachadon giperantifleksiyasi, chanoq torligi. Gipofizning gonadotrop gormonlar ishlab chiqarishi kuchaygan.

Tuxumdon amenoreyasi yana quyidagi sababalardan paydo bo‘ladi:

- vaqtdan ilgari tuxumdon yetishmovchiligi;
- tuxumdonlar sklerokistozi; (20-rasm)
- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o‘smalari tufayli yuzaga kelgan amenoreya;
- kastratsiya (bichish)dan keyingi sindrom.

Bachadon amenoreyasi:

- bachadon jarrohlik yo‘li bilan olib tashlanganda;
- sil tufayli yuzaga kelgan endometrit;
- bachadon endometriyiga kimyoviy vositlarning ta‘siri tufayli yuzaga kelgan amenoreya (yod, spirt, radioaktiv kobalt).

Klinikasi: umumiy holsizlik, serjahllik, tez yig‘lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og‘riq, terlash, boshning tez-tez og‘rishi va boshqalar.

Davolash

Davolash asosan etiologik, ya‘ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo‘lishi kerak. Dam olishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish, ratsional ovqatlanish, vaqtida dam olish, uxlash, jismoniy mashqlar qilish, iqlimni o‘zgartirish ayniqsa maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, ionogalvanizatsiya, sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, darmondorilar: A, Ye, S, V guruhidagi vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a‘zolarining yetishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar. Shixan sindromi, Simmonds kasalligida o‘rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glyukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal terapiyadan foydalaniladi. Sil tufayli yuzaga kelgan amenoreya bo‘lsa, spesifik davolash usullari qo‘llaniladi.

Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasida (tug'ma adrenogenital sindrom) po'stloq qismidagi fermentlar yetishmasligi tufayli kortizol sintezi buziladi.

Gipotireoz (triogen nanizm) bo'ying o'smasligi, aqliy jihatdan orqada qolish, suyakdagi o'zgarishlar, amenoreya, jinsiy rivojlanishning kechikishi va boshqalar.

Anovulyator qon ketishi

1. Qisqa muddatda follikullar yorilmay qolib, mayda kistachalarga aylanganda.

2. Follikullar uzoq muddat davomida yorilmay, mayda kistachalarga aylanganda.

3. Yetilmagan follikulning atreziyasi (yorilmay qolishi) yoki kistachaga aylanib qolishi.

Anovulyator anomal qon ketishi, hayzning to'xtab qolishi (7-8 haftagacha), bachadondan qon ketishi bilan xarakterlanadi. Hayz to'xtab qolgandan keyingi qon ketishi turli miqdorda, tezlikda va turli muddatlarda davom etaveradi. Anomal qon ketishi jinsiy rivojlanish davrida vujudga kelib, unda ham qon ketib, qizlarda hatto kamqonlik kasalligini keltirib chiqaradi. O'smirlik (yuvencil) yoshdagi anomal qon ketishi ancha erta boshlanadi. Shunga ko'ra, bachadondan anomal qon ketishi yuz bergan qizlarning rivojlanish davri sog'lom qizlardan jismoniy, jinsiy jihatdan ancha farq qiladi (bachadon va tuxumdun gipoplaziyasi kuzatilishi mumkin).

Algodismenoreya - hayzning og'riqli va sikli buzilib kelishi. Qorin pastida dardsimon og'riqlar kuzatiladi, bel sohasida ham og'riqlar, umumiy holsizlik bo'ladi.

Algomenoreya bo'lishi ham mumkin. Birlamchi (funksional) algomenoreya – ichki a'zolarining anatomik o'zgarishlari bilan bog'liq emas. Ikkilamchi algomenoreya – kichik chanoqdagi a'zolarining patologik o'zgarishlari bilan bog'liq. Ikkilamchi algomenoreya sabablari quyidagilar: endometrioz, ichki jinsiy a'zolar anomaliyasi, surunkali yallig'lanish kasalliklari va boshqalar.

Birlamchi algomenoreya yosh ayollarda va qizlarda uchraydi. Ko'pincha menarxe boshlangach 1-1,5 yildan keyin uchraydi.

DAVOLASH: Ibuprofen, indometatsin tabletkasi hayz boshlanishidan 2-3 kun oldin ichiladi. Bu dorilar 3-4 oy davomida ichiladi. Kindik sohasiga elektroforez qo'llaniladi. Sintetik progestinlar, regividon, mikroginon tavsiya etiladi. Vitamin Ye 5-10% - 1,0 №10, igna bilan davolash usuli qo'llaniladi.

Atsiklik qon ketishi ko'proq menopauza va reproduktiv davrlarida o'chrab, asosan bachadon rakining belgisidir.

Hayz sikli buzilganda qo'llaniladigan tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratni o'lchash.

2. Bachadon bo‘yini shillig‘ini siklik o‘zgarishlarini aniqlash («paporotnik» va «ko‘z qorachig‘i» belgilari).
3. Gormonal kolpotsitologiya.
4. Endometriy biopsiyasi.
5. Estrogenlar va ularning metabolitlarini tekshirish.
6. Siydikdagi pregnandionni tekshirish va gonadotrop gormonlarni aniqlash.

25.3.BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHI (BAQK)

Bachadondan anomal qon ketishi deb, ayol jinsiy a‘zolarida organik o‘zgarishlar bo‘lmay, balki tuxumdonlar gormonal faoliyatining buzilishi, gonadotrop gormonlar ishlashining buzilishi tufayli yuzaga kelgan jarayonga aytiladi. Bu holatda endometriyda doimo morfologik o‘zgarishlar kuzatiladi. BAQK ginekologik kasalliklarning 10 – 15 % ni tashkil etadi va turli yoshdagi ayollarda, xatto qizlarda yuvenil qon ketishi, tug‘ruq yoshidagi ayollarda, menopauzadan oldin va klimakterik yoshda xam kuzatiladi.

Ayol organizmida hayz siklining kechishi juda murakkab biologik hodisa bo‘lib, uning asosida bosh miya po‘stloq qismi - gipotalamus – gipofiz – tuxumdon – bachadon sistemasining bir – biriga ta‘siri natijasidagi jarayon yotadi. Bu 5 ta halqa o‘zaro bog‘langan bo‘lib, ulardan biri tushib qolganida xayz siklining buzilishi kuzatiladi. Hayz sikli buzilishining ko‘rinishlaridan biri bachadondan anomal qon ketishidir.

BAQK yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

1. Markaziy nerv sistemasining buzilishi – asab zo‘riqishi, stress omillari, aqliy va jismoniy zo‘riqish, jarohatlanish.
2. O‘tkir va surunkali infeksiyalar (gripp, surunkali tonzillit, revmatizm, sil).
3. Jinsiy a‘zolarining surunkali yallig‘lanish jarayonlari.
4. Ichki sekresiya bezlari xastaliklari.
5. Ba‘zi dorilarni muntazam ichish oqibatida (neyroleptiklar).

BAQK asosan ayollarning 3 davrida, balog‘atga yetganda, 20-25% xollarda «etilish» davrida va klimakterik davrida, ya‘ni organizmning « so‘nish» davrida 50-60% xollarda uchraydi.

Yuqorida ko‘rsatilgan omillar ta‘sirida bir-biri bilan uzviy bog‘langan halqalardan birining funksional o‘zgarishi kuzatiladi, bu esa o‘z navbatida tuxumdonlar faoliyatining buzilishiga olib keladi:

- a) Ovulyatsiya buzilishiga .
 - b) Sariq tana rivojlanishi II fazasining va proGESTeron ishlab chiqarishning boshlanmasligi.
 - v) Ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta‘sir etishi.
- Shu o‘zgarishlarga ko‘ra BAQK ni quyidagicha tasniflash mumkin:

BAQK TASNIFI:

1. Anovulyator qon ketishi:
 - a) follikullar atreziyasi tipida.
 - b) follikullar persistensiyasi tipida.
 2. Ovulyator qon ketishi:
 - a) Follikulin fazasining qisqarishi.
 - b) Lyutein fazasining uzayishi.
 - v) Lyutein fazasining qisqarishi.
- Ayollarni yoshga qarab tasniflash:
1. Yuvenil qon ketishi.
 2. Tugʻruq yoshidagi ayollarda DKK
 3. Klimakterik premenopauzada qon ketishi.

Follikul yetilishining buzilishi 2 tipda kuzatiladi.

Follikulning uzoq persistensiyasi – yetilgan 1-2 katta follikul bir qancha vaqtgacha yorilmasdan turadi va estrogenning aktiv fraksiyalarini chiqara boshlaydi. Organizmda estrogen gormonlar darajasining yuqoriligi aniqlanadi. Bu gormonlar taʼsirida bachadonda nafaqat proliferatsiya jarayoni, balki giperplaziya, polipoz, kistoz holatlari ham kuzatiladi. Boshqa aʼzo va sistemalarda xam oʻzgrishlar kuzatiladi. Bu holat koʻpincha tugʻruq yoshidagi ayollarda koʻproq kuzatiladi.

Follikulning atreziya holati – bunda follikul yetilishi oxiriga yetmay, balki kichik yoki katta follikul darajasida toʻxtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi.

Giperplaziyaga uchragan endometriyda qon tomirlarining oʻsib ketishi va kengayishi kuzatiladi. Estrogenlarning doimiy taʼsirida qon tomirlar yupqalashib, moʻrt boʻlib qoladi, ularning tonusi oʻzgarib, qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qon talash xolatlari va bu yerda nekrozlarni yuzaga keltiradi. Nekrozlar uzilib qon ketishiga sabab boʻladi. qon ketish holatlari koʻpincha hayz siklining buzilishi, hayzning toʻxtab qolishidan yuzaga keladi. qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistensiya holatini aniqlash mumkin.

Persistensiya holatida qon ketishi koʻproq, lekin qisqa vaqt ichida kuzatiladi, follikul atreziyasida esa - kamroq qon ketib, uzoq vaqtgacha choʻzilishi kuzatiladi. Har ikkala holatda ham qon ketishi ayolni kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin.

BAQK ni diagnozlash.

Bachadondan anomal qon ketgan ayollarda umumiy koʻrinish oʻzgarmaydi, koʻpincha ayolda hayz 2-3 oy toʻxtab, keyin biroz qon surkala

boshlaydi, keyin kuchayib ketadi. Qon ketishi hayz muddatidan o'tgach boshlanadi.

Qin yoki ichak-qin orqali tekshirilganda bachadonning biroz kattalashganligi, sharsimon va yumshoqlanganligi aniqlanadi. Follikulning qaysi tipda o'zgarganligini aniqlash uchun funksional diagnostika testlari qo'llaniladi.

Funksional diagnostika testlari.

1. Follikulalar persistensiyasiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal xarorat
- «qorachiq» simptomi +++ yoki ++++
- yuqori darajali KPI – 50 – 70 %
- qin surtmasi tipi III - IV jada bo'ladi

2. Follikullar atreziyasi tufayli qon ketishiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal harorat
- uzoq vaqtgacha kuzatiluvchi «qorachiq» simptomi + yoki ++
- KPI – 15 – 25%.

Diagnoz qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

- 1) aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari).
- 2) umumiy va qin orqali bimanual tekshirish.
- 3) gisteroskopiya
- 4) exoskopiya
- 5) endometriyani tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirish metodi, endometriy aspiratsiyasi).
- 6) qon analizi.
 - a) qonda XG ni aniqlash
 - b) trombositlar miqdorini aniqlash.
 - v) leykotsitlar formulasini aniqlash.
- 7) gormonlar miqdorini tekshirish usullari
- 8) funksional diagnostika testlari.

Yakuniy diagnoz endometriyani gistologik tekshirish natijalari olingandan keyin (bezli – kistali giperplaziya) qo'yiladi.

BAQKni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy diagnostiklash mumkin:

- qon kasalliklari bilan: gemorragik diatez, trombositopeniya, gemofiliya.

- bachadon miomasi
- tuxumdonlar o'smalari
- polipozlar
- rak kasalliklari (bachadon tanasi va bo'yni raki)
- plasentar polip
- adenokarsinoma
- homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashi, abortlar
- bachadondan tashqari homiladorlik

- adenomioz va boshqalar.

BAQKni davolash.

Bemorning yoshi, kasallikning kelib chiqish sabablari, patogenezi va boshqa a'zolar faoliyatining izdan chiqqanlik darajasini xisobga olib, har taraflama kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Davolashning asosiy tamoyillari: bemorning umumiy ahvolini yaxshilash, qon ketishini to'xtatish, uning takrorlanishining oldini olish, tuxumdon faoliyatini va gipotalamo-gipofiz-tuxumdon-bachadonning o'zaro buzilgan munosabatlarini tiklashdan iborat. Klimakterik davrda yoki menopauzaga yaqin bo'lganda tuxumdon faoliyatini sun'iy vositalar orqali so'ndirish masalasi qo'yiladi.

BAQK ni davolashda umumiy aholni yaxshilovchi, simptomatik davolash, gormonlarni qo'llash va jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Umumiy davolashda kasalga salbiy ta'sir etuvchi omillarni yo'qotish, aqliy va jismoniy jihatdan dam oldirish, bularni yo'lga qo'yishda preparatlardan: biopassit, notta va fizioterapevtik usullardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Masalan, endonazal elektroforez vitamin V1 bilan yoki elektroforez brom va kalsiy bilan Sherbak yoqasi ko'rinishida qo'yiladi. Bachadon bo'ynini elektrostimullash usullaridan bachadon-gipofiz refleksini qo'zg'atishga yordam beradi.

Simptomatik davolash – bachadonni qisqartiruvchi vositalarni qo'llash (oksitotsin va boshqalar), qon to'xtatuvchi vositalar (trenaksa, vikasiol, ditsinon), kamqonlikka qarshi vositalar (gemofer, tardiferon, ferrum–lek tabletkalari), vitaminlar (S,E,V guruxi, duokaps) qo'llaniladi. O'simliklardan tayyorlangan mastodinon, remens, persen dorilarini ham tavsiya etish mumkin.

Davolashning asosini gormonlar yordamida davolash tashkil etadi va u ikki xil xususiyatga ega – gemostatik va tuxumdonlar faoliyatini tartibga solish.

Gormonal gemostaz – yosh qizlarda va tug'ish yoshidagi ayollarda qon ketishini to'xtatish maqsadida qo'llaniladi (ko'pincha bachadonni diagnostik qirish usulidan keyin).

1. Estrogenlarni qo'llash. Qon to'xtatish maqsadida follikulyar gormon ishlatilib u bachadon shilliq qavati regeneratsiyasini tezlashtiradi. Gipofizda FSGning ortiqcha ishlab chiqarishini kamaytirib, FSG va LGlarning o'zaro munosabatini normallashtiradi. Estrogenlar 3-4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi. Novinet, Logest, janin regulon nomli dorilardan biri har soatda 1 tabletkadan 4-5 marta qon to'xtaguncha ichish tavsiya etiladi. Keyingi kunlari 4ta-3ta-2ta va 1 tabletkaga tushgach uzlukusiz 2-3 oy ichadi.

Hayzi 2-3 oy davomida kelmay ketgan ayollarda esa gormonal kyuretaj o'tkaziladi. Bunda gestagen saqlovchi preparatlardan progesteron 1% ukoli 1.0ml.dan har kuni 7 kun davomida m/o yuboriladi yoki dyufaston tabletkasi

1 tabletkadan kuniga 1 mahaldan 10 kun davomida ichish tavsiya etiladi. Ushbu dorilar bachadon endometriy qavatini ko'chirishiga olib kelib xayzsimon reaksiya chaqiradi.

SIKLIK GORMONAL TERAPIYA follikullar atreziyasi kuzatilganda va estrogenlar yetishmovchiligida hamma yoshdagi ayollarda qo'llaniladi.

Agar qon ketishi ko'p bulsa hamda UTTda ko'rganda endometriy qavatining qalinligi 1.5sm.dan oshsa unda davolash va diagnostik maqsadida bachadon ichi va bachadon bo'ynini aloxida-aloxida qilib qirib olingan qirindini gistologik tekshirib undan keladigan javobni e'tiborga olgan holda sintetik progesteronlar guruxiga kiruvchi tabletkalardan yoki yoshi 35 yoshdan katta ayollarga gestagen saqlovchi dorilarni 2-3 oy davomida uzluksiz ichilishi tavsiya qilinadi.

Klimakterik davrda, 48–50 yoshdan keyin yuzaga kelgan BAQKda tuxumdonlar faoliyatini to'xtatish, androgenlarni qo'llash yo'li bilan olib boriladi. Bu maqsadda testenat, omnadren yoki sustanon-250 nomli androgen saqlovchi ukollardan oyiga 1ta in'eksiyadan har oyda bir sanada qilish tavsiya etiladi. Androgenlarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: gipertrixoz, gipertoniya kasalligi, jigar xastaliklari.

Bachadondan anomal qon ketganda qo'llaniladigan zarur choralardan biri bachadon bo'shlig'ini diagnostika maqsadida qirishdir. Bunda nafaqat diagnoz qo'yish, balki qon ketishini to'xtatishga ham erishiladi. Bu metodni qo'llash yosh qizlarda oxirgi chora bo'lsa, 30-40 yoshdagi ayollarda birinchi bo'lib qo'llaniladigan choradir. Agar gistologik tekshiruvda rak oldi xolatlari kuzatilsa (atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar proliferatsiya bilan) unda jarrohlik usulini qo'llash zarur.

Jarrohlik usulini qo'llashga ko'rsatmalar:

1. Adenokarsinoma.
2. Adenomatoz yoki endometriyning atipik giperplaziyasi .
3. Atipik giperplaziya mioma bilan qo'shib kelsa, yoki tuxumdonlar kattalashgan bo'lsa.
4. Takrorlanuvchi endometriyning bez - kistozli giperplaziyasi .
5. Qo'llanilgan davolash choralaridan foyda bo'lmasa va qon ketish hayot uchun xavf tug'dirsa.

Katta yoshdagi ayollarda – klimakterik qon ketishi kuzatilganda bachadon endometriysini kirish usulidan keyin tarkibida estrogen bo'lgan preparatlar tavsiya etilmaydi, chunki ular yurak - tomirlar faoliyatini, jigarining surunkali xastaliklarini, o't pufagi kasalliklarini qo'zg'atishi, qon bosimini ko'tarishi, giperxolesterinemiya, giperglikemiya holatlarini chaqirishi mumkin. Bu yoshdagi ayollarga toza gestogenlar va androgenlar tavsiya etiladi:

1. 17-OPK 125 - 250 mg bachadon qirishdan keyin 14, 17, 21 kun va 4-6 oy ichida hayzning shu kunlari yoki haftada 2 marta 6 oy davomida - 48 yoshdan oshgan ayollarga tavsiya etilib, hayz xolatini to'xtatadi.
2. Norkolyut 5-10 mg hayzning 5 dan 25 kunigacha 4 – 6 oy davomida.
3. Omnadren – 250 yoki Sustanon – 250 yoki Testenat 1 ml dan 1 oyda 1 marta 3-4 oy ichida, so'ng metiltestosteron 5-10 mg dan til ostiga 1-2 oy davomida ichiladi.
4. Keyingi yillarda 40 yoshdan boshlab sof GESTogenlardan: norkolut, dyufaston yoki utrojestan keng qo'llanilmoqda.
5. Gormonal davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, u holatda gomeopatik dori vositalaridan remens tavsiya qilinadi, ba'zan rentgen kastratsiyani qo'llash mumkin.

BAQK PROFILAKTIKASI.

Bachadondan anomal qon ketishining oldini olish choralari juda muhim va ko'p qirralidir:

- barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash
- qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog'lomlashtirish ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullantirish, to'g'ri ovqatlantirish, o'qish, dam olish.
- Jinsiy hayot gigienasiga rioya kilish va boshqalar.

BAQKning oldini olish, o'z vaqtida to'g'ri davolash, keyinchalik turli onkologik kasalliklarni oldini olish.

YuVENIL YoShDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHI (YuQK).

Yuvenil yoshda bachadondan anomal qon ketishi balogat yoshiga yetgan qizlarda bachadondan atsiklik qon ketishi bo'lib, bu holat ginekologik kasalliklarning 10% ni tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezini.

Kasallik polietiologikdir, asosan o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar (angina, surunkali tonzillit, gripp, revmatizm, pnevmoniya), noto'g'ri ovqatlanish (gipovitaminozlar), ko'ngilsiz voqealar – ruhiy tavnalar, charchash hollari va boshqalar sabab bo'ladi. Bunda endogen va ekzogen omillar ontogenez davrida gipotalamus xujayralarining retseptor faoliyatiga ta'sir etishiga ko'ra uning markazining ta'sirchanligi oshadi. Gipotalamus buholda gipofizga to'liq ta'sir ko'rsata olmaydi, gonadotrop gormoni kam ajraladi. Bu o'z navbatida tuxumdonda follikullar yetilishiga ta'sir etib, anovulyatsiyani yuzaga keltiradi. YuQK da anovulyatsiyaning o'ziga xos turi, follikullar atreziyasi (yorilmay qolishi) yoki kistaga aylanib qolishi kuzatiladi.

Estrogenlar uzoq vaqt davomida, proGESTeron oz miqdorda ajraladi. Bu hol endometriyda proliferatsiya xolatini keltirib chiqaradi. Giperplaziya yuzaga kelib, bez–kistali o‘zgarishlar yuz beradi. Bu hol qon–tomirlar o‘zgarishiga, nekroz xolatiga va qon ketish holatini yuzaga keltiradi.

KLINIKASI. Ko‘p miqdorda, uzoq (7 kun va undan ko‘p) qon ketishi bilan xarakterlanadi. Ko‘pincha hayz sikli to‘xtab qolgandan keyin (1,5 – 6 oy) qon ketib, qizni kamqonlik kasaligiga olib kelishi mumkin.

Atsiklik qon ketishi menarxe vaqtidan boshlanishi yoki menarxedan 1,5 – 2 yil keyin, biron infeksiyon kasallikdan keyin, aqliy jismoniy charchash tufayli yuzaga keladi. 87% hollarda endometriyda giperplastik o‘zgarishlarni, adenomatoz va atipik giperplaziya xolatlarini ko‘rish mumkin, shifokor bunday holatlarga e‘tiborli bo‘lishi kerak.

YuQK klinikasi qancha miqdorda qon yo‘qotganligiga bog‘liq: tez charchash, xolsizlik, ishtaxaning yo‘qligi, bosh og‘rishi, yurakni vaqti vaqti bilan og‘rish hollari kuzatiladi. Qon analizida trombotsitlar miqdorining o‘zgarganligi, fibrinogen konsentratsiyasi pasayishi, qonning ivish qobiliyati pasayishi kuzatiladi.

YuQKda tekshirish usullari:

1. Bazal (to‘g‘ri ichak) haroratni o‘lchash.
2. UTT o‘tkazish.
3. To‘g‘ri ichak orqali tekshirish.
4. Umumiy qon va trombositlar sonini tekshirish.
5. Qonda proGESTeron miqdorini tekshirish.
6. Gonadotrop gormonlar (FSG, LG) konsentratsiyasini aniqlash.

DIFFERENSIAL DIAGNOZ.

Bachadondan anomal qon ketishi bir qancha boshqa kasalliklarda ham kuzatilib, uni differensial diagnostikasida quyidagi patologik holatlarni e‘tiborga olish kerak bo‘ladi:

1. Tuxumdonning granulyoz hujayrali va mezodermal o‘smalari, tekoma, disgerminoma.
2. Bachadon va qindagi xavfli o‘smalar (mioma, rak).
3. Jinsiy a‘zolar sili
4. Gemorragik diatez
5. Trombositopeniya (Verlgof kasalligi).
6. Gemofiliya S (qiz bolalarda X omilning yetishmasligi natijasida qonning ivishi ancha sust bo‘ladi).
7. Angiogemofiliya Villebrand – Yurgens kasalligi – bunda qon ivishida ishtirok etuvchi VIII omil bo‘lmagani uchun qon ketishi uzoq davom etadi.
8. Kapillyarlar toksik va allergik o‘zgarganda.
9. Bo‘qoq bezi, buyrak usti bezi, diensefal patologiya.

Davolash.

Bachadondan YuQKni davolash usullari shu patologik xolatni vujudga keltirgan sabablarni aniqlab, shu asosda davo choralarini qo'llashdan iborat. Bu har bir bemorni chuqur o'rganishni talab qiladi. Davolashni asosan ikki bosqichga bo'lish mumkin:

- qon ketishini to'xtatish;
- hayz siklini tartibga solish;

Agar kasalxonaga murojaat qilgan qiz bolada o'tkir kamqonlik belgilari kuzatilsa: arterial qon bosimi pasaygan, taxikardiya, xolsizlik, gemoglobin miqdori 70 g/litrdan past bo'lsa, gematokrit 20% - bu holda SZP 300-400 ml, ifezol va qon o'rnini bosuvchi eritmalar (stabizol, refortan) quyish zarur, keyin gormonal gemostaz usuli va siklik yoki sintetik proGESTin bilan terapiya o'tkaziladi.

XXVI-BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar ichida asosiy o'rinni egallaydi. So'nggi yillarda ko'proq yoshlarda, asosan 15-25 yoshda uchraydi, u uzoq vaqt kechishiga olib kelib, yallig'lanish kasalliklari og'riq sindromini, bachadonni noto'g'ri joylashishi, hayz buzilishini, jinsiy va generativ funksiyaning buzilishi bilan kechadi. Hozirgi paytda yallig'lanish kasalliklarining klinikasi va strukturasi o'zgarib bormoqda, birlamchi parametrit va pelvioperitonit miqdori pasayib surunkali salpingooforit uchrashi ko'payib bormoqda.

Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari rivojlanishiga ko'pincha anamnezida bachadon ichidagi tadbirlar (tug'ruqda bachadonni qo'l bilan tekshirish, abort, bachadon shilliq qavatini diagnostik qirib olish, bachadon ichiga kontraseptiv vosita kiritish), jinsiy aloqaning o'smirlik yoshida boshlanganligi, jinsiy hayotning pala-partishligi va boshqalar katta ahamiyatga ega. Kasallanish boshlanishiga yana ko'pgina sharoitlar sababchi bo'ladi, bular sovuq qotish, yelvizak, ekstragenital kasalliklar, stresslar va asosiysi immun tizimi faoliyatining pasayishi.

Ayollar organizmida yallig'lanish jarayoniga qarshi himoya kuchlar mavjud. Bular qin dahlizining berkligi, qin shilliq qavati ko'p qavatli muguzlanuvchi epiteliy bilan qoplanganligi, bachadon bo'ynining ichki va tashqi bo'g'zi va servikal kanalidagi shilliq probkasi. Yana bir to'sig'i bu shilliq tarkibida mikroblarga qarshi ishlab chiqariladigan IgA antitanachalar. Yallig'lanish tarqalishiga yana bir to'siq bu bachadon shilliq qavati va uning har xayz paytida ko'chib turishi va nihoyat bachadon naylari siliar apparatining harakatlanishi va ichidagi suyuqlikning faqat bachadon tomoniga yunalinishi.

Yallig'lanish jarayoni ko'pincha infeksiyon kelib chiqish bilan bog'liq. Kasallikning surunkali bosqichida orttirilgan umumiy funksional buzilishlar asosiy o'rinni egallaydi (nerv, endokrin, qon tomir va boshqa tizimlarning tuzilishlari). Xozirgi vaqtda ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanishini stafilokokk, aerob va anaerob infeksiyalar, patogen flora va viruslar keltirib chiqaradi. So'nggi o'n yillik mobaynida yallig'lanish kasalliklariga olib keladigan yangi generatsiya, ya'ni jinsiy yo'llar bilan tarqaladigan infeksiyalar – xlamidiyalar, ureaplazmalar, mikoplazmalar, viruslar (sitomegalovirus, oddiy herpes virusi) va boshqalar ko'proq uchramoqda. Mikroorganizmlar har xil assotsiatsiyalar ko'rinishida ko'proq uchraydi.

Yallig'lanish kasalliklari patogenezini

Yallig'lanish reaksiyalariga parenxima o'zgarishi, qon tomir ekssudatsiya reaksiyasi bilan, biologik faol moddalar ajralib chiqishi,

fagotsitoz, to‘qimaning fizik-kimyoviy o‘zgarishi, proliferatsiya jarayonlari kuzatiladi.

Xujayraning jarohatlanishi yallig‘lanish bilan birga keladi, hujayra strukturasiga tarqalib mitoxondriyda oksidlanish buzilishiga olib keladi.

Lizosomal jarohatlanishi gidrolitik fermentlar, katepsinlar, glikoliz fermentlari ajralishi bilan birga boradi. Proteoliz va glikoliz jarayoni aktivlashishi natijasida va Krebs siklining ko‘p miqdordagi organik yog‘ kislotalari, sut kislota, polipeptidlar va alohida aminokislotalar ajralib chiqadi. Natijada osmotik bosim va vodorod ionlari konsentratsiyasi oshib ketadi. Hujayralarning buzilishi yallig‘lanish to‘qimalarida kaliy, natriy, xlor ionlarini va fosfat kislotalarning anionlari to‘planishiga olib keladi. Sezgir nerv oxirlarining osmotik aktiv moddalar kislotalar, polipeptidlar, gistamindan ta’sirlanishi natijasida og‘riq seziladi. Yallig‘lanish belgilaridan biri - giperemiya, faol giperemiya va oqsillar, yog‘lar, uglevodlar gidrolizi natijasida ajralib chiqqan issiqlik bilan ifodalanadi. To‘qimalar parchalanganda osmotik bosim ko‘tariladi, bu shish va yallig‘lanishga sabab bo‘ladi.

Yallig‘lanish o‘chog‘ida kislotalik oshadi, natijada qon tomirlar kengayadi, hujayralarning sirt tarangligi pasayadi, kollagen tolalar bo‘kadi va to‘qimalarning elastikligi va yaltiroqligi yo‘koladi. Fagotsitoz va pinotsitoz borligi tufayli yallig‘lanish immunogen reaksiyasi muhim himoya omili hisoblanib, uning asosida hujayraviy va gumoral immunitet yotadi. Mediatorlarning asosiy ta‘minotchisi bo‘lib semiz hujayralar hisoblanadi, u biriktiruvchi to‘qimaning hujayralar substansiyasi va mikrosirkulyator siklining o‘zgarishlarida aktivlashadi. Semiz hujayralarning degranulyatsiyasi faol jarayon hisoblanadi. Oksidlanish va fosforillanishni ajratuvchi dori vositalar semiz hujayralar degranulyatsiyasini tormozlaydi. Ulardan ajralib chiqqan gistamin va serotonin tomirlar o‘tkazuvchanligini oshiradi va shikastlangan to‘qimalarda biologik faol moddalar to‘planishiga sabab bo‘ladi. Lizosomalardan ajralib chiqadigan fermentlar prostaglandinlar hosil bo‘lishiga olib keladi. Antigen-antitana reaksiyalari prostaglandinlar miqdori oshadi, bu esa o‘z navbatida tomirlar o‘tkazuvchanligini oshiradi va shish kelib chiqadi.

Yallig‘lanish reaksiyasi og‘riqqa olib keluvchi sababning yo‘qolishi tufayli kamayadi, to‘qimalar regeneratsiyasi sodir bo‘ladi va qisman ularning funksiyasi o‘z holiga qaytadi. Organizmning bu reaksiyasini adaptatsion himoya reaksiyasi deyiladi. Yallig‘lanish kasalliklarining patogenezida nafaqat mikroorganizmlar, balki kasallikning o‘choqliligi, nerv, tomir, endokrin sistemalarning hamda immunologik allergik reaksiyalarga ham e‘tibor beriladi. Vegetativ-nevrotik o‘zgarishlar bosh miya po‘stloq qismi impulsatsiyasining manbai hisoblanadi va po‘stloq osti hosilalar ular funksiyasining o‘zgarishiga olib keladi.

Gemodinamik o'zgarishlar: qon bilan intensiv to'lishi, tomirlar gipotonusi, kichik tos bo'shlig'idagi arterial tomirlarda qon oqimi tezligining oshishi va tomir devori o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Endokrin sistema: jinsiy bezlar funksional holatining buzilishi, follikulyar fazaning so'nishi va disfunktsiyasi. Yallig'lanish jarayonining kechishiga autosensibilizatsiyaning ta'sir etishi aniqlangan.

Yallig'lanish reaksiyasida davolash membranalarining barqarorlashuviga, mikrosirkulyator oqim funksiyasining me'yorlashuviga va boshlab beruvchi mexanizmlarga qaratilgan (antigistamin dori vositalari, buyrak usti bezining yallig'lanishiga qarshi gormonlar). Anabolik jarayonlarni tartibga soluvchi omillar - bular ferment sistemalaridir (proteaza, gidrolaza va boshqalar).

26.1. Vulvovaginit

Vulvovaginit ko'pincha qiz bolalarda, kamroq hollarda ayollarda uchraydi. Qiz bolalarda vulvovaginit umumiy kasalliklar, o'tkir yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, difteriya) endokrin buzilishlar, gipovitaminoz, burun-halqumning surunkali kasalliklari, uzoq vaqt antibiotiklar qo'llash oqibatida kelib chiqadi.

Vulvovaginit:

1. Bakterial. 2. Mikotik. 3. Trixomonadali. 4. Virusli bo'lishi mumkin.

Bakterial vulvovaginit ko'pincha surunkali tonzillit, gripp, yuqumli kasalliklar bilan og'rikan 3-8 yoshli qizchalarda kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilganda biroz qizargan ajralma ko'p miqdorda, oq-sariq bo'ladi. Siydikning birinchi porsiyasi olib tekshiriladi, bunda leykotsituriya aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolarining qattiq qichishi va oq ipir-ipir ajralma bo'lishi mikotik vulvovaginitga xosdir.

D A V O L A S h

1. Organizm umumiy quvvatini oshirish.

2. Birlamchi infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.

3. Mahalliy davo.

Qinni 1% li tanin, 1:1000 rivanol, moychechak (romashka) eritmalari bilan tozalab yuvish (sprinsevanie) qilinadi.

Yosh qizchalarda tarkibida 5000 TB follikulin 30,0 lanolin asosidagi malham ishlatiladi. Fizioterapevtik muolajalardan UFO qilinadi. Yosh qizchalarda ostritsalar (qilbosh gijjalari) sababli vulvovaginit kelib chiqqan bo'lsa, gijjaga qarshi preparatlar (piperazin) beriladi va mahalliy davolash o'tkaziladi. Mikotik vulvovaginit bo'lsa, diflyukan, diflazon 150mg 1 marta beriladi. Qin siteal eritmasi bilan tozalab yuviladi. Mahalliy davolash polijinaks virgo metrogil, klotrimazol, klion D, diflyukan kabi preparatlar qo'llaniladi. Parhezdan uglevodlarga boy mahsulotlar (non, qand, kartoshka)

olib tashlanib, oqsil moddalar (go'sht, sut, tuxum) ko'paytiriladi Davolash natijasini qindan olingan ajratma surtmasida va bakteriologik usul bilan aniqlanadi. Agar zamburug' xujayralari topilmasa, davolash natija bergan bo'ladi.

26.2.Kolpit (vaginit)

Kolpit - qin shilliq qavatining yallig'lanishidir. Kolpitning quyidagi turlari farq qilinadi.

- 1.Seroz – yiringli kolpit.
- 2.Qarilik kolpiti
- 3.So'zakli kolpit
- 4.Yuqumli kasalliklarda uchraydigan kolpit
- 5.Trixomonadali kolpit
- 6.Zamburug'li kolpit.

Kolpitlar qorin pastida og'riq bo'lishi, qindan shilliq- yiringli, yiringli ajratmalar kelishi, ikkilamchi vulvitlar bo'lishi, tashqi jinsiy a'zolarning qichishi, siyganda achishish paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.. Ko'zgular yordamida tekshirilganda qin devorlarining shilliq qavati qizargan, shishgan, burmalari orasida yiring yig'ilib turganligini ko'rish mumkin.

Qarilikda uchraydigan kolpitda qin shilliq qavatlari atrofiyalanishi natijasida tez jarohatlanadi va infeksiya tushib yallig'lanadi.

Zamburug'li kolpitda qichishish, achishish, oq ajratma kelishi kuzatiladi, ko'zdan kechirilganda oq nuqtasimon toshmalar kuzatiladi. Keyinchalik pilakcha paydo bo'lishi mumkin va ular bir biri bilan qo'shilib oq karash hosil qiladi.



26.1-rasm.Zamburug'li kolpit

Difteriya, sil, tif, skarlatina va boshqa yuqumli kasalliklarda organizmning umumiy quvvati susayib, kolpitlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

So‘zakli va trixomonadali kolpit jinsiy a‘zolarning spesifik kasalliklarida tasvirlanadi.

DIAGNOSTIKASI:

1. Anamnez. 2. Ko‘zdan kechirish. 3. Bakteriologik va bakterioskopik tekshirish.

DAVOLASH:

1. Mahalliy davo – tashqi jinsiy a‘zolari va qinni antiseptik eritmalar bilan chayish (siteal,) zamburug‘li kolpirlarda flunol, diflyukan yoki diflazon 150mg(1kapsula) 1marta ichishga beriladi. Polijinaks qin shamcha, terjinan yoki kandibene qin tabletkalar, menstan yoki klotrimazol kremi, metrogil-V-gelplyus qinga surtiladi.

Qarilik kolpirlarida sinestrol, follikulin, gidrokortizon saqllovchi malham dorilari ishlatiladi.

Bakterial vaginozda esa polijinkas svechasi yoki dalatsin krem 1marta har kun 3 kun davomida ishlatiladi.

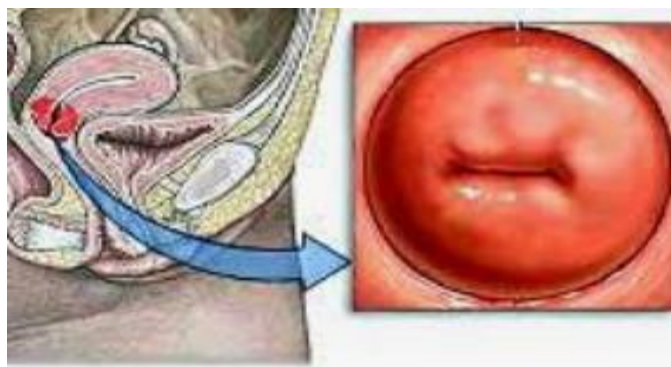
2. Umumiy kuvvatlantiruvchi muolajalar o‘tkazish (pregnavit, duovit)

3. Fizioterapevtik muolajalar o‘tkazish.

ENDOSYERVISIT (SYERVISIT)

Endotservitsit – bachadon bo‘yni kanali shilliq pardasining yallig‘lanishi, uni stafilokokklar, streptokokklar, gonokokklar, ichak tayoqchalari keltirib chiqarishi mumkin.

Endotservitsitning kelib chiqishi organizmning umumiy quvvatini pasaytiruvchi kasalliklar, tug‘ruq paytida bachadon bo‘ynining, oraliqning yirtilishi, ichki jinsiy a‘zolarining tushishi, kimyoviy, termik jihatdan ta’sirlanish va kuyishning ahamiyati katta.



26.2. Endotservitsit

Endotservitsit o‘tkir, o‘rtacha o‘tkir va surunkali bosqichlarda o‘tishi mumkin. O‘tkir davrida bachadon bo‘yni atrofida qizarish, shish kuzatiladi. Bachadon bo‘yni kanalidan yiringli yoki shilliq-yiringli ajratma kelib turadi. O‘rtacha o‘tkir va surunkali bosqichlarga o‘tganida qizarish va shish kamayadi, ajralma shilliq-yiringli, keyinchalik shilliq bo‘ladi.

Endotservitsit ko‘pincha eroziyalar bilan qo‘shilib keladi. Endotservitsitlarni aniqlashda anamnez, ko‘zguilar yordamida tekshirish, bachadon bo‘yni kanalidan ajralayotgan ajratmani bakteriologik tekshirish yordam beradi.

DAVOLASH:

Antibiotiklar(sefalekssin-Teva-500,eritromitsin-Teva),ketonal rektal shamchalari ishlatiladi.Siteal va 2%li iliq soda eritmasi bilan chayiladi. Fizioterapevtik muolajalar qo‘llaniladi. Kaliy yodid bilan elektroforez qilinadi.

E N D O M Y e T R I T

Endometrit bachadon shilliq qavatining (endometriy) yallig‘lanishi. Endometritning o‘tkir,o‘rtacha o‘tkir, surunkali bosqichlari tafovut qilinadi.



26.3-rasm. Endometrit

O‘tkir endometritning belgilari: tana haroratining ko‘tarilishi, qorin pastida og‘riq, bachadondan yiringli ajratma chiqishi (badbo‘y hidli), ba‘zan bachadon shilliq qavati ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya bo‘lishi xarakterlidir.

Surunkali endometrit belgilari: oqchil kelishi, biroz og‘riq bo‘lishi, hayz oralig‘ida qonli ajratma kelishi xosdir. Bemorlar qorin pastida og‘irlik sezadilar, qabziyat, uyquning buzilishi, ta’sirchanlik kuzatiladi. Ko‘pchilik hollarda tuxumdon gipofunksiyasi kuzatiladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon og‘riqli bo‘ladi, biroz kattalashgan, yumshoq konsistensiyali bo‘ladi, bachadon bo‘yni kanalida ko‘p miqdorda yiringli ajratma kelib turadi.

DIAGNOSTIKASI:

1.Anamnez. 2. Umumiy va ginekologik tekshirish. 3.Bakteriologik tekshirish. 4. Ultratovush orqali tekshirish.

DAVOLASH:

O‘tkir davrida: 1.Yotoq tartibi. 2.Qorin pastiga muzli xaltacha qo‘yish tavsiya etiladi 3.Antibiotiklar seftriakson 1.0g 2 mahal 5-7 kun).4.Og‘riq

qoldirish uchun nosteroid yallig‘lanishni oluvchi preparatlar diklofenak 3.0 m/o 2 kun buyuriladi. 5. Desensibilizatsiya qiladigan moddalar. 6. Umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar.

Surunkali davrida: 1. Vitaminoterapiya: askorbin kislota 0,25x3-4 marta kuniga. 2. Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar: kalsiy glyukonat 0,5x3 marta kuniga, dimedrol, suprastin. 3. Fizioterapevtik muolajalar. Tuxumdon gipofunksiyasi bo‘lganida siklik gormonal terapiya o‘tkaziladi.

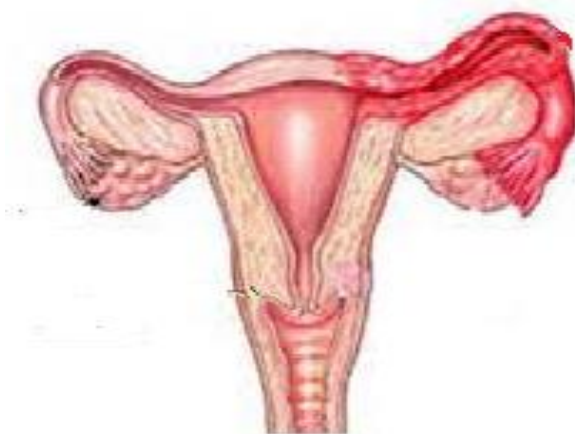
SALPINGOOFORIT

Salpingooforit bachadon naylarining va tuxumdonning yallig‘lanishidir. Infeksiya tarqash yo‘llari:

1. Yuqoriga ko‘tariluvchi infeksiya (bachadondan)
2. Pastga tushuvchi infeksiya (qorin pardasidan)
3. Limfogen yo‘l bilan.:

Klinik kechishiga ko‘ra.

1. Abortiv. 2. Engil. 3. Yashirin formalari tafovut etiladi.



26.4-rasm. Salpingoofarit (adneksit)

Yashirin formasida kasallikning klinik ko‘rinishi bilan patologik o‘zgarishlar mos kelmaydi. Shuning uchun bemorni juda sinchiklab, e‘tibor bilan tekshirish lozim. Klinik kechishida ikkita variantini farqlash kerak. 1-variantida jinsiy yo‘llardan ko‘p miqdorda sekresiya kelishi bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayonlar, ginekologik tekshirganda og‘riq, subfebrilitet, biroz leykotsitoz. Gipoalbuminemiya, S-reaktiv oqsil (+,++), 17 ketosteroidlar va dehidroepiandrosteron ekskresiyasining oshishi, anovulyatsiya, sariq tana funksiyasining buzilishi aniqlanadi.

2 – variantida esa bemor umumiy ahvolining buzilishi, mehnat faoliyatning susayishi, kayfiyatining beqarorligi, ta’sirchanlik kuzatiladi.

Chuqur paypaslanganda aorta yo‘li bo‘ylab, pastki kovak vena, yopqich mushaklar sohasida, dumg‘aza chigali soxasida og‘riq seziladi. Bachadon ortiqlari biroz kattalashgan, zichlashgan, paypaslanganda kam og‘riqli

bo'ladi. Qonda leykopeniya yoki leykotsitlarning soni me'orda, limfotsitoz aniqlanadi, 17 ketosteroidlar va degidroepiandrosteron ekskresiyasi pasayadi, sikl davrida estrogen va proGESTeron miqdorining yetishmovchiligi kuzatiladi.

DIAGNOSTIKASI:

1. Anamnez. 2. Qin orqali tekshirilgandagi ma'lumotlar (bachadon ortiqlarining kattalashganligi, zichlashganligi, paypaslaganda bezillab og'riqli bo'lishi). 3. Ultratovush orqali tekshirish.

Salpingooforitni tuxumdon o'smalaridan, bachadondan tashqari homiladorlikdan farqlash lozim.

DAVOLASH:

1. Antibiotiklar seftriakson 1gr 2mahal tomir yoki mushak ichiga, siproofloksatsin tabletkasi 500mg 2mahal 5-7 kun va metronidazol, efloran 100.0ml t/i kuniga 1 maxadan 5 kun olish tavsiya etiladi.

2. Og'riq qoldiruvchi preparatlar (diklofenak-ratiofarm, diklberl).

3. Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar

4. Umumiy quvvatlantiruvchi moddalar (vitaminlar, UFO, induktotermiya, ultratovush va boshqalar).

Asoratlar berganda operativ davo qilinadi.

ASORATLARI: 1. Gidrosalpinks 2. Piosalpinks 3. Peritonit

P A R A M Y e T R I T

Parametrit bachadon yon kletchatkalarining yallig'lanishi. Pelveotsellyulit - kichik chanoq hamma kletchatkalarining yallig'lanishidir.

Parametritning kelib chiqishida aerob mikroblar birinchi o'rinda turadi. Bu jarayon diffuz yallig'lanish bo'lib, limfangit, perivaskulyar shish bilan kechadi. Limfatik tomirlar kengayib tromb va yiringli massa bilan to'ladi. Ekssudat seroz, seroz yiringli, yiringli bo'lishi mumkin. Parametritlar. 1. Yon parametrit. 2. Oldingi parametrit. 3. Orqa parametritlarga bo'linadi.

Parametritning klinikasi tana haroratining 38-39 Sgacha ko'tarilishi, bemorning titrashi, qorin pastida biroz og'riq bo'lishi bilan xarakterlanadi. Tili nam, qabziyat bo'ladi. Qonda SOE tezlashadi, leykotsitoz. Agar yallig'lanish jarayoni qorin pardasiga o'tsa, kuchli og'riq bo'ladi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, oldingi orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Boshida infiltrat keng boylam kletchatkasining yuqorigi yoki pastki qismida aniqlanadi. Keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi. Qin orqa gumbazi bo'rtib chiqadi. Infiltrat paypaslanganda kam og'riqli, konsistensiyasi oldin yumshoq, keyinchalik qattiq bo'ladi. Orqa parametritda to'g'ri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi aniqlanadi.

Parametritni tuxumdon absessidan, ekssudativ pelvioperitonitdan, piosalpinksdan, bachadon miomasi va kistomasidan, saraton infiltratidan farqlash lozim. Yuqoridagi belgilar, tekshirish natijalarida olingan ma'lumotlarga ko'ra parametrit ekssudati joylashgan tomonda spina iliaka

anterior superior ustida perkutor tovushning toʻmtovlashishi, ekssudativ peritonitda toʻmtov tovushning yoʻqolishiga qarab parametritni boshqa kasalliklardan ajratish mumkin.

Boylamlararo miomalar va kistomalar yumshoq shaklda boʻlishi va tana harorati koʻtarilmasdan kechishi bilan xarakterlanadi.

Rak infiltrati anamnez, koʻzdan kechirish, bachadon boʻynini, qinni paypaslab koʻrish va sitologik tekshirish orqali aniqlanadi.

P Y e L V I O P Y e R I T O N I T

Pelvioperitonit kichik chanoq qorin pardasining yalligʻlanishidir. Infeksiya limfogen va gematogen yoʻllar bilan oʻtadi. Koʻpincha salpingooforit bilan qoʻshilib keladi. Koʻp hollarda ayollar pelvioperitonitdan tuzalib ketadilar. Baʼzan esa kasallik umumiy peritonitga oʻtib ketishi mumkin.

26.5.Qorin pardasining toʻgʻri ichak va bachadonaroabsessi

Buni keltirib chiqaradigan sabablar:

1. Infeksiyaning naylar orqali lifogen yoʻl bilan oʻtishi.
2. Jinoiy (kriminal) abort qilinganda shikastlanishi.
3. Chanoq qorin pardalarida tarqalgan peritiflitik infiltrat.
4. Nayli xomiladorlikda nay yorilishi va gematomaning infeksiyalanishi.

Kasallik kechishi: boshlangʻich davrida asosiy kasallik belgilari (salpingooforit, appenditsit va h.k.) kuzatiladi. Keyinchalik bunday yiring yigʻila borib intoksikatsiya belgilari kuzatiladi, siyish va defekatsiyaning qiyinlashuvi. Borib-borib infiltrat soʻrilishi yoki absess qinga yoki toʻgʻri ichakga yorilishi mumkin. Absess yorilgandan keyin bemor ahvoli yaxshilana boshlaydi. Agar absess qorin boʻshligʻiga yorilsa, tarqalgan peritonit paydo boʻladi.

DIAGNOSTIKASI: Yuqoridagi belgilarga asoslanadi. Asosiy kasallik aniqlanadi. Qin va toʻgʻri ichak orqali koʻrik oʻtkazilganda orqa gumbaz orqali tilsimon yoki yarimsharsimon shaklda boʻrtib chiqqan flyuktuatsiyalanuvchi infiltrat, konsistensiyasi kasallikning boshida qattiq, keyinchalik yiring hosil boʻlgandan keyin yumshaydi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASIDA quyidagi kasalliklardan farqlash lozim.

1. Ekssudativ parametrit.
2. Bachadon nayidagi homiladorlikda nay yorilishida hosil boʻlgan infeksiyalangan gematoma.
3. Piosalpinks.
4. Tuxumdon absessi

EKSSUDATIV PARAMETRIT. Bu juda kuchli va bemor umumiy ahvolining birdan yomonlashuvi bilan kechmaydi. Bachadon toʻgʻri ichak absessida infiltrat tilsimon yoki yarimsharsimon shaklda orqa gumbazdan

bo‘rtib turadi. Bu infiltrat to‘g‘ri ichakning yon devorida emas, faqat oldingi devorida aniqlanadi. Parametral infiltrat esa gumbazning orqa va yon tomonlarida bo‘rtib, bachadon va to‘g‘ri ichak devorlariga yaqinlashib, ularni yarim aylana shaklida o‘rab oladi. Parametral infiltrat chanoq devorlariga yopishadi, to‘g‘ri ichak bachadon absessida yopishmaydi.

Bachadon nayi homiladorligi yorilishidan hosil bo‘lgan infeksiyalangan gematoma

Bunda hayz kechishi, postgemorragik anemiya kuzatiladi va kasallik boshlanishida harorat normal bo‘ladi. To‘g‘ri ichak bachadon absessida esa hayz sikli buzilmaydi. Tana harorati ko‘tariladi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Orqa gumbaz punksiya qilinganda olingan ma‘lumotlarga qarab, bu kasalliklarni bir-biridan ajratish mumkin (absessda yiring, nay yorilganda qon olinadi).

P I O S A L P I N K S

Bunda nay retortasimon shaklda bo‘ladi. Ko‘pincha ikki tomonlama notekis bo‘ladi.

TUXUMDON ABSSESSI: Yumaloq yoki oval shakldagi hosila aniqlanadi. Bu hosila bachadon orqasida yoki yon tomonida aniqlanadi.

Pelvioperitonit va parametritni davolash

Davolash kompleks holda olib boriladi.

- 1.Organizmga umumiy ta‘sir qilish
- 2.Infeksion jarayonga ta‘sir qilish
- 3.Simptomatik davo.
- 4.Fizioterapevtik davolash
- 5.Xirurgik usulda davolash.

Bemorga tinch holat beriladi. Yotoq tartibi tayinlanadi, bemor juda ta‘sirchan bo‘lsa, brom preparatlari beriladi. Infeksiya o‘choqlari sanatsiya qilinadi. Uzoq vaqt infeksiion jarayon bo‘lishi suv-tuz almashinuvini buzadi va jigarning atoksik vazifasini pasaytiradi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun bemorga ko‘p suyuqlik ichish buyuriladi va dezintoksikatsion preparatlar tayinlanadi. Bemorga umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar, oqsil moddalar qo‘yiladi. Vitaminoterapiya o‘tkaziladi. Infeksiion jarayonga ta‘sir qilish uchun keng spektrli antibiotiklardan: rovamitsin 3MlnB 1tabletkadan 2 mahaldan yoki siprofoloksatsin 500mg 2mahal 5kun ichishga, metrogil yoki efloran 100.0ml tomir ichiga tomchilab 3-5 kun yuborish tavsiya qilinadi. Dizbakterioz va kandidomikozlarning oldini olish maqsadida diflyukan yoki diflazon 50mg 1tabletkadan 1 maxaldan 7 kun ichish tavsiya etiladi. Simptomatik davo qilinganda bemorga og‘riq qoldiruvchi preparatlar beriladi (ketonal 0,1g mushak ichiga yoki rektal shamchada 1-2mahal).

Hayz sikli buzilganda gormonal terapiya o‘tkazish mumkin. To‘g‘ri ichak bachadon absessida orqa kolpotomiya qilinib, yiringli bo‘shliqqa drenaj qo‘yiladi. Agar parametral infiltrat yiringlagan bo‘lsa, orqa gumbaz

punksiya qilinadi. Yiring chiqsa, orqa kolpotomiya qilinadi. Agar parametral jarayon pupart boylami ustida qorin pardasining oldingi devoriga o'tsa, qorin pardasidan tashqari laparotomiya qilinadi.

Yallig'lanish kasalliklarini profilkatikasi

Yallig'lanishga olib keluvchi sabablarni bartaraf etish, kasallik holatlaridan tashqari abortlarga yo'l qo'ymaslik, ayollar o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borishdan iborat.

26.6. Ayollar jinsiy a'zolarining spesifik yallig'lanish kasalliklari

Ayollar jinsiy a'zolari tuberkulyozi

Ayollar asosan tuberkulyoz kasalligi bilan nafas yo'li orqali (havo-tomchi, alimentar yo'l, embrional davrida zararlanish) kasallanadilar. Odam organizmida tuberkulyoz jarayoni rivojlanishiga tuberkulyoz mikobakteriyasi (*Mycobacterium tuberculosis*) tushishi va asosiysi organizmning qarshilik kuchining pasayib ketganligi sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarida tuberkulyoz infeksiyasining rivojlanishi va paydo bo'lishi, birlamchi tuberkulyoz paydo bo'lishi asosan gematogen generalizatsiya bosqichiga bog'liq. Genital silining klinik kechishi asosan jinsiy hayot bilan bog'liq. Tuberkulyoz jarayonining kechishida surunkali kam simptomli shakli o'tkir jarayongacha rivojlanadi. Kasallarda genitalliy tuberkulyozi tahlilida ko'pincha seroz qavatda erta tuberkulyozga olib keladigan yallig'lanishlar (peritonit, plevrit) aniqlanadi. Biroq tuberkulyozda intoksikatsiyaga o'xshash klinik belgilar bo'lmasligi ham mumkin. Genitalliy tuberkulyozi o'choqli xarakterga va avj olib kechishga moyil bo'ladi. Nisbiy belgisi bo'lib silda hayzning kech boshlanishi hisoblanadi. Hayz siklining buzilishi tuberkulyozli endometrit va salpingooforitga olib keladi. Amenoreya bachadon shilliq qavatidagi o'zgarishlar va endometriyning biriktiruvchi to'qimaga aylanishi sababli kelib chiqadi.

Tuberkulyozning klinik shakli bo'yicha tasnifi va ayollar jinsiy a'zolarida sildan keyingi o'zgarishlar

A. Faol belgisi bo'yicha sil (Va va Vb guruh dispanser nazoratida)

Ayollar jinsiy a'zolarining sili asosan surunkali kechadi va kam belgili bo'ladi. Uchrashiga qaraganida ko'proq bachadon naylarida, keyin bachadonda, kamroq - tuxumdonda va juda kam qin va tashqi jinsiy a'zolari sili kuzatiladi.

Har bir shaklga xos bo'ladi: kechish xarakteri bo'yicha (o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali), tarqalishi bo'yicha (bachadon, bachadon bo'yni, vulva, qin jarohatlanishi va qorin pardasi hamda qo'shni a'zolarida assit bilan birga), fazasi bo'yicha (infiltratsiya, so'rilish, ohaklanish, chandiqlanish),

batsilla tarqatuvchi (BK+ va BK- hayz qoni ekmasida, hayzlararo davrda jinsiy yuldan ajralgan ajralmalar).

B. Bachadon ortiqlarining orttirilgan sili (Vv guruhi, dispanser nazoratida bo‘ladi), perioforit va ooforit shaklida.

Chandiqli-bitishma turi (chandiqli va ichki genitalliy va a‘zolararo yassi suyakli bitishmalar).

Bachadon sili.

A.Faol belgisi bo‘yicha sil

1. O‘choqli endometrit
2. Endometriyning tarkoqli jarohatlanishi
3. Metroendometrit

Jarayonning kechish xarakteri bo‘yicha: o‘tkir, o‘rtacha o‘tkir, surunkali bo‘lishi mumkin.

Tarqalishi bo‘yicha (bachadonning chegaralangan sili va tuberkulyozning ortiqlar, vulva, bo‘yin, qinga tarqalishi). Batsilla tashuvchilik: endometriydan surtma va hayzlar orasidagi davrda ajralgan ajralmalarni ekish natijasida - BK (-), BK (+).

Bachadon ortiqlari sili

Bachadon ortiqlari silida bachadon nayi makroskopik tekshirilganda qalinlashgan, yallig‘lanish belgilari, tuxumdon bilan birikish. Bitishmalar ba‘zan yaqqol ko‘rinadi. Bachadon nayi seroz qavatida kazeoz o‘choqlar ko‘rinadi. Nay paypaslanganda zichlashganligi aniqlanadi. Mikroskopik tekshiruvda spetsifik o‘zgarishlar mayda, chegaralangan o‘choqlar bo‘lib aniqlanadi (produktiv, kazeoz xarakterli kalsinatsiyalangan sohalar). Bu o‘zgarishlar nospesifik yallig‘lanish reaksiyalari bilan birga o‘tadi.

To‘qimaning yallig‘lanish reaksiyasi bachadon nayining qalinlashishiga olib keladi. Agar jarayon qorin bo‘shlig‘iga o‘tsa, u holda atrofni o‘rab turgan a‘zolarada bitishmalar va og‘riqli yuzaga keladi. Hayz sikli buzilishi mumkin. Bachadon ortig‘i yallig‘langan hosilaga aylanadi. Bu shaklda yaqqol anatomik o‘zgarishlar va umumiy qoniqarli holat, bir-biriga mos kelmasligi xarakterlidir. Ayrim hollarda kasallik o‘tkir tus oladi, tana harorati ko‘tarilishi, qaltirash, qorinda og‘riqli, pelvioperitonit va peritonit rivojlanadi. To‘liqlik davolansa, bemor tuzaladi, lekin yoriqlar hosil bo‘lishi mumkin.

Bachadon nayi yaqqol anatomik o‘zgarishlarga uchragan, kattalashgan, bo‘shlig‘i kazeoz massa va yiring bilan to‘lgan. Tuxumdonda yallig‘lanish belgilari, shilliq qavatda burmalar va nayning chuqur sohalarida o‘choqlar saqlanganligi aniqlanadi. Shilliq qavatda sil o‘simtalari borligi tufayli limfoid elementlar infiltratsiyalangan bo‘ladi. Kapsulada ba‘zan tuboovarial hosila alohida kazeoz o‘choqdek ko‘riladi. Bachadon ortiqlarida davolangandan keyin makroskopik ko‘rinishida bachadon gipoplaziyasi, nay zichlashgan, kichik chanoqda dag‘al fibroz o‘sish, a‘zolaraning noto‘g‘ri joylashuvi va funksiyasining buzilishi kelib chiqadi. Mikroskopik shilliq qavat sklerotik

atrofiya va mushak to'qimalarida, fibroz ko'prik va nay bo'shlig'ida kalsinatlar ko'riladi.

Bachadonning tuberkulyozli jarohatlanishi

Tuberkulyozli endometrit bachadondan qirindi olib sitologik tekshirilganda topiladi, ular hayz sikli buzilsa va bepustlik kelib chiqqan va shikoyatlari bor paytda o'tkazilganda aniqlanadi. Kasallik avj olsa, patologik jarayon endometriyning barcha qavatlariga tarqalib ketadi. Hayz ko'rish buziladi (qon ketish, hayzning boshqarilishi buziladi, ikkilamchi amenoreya), kasalning umumiy holati esa qoniqarli bo'ladi.

Gistologik - o'rtacha sil o'simtalari, endometriyning me'yorida bo'lmasligi aniqlanadi. Genital sili fibromiometri davolashdan so'ng kelib chiqadi. Antibakterial terapiyadan keyin bachadon bo'yni, vulva va qin sili kamroq uchraydi.

Diagnostikasi:

1. Rentgenologik usul (gistosalpingografiya)
2. Laborator usul (endometriyning sitologik va tuberkulin sinamasi asosida tekshirish)

Davolash:

1. Kompleks kimyoterapiya
2. Antibiotikoterapiya (rifampitsin)
3. Simptomatik yallig'lanishga qarshi davo
4. Xirurgik davo

So'zak

So'zakning chaqiruvchisi gonokokk (*Neisseria gonorrhoeae*). Uni 1879 yilda A. Neisser Bumm birinchi bo'lib gonokokk kulturasini ajratib olgan va kasallikning patologik ko'rinishini tasvirlagan. Diplokokk shaklida bo'lib, cho'zilib ketgan (buyrak shakli), gonokokk uzunligi 1,6-1,8 mkm, eni 0,6-0,8. Oralig'ida chuqurchasi bor, tashqaridan kapsulasimon hosila o'rab turadi.

Laborator diagnostikasi:

Asosiy usul bakteriologik (gonokokk hujayra ichi shakli kuzatiladi, grammanfiy). So'zakda orttirilgan immunitet bo'lmaydi. Organizmning reaktivligi o'zgarishi hozirgi vaqtda aniqlangan. So'zakning 2ta formasi bor: yangi (uzog'i bilan 2 oy kechadi) va surunkali.

1. Yangi formasi o'z navbatida:

- o'tkir

- o'rtacha o'tkir bo'ladi

- yangi torpid (kam simptomli) shaklida so'zak klinik ko'rinishi rivojlanmasa ham gonokokklar topiladi. 2. Surunkali so'zak 2 oy va undan ko'proq vaqtdan keyin to'satdan boshlanadi. Bu jarayon qo'zg'alishsiz kuzatilishi ham mumkin.

Ayollarda so‘zakning kechish xususiyatlari

So‘zak umumiy infeksiyon jarayon bo‘lib, ko‘p o‘choqli maxalliy jadal kechadi. So‘nggi yillarda so‘zak klinik ko‘rinishi kasallik epidemiologiyasida asosiy o‘rinni egallaydi. Hozirgi vaqtda ayollarda so‘zak yashirin holda boshlanib, sub‘ektiv buzilishlarsiz kechadi, shuning uchun uzoq vaqt aniqlanmay qoladi. Yuqish yo‘llari asosan jinsiy yo‘l bilan, kamroq maishiy yo‘l. Yashirin davri - 14-15 kungacha. Tarqalish yo‘li (24-rasm) limfa tomirlari orqali, gonokokk qonga tushishi mumkin, qonning bakteritsid ta‘siri ostida nobud bo‘lib, gonotoksin ajratadi. Gonotoksin ta‘sirida bosh og‘rig‘i, anemiya, bo‘g‘imlar shikastlanishi va boshqalar kuzatiladi.



26.5 – Rasm. Ayollar jinsiy a‘zolar so‘zagi.

Tekshirish usullari. Anamnez yig‘ish vaqtida kasallikning qanday rivojlanganligi so‘raladi, jinsiy hayotga bog‘liqligi aniqlanadi. Shikoyatlari - genitalliydagi ajralmalar, hayz siklidan so‘ng qorin pastida og‘riq, harorat ko‘tarilishi, atsiklik qon ketishi, bepushtlik.

Ob‘ektiv tekshirish bemorni ko‘zdan kechirishdan boshlanadi, qorin devori paypaslanadi, vulvani ko‘zdan kechirish, chov limfa tugunlari kattalashishi. Uretra tekshirilganda giperemiya, shish, infiltratsiya, paypaslanganda esa xamirsimonlik aniqlanadi, surtma uretra massaj qilingandan keyin olinadi.

Qinni ko‘zgu bilan ko‘rganda bachadon bo‘yni servikal kanalidan yiringli ajralmalar kelishi kuzatiladi. To‘g‘ri ichak tekshirilganda shish, giperemiya va ajralmalar kuzatiladi. Gonokokkni aniqlash qiyin bo‘lgani uchun provokatsiya, ya‘ni infeksiya qo‘zg‘atish usullari qo‘llaniladi:

1) kimyovi, 2) fiziologik, 3) alimentar, 4) biologik (gonovaksina 200-500 MMT yoki pirogenal 200-250 MPD mushaklar orasiga), 5) termik (diatermiya).

Bakteriologik tekshiruv uchun provokatsiyadan 24-48-72 soatdan so‘ng surtma olinadi, ekma 72 soatdan so‘ng, 1-2 sutka oralig‘ida.

Quyi bo‘lim so‘zagi.

Vulvaning yallig'lanishi – vulvit, ikkilamchi rivojlanadi, ko'pincha infantilizm, homiladorlikda va klimaks davrida kuzatiladi. Klinik ko'rinishi: tashqi jinsiy a'zolar shishgan, qizargan, kriptalar yiring bilan qoplangan. Shikoyatlari qichishish, achishish, og'riq va ajralmalar kelishiga bo'ladi.

Vestibulit yuqoridagi kasallik kabi rivojlanadi. Surunkali holatlarda klinik ko'rinish yaqqol lakunalarda bo'lmaydi, bez og'izchalarida ham nuqtali qizarish ko'rinishida bo'ladi (mayda hujayrali infiltratlar perivaskulyar va periglandulyar joylashgan).

Uretra yallig'lanishi 71,2% so'zakli bemorlarda kuzatiladi. Bu asosan uretra bezlari kasalligi hisoblanadi.

Klinikasi: tez-tez va og'riqli siyish va simillovchi og'riqlarga shikoyatlar bo'ladi.

Ko'rik paytida uretra lablari qizargan va shishgan, gardish ko'rinishida osilib turadi. Uretra paypaslanganda sarg'ish ajralma chiqadi. Gistologik tekshiruvda suberitemal to'qima va epiteliy zararlanganligi, epiteliyning o'choqli siyraklashishi, degranulyatsiya va deskvamatsiyasi aniqlanadi.

Parauretrit. Parauretral yo'llarining bezlari uretraga kirish pastki yarim doirasida joylashgan va uretraning jinsiy devorlariga ochiladi. Klinikasi: yo'llar og'izchasi shishgan, qizargan, tuguncha ko'rinishida aniqlanadi, og'riqli.

Katta vestibulyar bezlarning yallig'lanishi. Kasallik vulvaga, uretraga bachadon bo'ynidan yiring tushishi oqibatida rivojlanadi. Bu chiqaruv yo'llarining yallig'lanishi shilliq qavat yuzasida qizil dog' ko'rinishida bo'ladi. Chiqaruv yo'llarining kirish qismi yopilib qoladi va yiring yig'ilib soxta abscess hosil bo'ladi. Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida flyuktuatsiya aniqlanadi. So'zakda bartolinit ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi, abscess yiringli hosila bo'lib, bez parenximasi kapsula qismi ilvirab turadi va biriktiruvchi to'qima bilan o'raladi. Regionar limfa tugunlari og'riqli, yallig'langan joyda teri giperemiyalangan, bez yaqindagi to'qima bilan birikadi. O'sma birdan og'riqli, harakatsiz va aniq chegarali bo'lib qoladi.

Yallig'lanish jarayoni surunkali bosqichiga o'tganida chiqaruv naylari yopilib bartolin bezining kistasi hosil bo'lishi mumkin. Bunda yallig'lanish belgilari bo'lmaydi.

So'zakli vaginit juda kam uchraydi.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak

Endometrit 60% so'zakli kasallarda bachadon shilliq qavatida yallig'lanish kelib chiqadi. Kasallik paydo bo'lgandan so'ng yiringli ajralmalar oqadi. Ikkala qo'l bilan tekshirilganda bachadon og'riqli, kattalashgan, yumshoq konsistensiyali. Navbatdagi hayzda epiteliy

regeneratsiyasi tez yuzaga chiqadi, ba'zan hayz orasida qon ajralishi (12-14 kun) kuzatiladi va bu og'riqli bo'ladi.

Salpingooforit. Ko'tariluvchi infeksiya bachadondan bachadon nayiga, tuxumdonga, qorin pardaga tarqaladi. So'zakli jarohatlanish nayda asosan ikki tomonlama bo'ladi. Boshlang'ich davrida nay shilliq qavati shishgan, qizargan, qalinlashgan. Burmalar stromasida infiltratlar, leykotsit, plazmatik hujayralar, limfotsitlar kuzatiladi. Epiteliyning har xil qismlarida jarohatlanish kuzatiladi, burmalar yopishadi. Bo'shliqda ekssudat yig'iladi. Fimbriyalar yopishadi va nayning ampulyar qismi yopiladi. Yiringli jarayonda nayning ampulyar va istmik qismi yopiladi. Nay 20 sm ga kattalashadi, retortasimon shaklga kiradi va ichida yiring yig'iladi.

So'zakli ooforit salpingitdan keyin rivojlanadi, qorin pardani jarohatlantiradi va keyin tuxumdonga tarqaladi. Kirish eshigi bo'lib follikul va sariq tana hisoblanadi. Yiringli follikulda soxta abscess bo'lib, u tuxumdon parenximasiga tarqaladi va chin abscessli adneksitga (piovar) aylanadi. Surunkali salpingitda nayning mushak qavatida xarakterli distrofik o'zgarishlar va tuboovarial o'sma bo'ladi.

Yiringli salpingooforit (piosalpinks) klinik ko'rinishida yallig'lanish jarayonining qo'zg'alishi va hayz siklining buzilishi bo'ladi. Ko'p bemorlarda kasallik natijasida umumiy holatning pasayishi, harorat ko'tarilishi (39o' va undan oshishi), qonda leykotsitlarning oshishi (40-60 ming) kuzatiladi. Ikki qo'llab ginekologik tekshirishda ikki tomonlama qalinlashgan, shishgan va paypaslaganda og'riqli ortiqlar aniqlanadi (25-rasm). To'lg'oqsimon og'riqlar va qaltirash yuz beradi. Piosalpinks hosilasida bemorlar ahvoli og'irlashadi (og'riq mezogastral sohada kuchayadi, ko'ngil aynishi, meteorizm, axlat tutilishi).

Erta boshlanganda nay funksiyasini tiklash maqsadida yallig'lanishga qarshi mahalliy reaksiyalar kuchayadi, yiring tarqalmasligi uchun nay fimbriyalari yopishib qoladi. Yiringli salpingooforit va piosalpinks bir necha oy davriy qo'zg'alishli kechadi va surunkali xarakterga ega bo'ladi. Lekin infeksiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, yiring qisman qorin bo'shlig'iga tushadi, o'tkir kasallik ko'rinishi yuzaga chiqadi. Qin orqali tekshirishda bachadon yonboshida yallig'lanish o'smasi aniqlanadi. Tuxumdonda yallig'lanish hayz funksiyasi buzilishini yuzaga chikaradi. V.S.Koliper (1976) follikul yetilishi qisqarishini va hayz sikli o'zgarishini aytib o'tgan. Sariq tana jarohatlanishi uzoq vaqt hayz oralig'i davrida qon ketishiga olib keladi. Yiringli salpingit reproduktiv funksiyasining buzilishiga, ya'ni bepushtlikga olib keladi. O'tkir so'zakda erta davolash oqibati ijobiy, surunkalida a'zo funksiyasining tiklanishi kam uchraydi.

Pelvioperitonit. Gonokokk qorin bo'shlig'iga kanalikulyar yo'l bilan yiringlagan naydan va limfogen yo'l orqali tushadi. Klinik ko'rinishi: qorin pastki qismida birdaniga og'riq, harakatlenganda kuchayishi, bosh aylanishi,

ko'ngil aynishi, qusish, axlat tutilishi, gaz ushlanishi. Harorat 40 darajagacha va undan yuqori, doimiy isitmalash. Ishtaha yo'qoladi, til oqaradi, quruqlashadi. Qorin paypaslanganda gipogastral sohada og'riqli bo'ladi. Kasallik hayz, abort, tug'ruqdan keyin, jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'ladi. Yiringli pelvioperitonit o'z vaqtida davolansa oqibati ijobiy.

So'zakli diffuz peritonit klinikasi. Kasallik birdan boshlanadi. «O'tkir qorin» klinikasi kam rivojlanadi, peritoneal ko'rinishlar asosan 2-3 kun (7 kungacha) saqlanadi va tez yo'qoladi. Tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi, kasallik avj olsa yurak yetishmovchiligi bo'lib, ichak parezi kuzatiladi. Letallik 15-25%ni tashkil etadi. Operativ amaliyotlar mahalliy va umumiy simptomlarga asoslanib bajariladi.

Davolash:

1. Immunoterapiya
spesifik - gonovaksina
nospesifik - pirogenal
autogemoterapiya
2. Mahalliy terapiya (UFO)
3. Fizioterapiya (diatermiya, elektroforez, UVCh)

Ko'tariluvchi so'zakda:

1. Antibiotiklar (azitromitsin 500mg, ifitsef, nolitsin 400mg-1 tabl. 2 maxal 3-7 kun, siprinol 500mg, vibromitsin 0,2-0,5 g sutkasiga, trombitsin 2g m/i 1 marta, seftriakson yeki lendatsin 250 mg m/i, roksitromitsin 150 mg 2 maxal 7-10kun)
2. Dezintoksikatsion terapiya
3. V,S,R vitamin guruhlari
4. Immunokorreksiya va fizioterapiya.

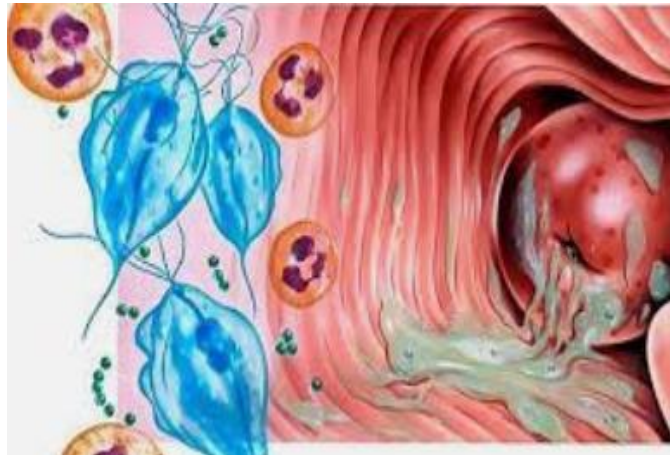
Trixomoniaz

1836 yili Donne qindan bir xujayrali xivchinli parazitni topdi. 1870 yilda I.P. Lazerovich qinning shilliq qavatidagi ayrim yallig'lanish kasalliklarida Trixomonas vaginalis bor ekanligini isbotladi. Trixomonada birlamchi lokalizatsiya bo'yicha joylashadi, yaxshi sharoitda ko'payadi va shilliq qavatda o'ziga xos yallig'lanish reaksiyasini chaqiradi. Trixomonada infeksiyasi yuqqandan keyin quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: qichishish, vulva sohasida achishish, ko'pikli oqchil kelishi.

Trixomonadali kolpit. O'tkir kolpitda bemorlar uzoq vaqt keluvchi suyuq, ko'pikli, oq-sariq va sarg'ish rangli oqchil oqishidan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat ushoqsimon, yiringli xujayralar qaymoqsimon bo'lib qoladi. Oqchil badbo'y hidli va yemiruvchi xarakterga ega. Ba'zi bemorlar qorin pastida, belda, ba'zan siyish va jinsiy aloqa paytida og'riqdan shikoyat qiladilar.

Ko'zdan kechirilganda qin devorlari shishgan, qizargan, og'riqsiz. O'tkir trixomoniaz oddiy, makulyozli, granulyozli, yarali va aralash bo'ladi.

Bu shakllarida qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar ko'p bo'lib, ular hamma chuqurliklarni to'ldiradi va bachadon bo'ynining qindagi qismi "unda cho'milayotgandek" tuyuladi. Miqdori, ranggi, hidi va konsistensiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'proq qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi. Kasallik organizmdagi ayrim sharoitlarda, ya'ni homiladorlik, abort va boshqa operativ muolajalardan keyin rivojlanadi. Jarayon qindagi bachadon bo'ynini zararlantiradi. Ba'zi bemorlarda bachadon bo'ynida uncha katta bo'lmagan eroziv o'choqlar va qizil granulyatsiyalar topiladi.



26.6-rasm. Trixomanadali kolpit

O'rta o'tkir trixomoniazda ham shu simptomlar kuzatiladi (o'tkir trixomonada simptomlari singari). Surunkali trixomonadali kolpitda shikoyat va klinik ko'rinishlari birdan boshlanadi, kasallik profilaktik ko'rik vaqtida behosdan aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida dermatit, qin kirish qismida shish, giperemiya, bachadon bo'yni ham ko'pincha qizargan bo'ladi. Shilliq qavat og'riqsiz, mayda o'choqli, yarali, shishgan. Ajralmalar quyuv, oq rangli, ko'pikli bo'ladi. Ba'zan o'tkir uchli kondilomalar uchraydi.

Diagnostikasi: tekshirishning kultural usuli

Ayolning davolanishi albatda turmush o'rtog'i bilan birga o'tkaziladi.

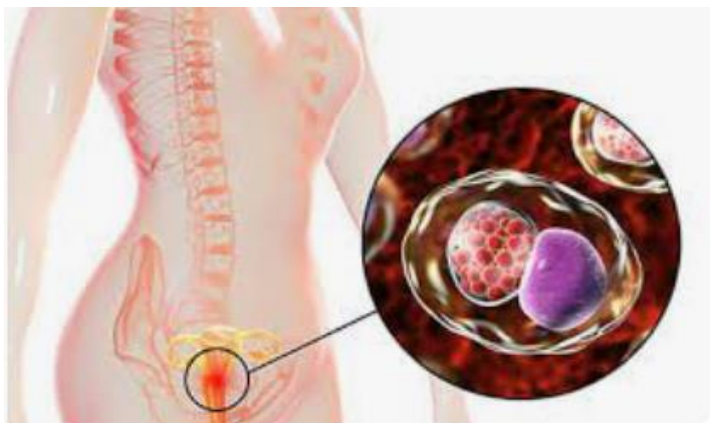
Trixopol (yoki efloran, flagil, metragil, metranidazol) 1 tab x 3 marta, bir kursga 20 tabletka. Boshqa preparatlardan fazijin, naksodjin (tinidazol), atriakan-250 1kapsuladan 2mahal 4kun, tiberol 1kapsuladan 2mahal 6kun immunitetni mustahkamlovchi dorilar qo'llaniladi. Mahalliy davolash uchun osarbon shamchalari intravaginalno qo'llaniladi.

Jinsiy a'zolar xlamidiozi

Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) – gram manfiy bakteriyalar bo'lib, ikkita hayot shakliga ega: infeksiyon, hujayradan tashqari joylashgan (elementar tanacha) va hujayra ichida joylashgan noinfeksiyon bosqichi

(retikulyar tanacha). Inkubatsion davri 5-30 kun. Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan.

Oxirgi o'n yillik davridagi izlanishlar yallig'lanish kasalliklarini chaqiruvchilar ichida xlamidiyalar ahamiyati tobora oshib borishini ko'rsatmoqda. Xlamidiyali yallig'lanish kasalliklari erkaklarda (uretrit, epididimit, orxiepididimit, prostatit), ayollarda bo'lishi mumkin (kolpit, servitsit, eroziyalar, uretrit, salpingit va boshqalar), hatto chaqaloqlarda (kon'yuktivit, otit, pnevmoniya) infeksiyalangan tug'ruq yo'llardan tug'ilganida kasallik paydo bo'lishi mumkin.



26.7-rasm. Xlamidioz.

Kasallik asosan kam belgili, uzoq vaqt davom etib, tez-tez qayta o'tkirlashishi mumkin. Klinik kechishi esa boshqa chaqiruvchilar qo'zg'atgan kasalliklarga o'xshash bo'ladi. Surunkali xlamidiyali salpingit naylarning interstitsial qismida bitishmalar hosil qilib nayli bepushtlikka yoki bachadondan tashqari homiladorlikka olib keladi.

Laborator diagnozi: xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat qirindisi va surtmani o'rganish uchun maxsus sitologik tahlil spesifik monoklonal antitanachali muhitda o'stiriladi va mikrobnig DNKsi bir qismi bir necha ming marotaba ko'paytirilib aniqlashga oson qilib beradi (PSR usuli). Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment analizi yordamida spesifik antitanachalar JgG va IgM topiladi yoki PSR usulida tekshiriladi.

Davolash asoslari: ushbu kasallikni ilk davrlarida diagnozlash, vaqtida turmush o'rtog'i bilan birga davolasa ijobiy natijaga erishish mumkin. Xlamidiozni davolashda etiotrop preparatlar qo'llanilishi kerak: dalatsin S 0,3g 4mahal, makropen 1tabletkadan 3mahal 14 kun yoki zitrotsin 0,1mg 1mahal 3kun, vibramitsin(doksisiklin) 0,1g x 2 mahal, 7 kun, makrolidlar guruhidan, eritromitsin 0,25g x 2 mahal 7 kun, rovamitsin 3,0mln 2mahal 5kun sumamed 0,25g x 2 mahal 6 kun, ftorxinolon siproofloksatsin 500mg 2 mahal 7 kun abaktal 400 mg x 2 mahal 10 kun va boshqalar. Ko'pincha antibakterial terapiya infeksiya yo'qolishiga emas, balki kam simptomli, subklinik yoki latent kechuvchi xlamidiozga aylantiradi. Bachadon bo'yni

eroziyasida maxalliy davolash ham o'tkaziladi (moychechak, evkalipt eritmasi bilan yuvilgandan so'ng antibakterial malhamlar eritromitsin), yordam bermasa bachadon bo'yni diatermokoagulyatsiya, kriodestruksiyasi qo'llaniladi.

Ureaplazmoz va mikoplazmoz

Tashqi muhitda keng tarqalgan va juda xilma-xil mikoplazmalardan faqat olti turi odam organizmiga ziyon yetkazishi mumkin. Bulardan ikki xili *Mycoplasma hominis* va *Ureaplasma urealyticum* jinsiy tizim a'zolarida yallig'lanish kasalliklariga olib kelishi mumkin. Patogen faolligini mikoplazmalar organizmda qarshilik kuchlari va immunitet pasayganda ko'rsatadi. Ko'pincha ureaplazma va mikoplazmalar boshqa mikroblar bilan birga aniqlanadi.

Diagnoz qo'yish uchun qonda spesifik antitanachalar IgM va IgG aniqlanadi yoki bachadon bo'ynining servikal kanalidan kultural sitologik usul yordamida aniqlanadi. Mikoplazmalar qin ajralmasida "qovurilgan tuxum" koloniyalari ko'rinishida aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolar zararlanishi sust ko'rinishda bo'ladi. Ko'pincha siydik sistemasi birlamchi zararlanadi. Bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklarida hayz sikli buzilishi qo'shiladi. Mikoplazma va ureaplazmalar bepushtlikga olib keladi. Homiladorlik davrida o'z-o'zidan homila tushishi, homilaning rivojlanishdan to'xtab qolishi, o'lik homila tug'ilishi, tug'ruqdan oldin suv ketishi, muddatdan oldin tug'ruq, chilla davrida septik kasalliklar kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal o'lim kuzatilishi mumkin. Davolash xlamidiozda qo'llaniladigan preparatlar bilan o'tkaziladi.

Oddiy herpes virusi (OGV)

Jinsiy a'zolar kasalliklarini qo'zg'atadigan viruslardan eng ko'p uchraydigani oddiy herpes virusi. Virus havo-tomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi. Birlamchi infeksiyalangandan keyin OGV latent formasiga aylanadi va keyinchalik immunitet pasaygan hollarda (gripp, yuqumli kasalliklar va boshqalar) reaktivatsiyaga uchraydi. Umumiy holat o'zgaradi, bosh og'rig'i, bir xilda baland tana harorati bo'lishi mumkin. Shunindek, teri va shilliq qavatlarda gerpetik toshmalar paydo bo'ladi. Gerpetik kasallik ko'p xil klinik ko'rinishlar bilan ifodalanadi: o'tkir yoki surunkali formalarida ko'z, milkar, og'iz bo'shlig'i, teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, markaziy nerv tizimi va ayniqsa jinsiy va peshob chiqaruvchi a'zolar kasalliklari.

OGP homilador ayolda yo'ldosh orqali oson o'tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o'rinda nerv tubining patologiyasi va nuqsonlariga (anensefaliya, gidrotsefaliya, spinae bifida), xromosom o'zgarishlariga olib keladi. Homiladorlikning patologik (homila tushish xavfi, homilaning o'z-o'zidan tushishi) kechishi ham virus ta'sirida

kelib chiqishi mumkin. Tug‘ilgan chaqaloqlarda herpes virusi nerv tizimi kasalliklariga olib keladi.

So‘ngi yillardagi ilmiy tekshiruvlar shuni ko‘rsatdiki, gerpetik infeksiya immun tizim faoliyatini keskin pasaytiradi va boshqa viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi bilan birga aniqlanadi.

Tekshirish usullari: immunofement analizi spesifik antitanachalarni IgG va IgM aniqlash yo‘li bilan, PSR qonda va jinsiy yo‘llarda. Davolash uchun herpesga qarshi preparatlardan atsiklovir, zoviraks, viroleks, ulkaril 200 mg har 3 soatda 5 mahal kechasidan tashqari 7-12 kun davomida, sikloferon 2ml mushaklar ichiga 8-10 marotaba, immunomodulyatorlardan immunomodulin, timogen, timalin, viferon suppozitoriyalari ikki mahal perrektal 10 kun davomida, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, vitaminlar. Mahalliy davolash uchun gerpetik toshmalarga zoviraks yoki atsiklovir kremi 3-5 mahal qo‘llaniladi.

Sitomegalovirus

So‘ngi yillarda jinsiy tizim a‘zolari kasalliklarininng etiologik sabablaridan sitomegalovirus (SMV) va oddiy herpes virusi (OGV) ahamiyati aniqlangan. SMV yo‘ldosh orqali homilaga o‘tib, turli hil nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o‘rinda nerv tubining nuqsonlariga va homila nobud bo‘lishiga yoki kasal bo‘lib tug‘ilishiga (mikrotsefaliya, ko‘rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sababchi bo‘ladi. Kasallik havo-tomchi va jinsiy yo‘l bilan tarqaladi.

Klinik kechishi asosan latent kechuvchi va subklinik, surunkali salpingooforit, endometrit, kolpit bo‘lib o‘tadi. Homiladorlik davrida o‘tkir formasi va surunkali SMV o‘tkirlashi (asosan O‘RVI klinikasi mavjud bo‘ladi) homila kasallanishiga olib kelishi mumkin.

Diagnoz qo‘yish uchun qonda spesifik antitanachalar IgG va IgM immunoferment analizi bilan yoki PSR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usul yordamida topiladi.

Davolash asoslari. Dunyoning 80 % aholisida qonda SMVga qarshi antitanachalar mavjud. Shuning uchun organizmning immun tizimi faoliyatini yaxshilash va viruslarga qarshi davolash natijasida qonda antigen miqdori kamayib, antivirus antitanachalarining soni ham nisbatan kamayishiga olib keladi. Davolashni homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida 12 haftasidan keyin o‘tkazish sarur.

Antivirus preparatlardan sikloferon, gerpevir, valovir, atsiklovir, valtreks qo‘llaniladi. Immunokorreksiya uchun viferon perrektal suppozitoriyalar 2 mahal 10 kun davomida, viusid 1 por 2 maxal 10 kun davomida, immunomodulin 1,0 mushaklar ichiga 10 kun davomida, timogen, timolin, timoptin kabi nospesifik immunomodulyatorlar, baliq yog‘i (ro‘biy jir) vitaminlar qo‘llaniladi. Davolashda plazmaferez, AUFOK (autoqonni ultrabinafsha nurlar bilan zararsizlantirish) qo‘llanish ham samarali bo‘ladi.

Odam immuntanqisligi virusi

Ortirilgan immun tanqislik sindromining (OITS) chaqiruvchisi birinchi marta 1983 yilda Fransiyadagi Paster institutining olimi Lyuk Montane tomonidan aniqlangan. Kasallik asosan jinsiy yo‘l bilan va kontakt-maishiy yo‘l bilan yuqishi mumkin.

Sindromning rivojlanishiga asosiy sabablardan biri immun tizim T-xelper limotsitlarining (antitanachalar ishlab chiqarishdagi yordamchilar) jarohatlanishi bo‘ladi. Birlamchi belgi bo‘lib dermatoz paydo bo‘ladi, undan keyin tarqalgan limfadenopatiya kamida 3 oy davomida. Ushbu holat 1,5 – 3 yilgacha yagona belgi bo‘lishi mumkin. Lekin ba’zan, ayniqsa kasallikning oxirgi bosqichida holsizlik, subfebrilitet, tunda terlash, mialgiya, artralgiya, splenomegaliya, nevrologik simptomlar, T-xelperlar sonining kamayish belgilari qo‘shiladi.

Odam immuntanqisligi virusi negizida oddiy herpes virusi va kandidozning qaytalanishi shilliq qavatlarni kasallantiradi. Klinikasi juda og‘ir va og‘riqli kechadi va OITS rivojlanishiga olib keladi.

Inkubatsion davri 3-4 haftadan 5-6 yilgacha. Virus termolabil bo‘lib, 20 minut davomida 56°S ta’sirida inaktivatsiyaga uchraydi. Lekin xona haroratida virus buyumlar va anjomlarda 7 kungacha saqlanadi va faol bo‘ladi.

Diagnoz qonda immunoferment usuli bilan spesifik antitanachalarni aniqlash va immun tizimidagi o‘zgarishlarga asosan aniqlanadi.

Davolash uchun virusga qarshi effektiv choralar yo‘q. Davolashda immunostimulyatorlar: izoprinozin, timozin, indometatsin, siklosporin A, interferonlar, azidotimidin va lamivudin qo‘llaniladi.

XXVII-BOB. HOMILADORLIK 1-YARMIDA QON KETISHLARI

27.1.AbortlarXomiladorlikning dastlabki xaftasidan to 22 xaftasigacha yoki xomilani vazni 500 g yetilishgacha to‘xtashi abort (bola tashlash) xisoblanadi.

Xomiladorlikning to‘xtash muddatiga qarab:

a) erta boshlangan abort (13-14 xaftagacha)

b) kechikkan (14-22 xaftagacha) abort deb yuritiladi.

Urug‘lanish, implantatsiya va embrion taraqqiyoti 26-28 rasmlarda ko‘rsatilgan.

Xomiladorlikning to‘xtash sabablariga ko‘ra:

1.Ayolning xoxishi bilan qilinadigan yoki tibbiy ko‘rsatmasi bilan to‘xtatiladigan sun‘iy abort atiladi. 2.O‘z -o‘zidan (ixtiyorsiz) sodir bo‘ladigan abort eng ko‘p uchraydi. 3. Ayolning o‘zi boshqa kishi yordamida tibbiyot qoidalariga xilof bola tushirishi xavflisizemas (kriminal, jinoiy) abort deb yuritiladi.

Agar o‘z-o‘zidan sodir bo‘ladigan abortlar bir necha marta birin-ketin takrorlansa, bu odat bo‘lib qolgan bola tashlashga kiradi.

Ixtiyorsiz bola tashlashga o‘tkir va surunkali yuqumli kasalliklar (gripp, yuqumli gepatit, sil, brusellyoz, zaxm) revmatizm, angina, pnevmoniya, pielonefrit,appenditsit,ichki sekresiya bezlari kasalliklari sabab bo‘lishi mumkin.

Ona bilan xomila qonining rezus jixatdan mos kelmasligi (onada rezus-manfiy, xomilada rezus-musbat qon bo‘lsa) xomiladorlikni to‘xtatishga olib keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi turmush, xromosom – genetik o‘zgarishlar natijasida homila nuqsoni rivojlanishi va tushishiga sabab bo‘ladi (27.1-rasm).



27.1-rasm. Nuqsonli homilani tushurish

Ichki jinsiy a‘zolar (bachadon, tuxumdon, bachadon naylari) faoliyatining yetishmovchiligi (infantilizm), bachadon va naylar,

tuxumdonlarning tug‘ma nuqsonlari, tuxumdon va bachadon o‘smalari, bachadon bo‘ynining oldingi tug‘ruqda yirtilishi kabi ko‘pgina xolatlar bola tashlashga sabab bo‘ladi. Ayolda to‘satdan sodir bo‘ladigan ruxiy shikastlanish, jismoniy og‘ir mexnat, xar xil jaroxatlar o‘z-o‘zidan bola tushishiga imkon tug‘diradi.

Bachadon, bachadon naylari, tug‘ruq yo‘llari (bachadon bo‘yni, qin, siydik yo‘llari)ning surunkali yallig‘lanishi natijasida ona qornida xomila va yo‘ldoshga kasallikning mikroblari o‘tib ularni shikastlaydi xomila ona qornida nobud bo‘ladi va xomiladorlik rivojlanishdan to‘xtaydi, ya‘ni bola tashlash sodir bo‘ladi. Xomiladorlikning dastlabki 12-14 xaftasigacha o‘z-o‘zidan sodir bo‘ladigan abortlar tuxumdonidan ajraladigan gormon (estrogenlar, proGESTeron) miqdori kamayganligiga sabab bo‘lsa, kechikkan (12-22 xaftada) abortlar ko‘pgina o‘tkir va surunkali kasalliklar, yuqumli o‘tkir kasalliklar, rezus mos kelmaslik, avvalgi tug‘ruqda bachadon bo‘yni shikastlanishi, qand kasalliklari kabilar natijasida yuzaga keladi.

O‘z-o‘zidan sodir bo‘ladigan abort klinik bosqichiga ko‘ra bir necha turga bo‘linadi: a) abort xavfi (taxdid qiluvchi abort) v) jadallashgan abort, g) chala, d) to‘liq abort.



27.2- rasm. Abortlarni klinik kechishi

Bundan tashqari ixtiyorsiz abortlar klinik kechishiga qarab infeksiyasiz va infeksiya tushgan abortlarga bo‘linadi.

Ixtiyorsiz bola tushishning yana bir turi – o‘smay qolgan yoki xalk orasida “yopishgan xomila” deb ham yuritiladigan abortdir. Bunda xomila yo‘ldosh bachadon devorlaridan ajralib nobud bo‘lgach, bachadon qisqarmaganligi, bachadon bo‘yni ochilmaganligi sababli bachadondan tashqariga chiqmay qoladi.

Klinik belgilari

Ixtiyorsiz abortning birinchi bosqichi-abortion xavfida ayol qornining pastida va belida dardga o‘xshash og‘riq sezadi.

Bunda qin orqali tekshirib ko‘rilganda bachadon xajmi xomiladorlik muddatiga to‘g‘ri kelib, bachadon biroz qisqaradi, ammo bo‘yni ochilmagan bo‘ladi.

Homila tushish xavfi - bola tashlashning birinchi bosqichi—xomila tushishning boshlanishi bo‘lib, ayol og‘riqdan tashqari jinsiy yo‘llardan biroz qon ketayotganidan shikoyat qiladi. Qin orqali tekshirganda bunda xam bachadon xajmi xomiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon devorlari qisqaradi, bachadon bo‘yni teshigi berk yoki tashqi teshigi barmoq uchicha ochilgan bo‘lishi mumkin. Agar jinsiy yo‘llarda ko‘p miqdorda yoki uzoq vaqt qon ketish kuzatilsa, xomiladorlikning kelgusida rivojlanishiga imkon bo‘lmay qoladi, chunki bachadon devoridan xomila va boshlang‘ich yo‘ldosh (xorion) ko‘proq ko‘chgan bo‘ladi.

Abortlarda bu dastlabki ikkinchi bosqichida xomiladorlar tezda tug‘ruqxonaga yotkizilib, tinch sharoitda yaratish va bachadonning qisqarish xususiyatini kamaytiradiga dorilar qo‘llanilishi kerak. No-Shpa 2 ml dan, papaverinning 2% li eritmasidan 2 ml, vitamin Ye ning 5-10% eritmasidan 1ml, proGESTeronning 1-2,5% eritmasidan 1,0ml dan kuniga 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Magniyning sulfat 25% li eritmasidan 5-10 ml ga novokainning 0 5% li eritmasidan 5ml qo‘shib, kuniga 1-2 marta 5-6 kun davomida mushaklar orasiga yuboriladi.

Keyingi vaqtlarda proGESTeron o‘rniga sintetik proGESTeron - turinal tabletkasidan kuniga 2-3 marta yeki dyufaston 4tabl.1-nchi kun keyin 3-2 maxal ichish buyurilmoqda. Vitaminlardan V1, V6 1ml dan xar kuni mushak orasiga yuboriladi. Glyukozaning 40%-20 ml eritmasiga 5%-5ml vitamin S qo‘shib qon tomirga yuborilsa, homilani o‘shishiga yordam qiladi. Agar homila tushishining sababi rezus mos kelmaslik bo‘lsa, homiladorlikda xozirgi davrda antitanalarni kamaytirish maqsadida dimedrol, pipolfendan 1ml teri ostiga yuboriladi yoki 1 ta tabletkadan kuniga 1-3 marta ichishga beriladi.

Rezus immunlashgan homiladorlikda alloplastika metodi (eridan ozgina teri olinib ayolga ko‘chirib o‘tkazish) homiladorlarni davolashda keng qo‘llanilmoqda. Boshlanayotgan abortda bachadon bo‘yni biroz ochilgan bo‘lsa dorilar bilan davolash davomida qon ketish kamaymasa homiladorikni saqlab qolishning iloji bo‘lmaydi, bu holda homilani maxsus asboblari (mexanik vakuum-shpris)yordamida olib tashlashga to‘g‘ri keladi.

Jadallashgan abortda ko‘chgan homila tuxumi bachadon bo‘shlig‘ining kengaygan kanali orqali qinga chiqib qolgan bo‘ladi. Bachadon bo‘yni kanalining ochilganligi, unda xomila tuxumi borligi, tuxumning bir qismi qinga tushganligi ayolni qin orqali tekshirganda aniqlanadi.

Chala abortda xomila tuxumining bir qismi (tushib qolgan qismi) bachadon bo‘shlig‘ida saqlanib qoladi. Bunda bachadon bo‘yni kanali 1-2sm ochilgan, bachadon tanasi homiladorlik muddatidan kichikroq bachadon esa yumshoqroq bo‘ladi.

Jadallashgan va chala abortda bachadondan ko‘p miqdorda qon ketishi mumkin. Davosi, homila tuxumi, uning qoldiqlari maxsus asboblari

yordamida olib tashlanadi. Bundan tashqari o‘tkir kamqonlik natijasida ayolning axvoli og‘irlashgan bo‘lsa albatta zarur miqdorda qon va uning o‘rnini bosuvchi suyuq dorilar tomirga yuboriladi

Homila tuxumi bachadon bo‘shlig‘idan batamom chiqqanda to‘liq abort deb yuritiladi. To‘liq abortda bachadon qisqaradi bachadon kanali ozroq ochilgan qon oqishi to‘xtagan bo‘ladi. Bachadon xajmi kichraygan bo‘ladi. Xomiladorlikning dastlabki oylarida to‘liq abort katta muddatdagi xomiladorlikka qaraganda kamroq uchraydi.

To‘liq abortda bachadondan homila tuxumi to‘la shikastlanmay chiqqanda xam desidual parda va qon laxtalari bachadonda qoladi, bu esa mikroblar rivojlanishiga yetarli muxit yaratadi, infeksiya avj olishiga sabab bo‘ladi. Shu sababli to‘liq abortdan keyin ham bachadon devorlarini maxsus asboblar bilan qirish tavsiya etiladi.

O‘smay qolgan homiladorlik (yopishgan homila)ni aniqlashda homiladorlik belgilari yo‘qolishi, sut bezlarining yumshashi, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kichik bo‘lishi, katta muddatli homiladorlikda xomilaning yurak urishi va qimirlashining to‘xtashi kabi belgilar ahamiyatga egadir. Bundan tashqari immunologik reaksiyalar yordamida homiladorlikning to‘xtaganligi aniqlanadi.



27.3-rasm. Rivojlanmagan homiladorlik

Keyingi paytda ultratovush apparati yordamida homiladorlikning rivojlanishi, homilaning tirikligini aniqlash keng qo‘llanilmoqda. Homila nobud bo‘lganligi aniqlagandan so‘ng, uni olib tashlashga (12 haftagacha) yoki sun‘iy tug‘dirishga (12 haftadan oshgach) harakat qilish kerak. Chunki bunday hollarda bachadondagi o‘lik to‘qimalar ayol organizmini surunkali zaxarlab homila tushishi paytida ayolda qon ivimaslik, ya‘ni koagulopatik qon ketish asoratlariga olib kelishi mumkin. Shu sababli o‘smay qolgan

homiladorlikni aniqlash bilan darrov ayolni tug‘ruqxonaga yetkazib, qon gruppasi, rezus omil, qon ivish xususiyatlarini aniqlash zarur.

Homilani olib tashlash yoki sun‘iy tushirish mobaynida qon, qon zardobi, qonni ivituvchi (kalsiy xlor, vikasol, ditsinon, vitamin Ye, ATF, kontikal, gordoks, askorbin kislotasi) dorilaridan qon tomiriga yuborish og‘ir asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Septik abort

Agar homila tushishi 2-3 kun va undan ko‘p davom etsa, bachadon ichiga mikroblar tushib, xomila tuxumi va bachadonning yallig‘lanishiga sabab bo‘ladi. Buni infeksiyali abort deb yuritilib, bu ko‘proq jinsiy (kriminal) yo‘l bilan homila tushirilganda sodir bo‘ladi. Infeksiya fakat homila va bachadon shilliq qavatini zararlasa, asoratsiz abort deb yuritiladi. Asoratli abortda infeksiya kichik chanoq a‘zolariga, bachadon naylari, tuxumdon, bachadon atrofidagi kletchatkalariga tarqalib, chanoq bo‘shlig‘ida yiring to‘planadi.

Bunda bemorning tana xarorati baland bo‘lib, axvoli og‘irlashadi. Septik abortda esa infeksiyaning qon orqali butun a‘zoizmga tarkalishi natijasida bemorning axvoli yanada og‘irlashadi, ba‘zan o‘pka, buyrak va boshqa a‘zolarida yiringli yallig‘lanishlar, shu a‘zolarini faoliyatining bo‘zilishi ko‘zatiladi. Ba‘zan bu holat septik karaxtlik (shok) ka olib keladi. Bunda tana haroratining nihoyatda baland bo‘lishi, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining birdan pasayib ketishi, nafas olish, yurak faoliyatining o‘tkir yetishmovchiligi tufayli ba‘zan bemor nobud bo‘lishi mumkin. Infeksiyali abort davomida bir vaqtini o‘zida yallig‘lanishga qarshi dorilar qo‘llashdan tashqari bachadon ichidagi xomila va uning qoldiqlarini qirib olish yoki homilani tushirishni tezlatish choralari ko‘riladi. Septik abort va septik shokni davolashda bemorga bir vaqtda 2-3 xil har tomonlama ta‘sir ko‘rsatadigan antibiotiklar lendatsin 1g v/i 3-5 kun, sefazolin-TEVA, ifizol 1g xar 4-6 soatda, siprinol 200-400 mg 2m/k 5kun v/i, ifitsef, seftriakson 1g dan xar 6 soatda mushak orasiga yoki qon tomiriga tomchilab, kanamitsin-ni 0,5 g dan xar 8-12 soatda, vankomitsin 500 mg dan xar 6 soatdan mushak orasiga, sulperazon 1g -2g xar 12 soatda v/i yeki m/i yuboriladi. Shu bilan birga metrogil 200 mg-400 mg kuniga 2-3 maxal ichishga yeki 100 ml (500mg) 2maxal qon tomiriga, sutkasiga 2,5 litrgacha suyuqliklar (protein, albumin, aminon yoki infezol, refortan, jelatinol, gemodez va boshqalar) dan qon tomiriga tomchilab, desensibillovchi (dimedrol 1% 1-2 ml yoki lomid 1 tabl.kuniga), siydik ajralishini kuchaytiruvchi (2 ml laziks tomirga yokimushak orasiga, mannitolni 15% li eritmasidan 200-400 ml qon tomirga), yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar (0,25% li strofantindan 0,5 ml glyukozaga qo‘shib tomirga, sulfokamfokaindan 2 ml mushak orasiga) tana xaroratini pasaytiruvchi (analgin, amidopirin va dimedrol aralashmasi mushak orasiga) kabi

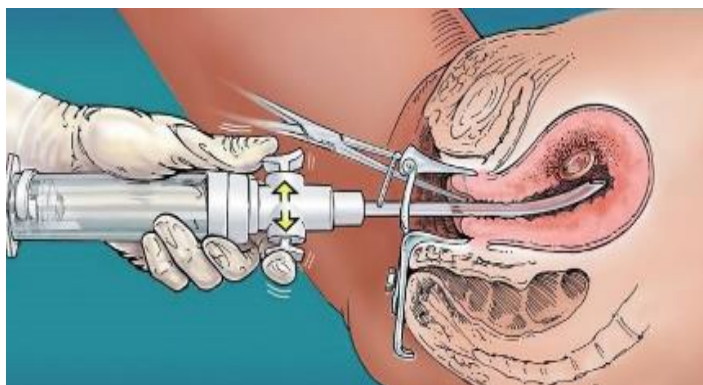
dorilarni muntazam berib borilsa bu bemor axvolining yaxshilanishiga yordam beradi .

Shuni aytib o‘tish kerakki, agar bachadondan ko‘p qon ketayotgan bo‘lsa, tana harorati yuqoridarajada bo‘lishiga karamay , bachadon devorlaridan homila qoldiqlarini vakuum-aspiratsiya usuli bilan yeki kirib tashlash qon ketishini to‘xtatishga yordam beradi. Septik abortlarda ba‘zan ayolning hayotini saqlabqolish maqsadida bachadonni , bachadon naylarhamda tuxumdonlar bilanbirga jarroxlik kilib olibtashlashgaham to‘g‘ri keladi .

O‘z-o‘zidan sodir bo‘ladigan abortlarning oldini olish uchun ularni yuzagakeltiradiganyukorida ko‘rsatibo‘tilgan kasalliklarnio‘z vaqtida davolash, qizlarni yoshligidanchiniqtirish vaqtida sifatli ovqatlanish, sun‘iy abort qildirmaslik uchun xomiladorlikdan saqlanish vositalaridan keng foydalanishni ayollar o‘rtasida targ‘ibot qilish zarur. Bola tashlash odat bo‘lib qolganxomiladorlarni xomiladorlikning « Xavfli » muddatlarida tug‘ruqxonalarda davolash tavsiya etiladi.

Sun‘iy abort

Davolashmuassasalaridaayolningistagi yoki tibbiy ko‘rsatmalarga muvofiq homiladorlik sun‘iy yo‘l bilan to‘xtatiladi ya‘ni abort qilinadi (27.4-rasm) .



27.4- rasm. Vakuum shpris yordamida abort

Ayol biror sababga ko‘ra tug‘ishni istamasa homiladorlikning 12 haftasigacha abort qildirish huquqiga egadir . Lekin sun‘iy abort qilishda ayolning jinsiy yo‘llarida yallig‘lanish kasalliklari bo‘lmasligi, abort qilishda aseptika qoidalariga rioya qilish abortdan keyingi asoratlarning oldini olishda yordam beradi. Homiladorlikning 12 haftasidan oshgan muddatlarida faqat tibbiyyoki sotsial ko‘rsatmalariga muvofiq homiladorning hayoti hamda sog‘lig‘iga xavf soladigan biron kasallikning mavjudligi va oilaviy sabablari (eri to‘satdan o‘lgan yoki jazoga tortilgan, balog‘at yoshiga yetmagan yoki jinsiy tazyiq natijasida homilador bo‘lgan) ko‘ra sun‘iy abort qilinadi. Homilani olib tashlashdan oldin bachadon

buyini tayerlash uchun prepidil gel servikal kamaliga 1kun oldin yuborish tavsiya kilinadi. Kasalxona sharoitida abort qilishganda ham bachadon va boshqa a'zolarining yallig'lanish hamda shikastlanish ehtimoli yo'q emas. Infeksiya qo'shib og'irlashgan abortlardan keyin ayolning bo'yida bo'lmasligi yoki homilaning bachadondan tashqarida rivojlanishi kabi asoratlari ko'p kuzatiladi. Shuning uchun abortning oldini olish sanitariya maorifi ishlarini keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan vositalarni qo'llashdan iborat.

27.2. Bachadondan tashqari xomiladorlik

Urug'langan tuxum hujayra odatda bachadon nayi orqali bachadon bo'shlig'iga tushib, uning tana qismi shilliq qavatiga o'rtnashadi va shu joyda rivojlana boshlaydi. U bachadondan tashqariga payvandlansa, bachadondan tashqari homiladorlik vujudga keladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik ayol hayotini xavf ostida qoldiradigan og'ir kasallikdir. Homila bachadondan tashqarida uning o'sib rivojlanishi uchun yetarli sharoit yo'qligidan u o'zi o'rtnashgan a'zoni yemiradi, qon tomirlari buzilib, ayol qorin bo'shlig'iga ko'p miqdorda qon oqadi. Oqayotgan qonning shu yerda to'planishi esa ayol hayotini xavf ostida qoldiradi, natijada gemorragik shok ro'y berishi ko'pincha zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladi.

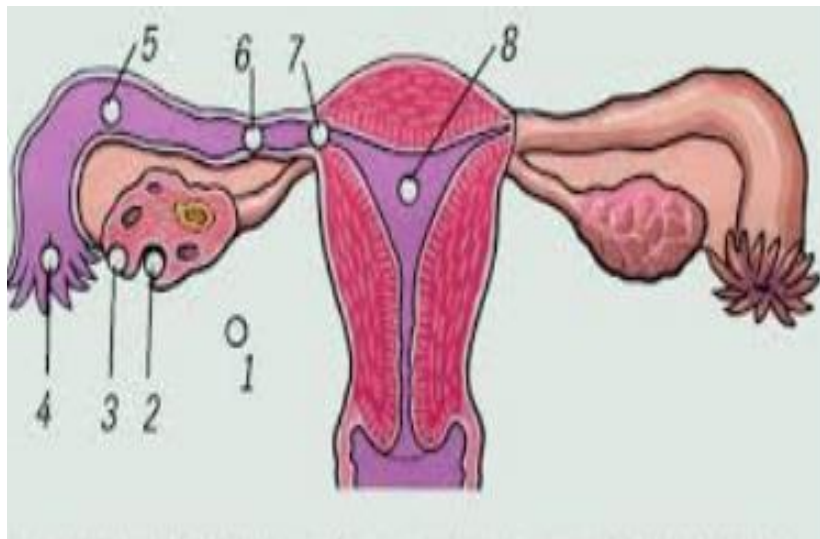
Bachadondan tashqari homiladorlikning asosiy klinik belgilarini umumiy amaliyot shifokorlarining bilib qo'yishlari juda muxim. Chunki ular bunday og'ir asorat bilan kasallangan ayollarni o'z vaqtida vrachga yuborib, ularning hayotini saqlab qolishga o'z hissalarini qo'shgan bo'ladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik 5-8% hollarda uchraydi. Ayrim vaqtlarda urug'langan tuxum hujayra nayga, tuxumdonga(0,1-0,2%), qorin pardasiga(0,2-0,4%), qorin bo'shlig'idagi turli a'zolarga implantasiyasini mumkin. Bachadondan tashqari homiladorlik ko'pincha bachadon naylarida joylashadi(98-99%).

Homila bachadon nayining har xil joyida: ampulyar, istmik va interstitsial (bachadon devoriga kirib turgan) qismlarida joylashishi mumkin. Nayning istmik (o'rta) qismida homila ko'proq (49,6%), ampulyar qismida ozroq (40,3%), interstitsial qismida eng kam (9,45%) uchraydi (Gryaznova I.M. 1980).

Ko'pincha bachadon nayining surunkali yallig'lanishi naydagi homiladorlikka sabab bo'ladi. Yallig'lanish natijasida bachadon nayi devorlarining bir-biriga yopishib qolishidan tashqari, uning bo'shlig'i torayadi hamda nayning qisqarish qobiliyati sustlashadi. Natijada urug'langan tuxum hujayra bachadonga o'ta olmaydi yoki o'tishga ulgurmay,

nay bo'shlig'iga yopishadi va shu joyda taraqqiy eta boshlaydi. Bunday ayollarning hayot tarzini so'ralganda ular ilgari sun'iy abort qildirgan, o'z-o'zidan bola tashlagan, birlamchi yoki ikkilamchi befarzand, umumiy organizmi yoki jinsiy a'zolari chala rivojlangan (infantilizm) bo'lib chiqadi.



27.4-rasm. Bachadondan tashqari homiladorlik turari: 1-qorin bo'shlig'ida;2-3-tuxumdonda;4-7-bachadon nayida;8-bachadonda..

Bachadondan tashqari homiladorlik (gr.extranterina) yoki o'z o'rnida joylashmagan homiladorlik deb, urug'langan tuxumning bachadondan tashqari-homilaning tug'ilishi uchun tabiiy yo'llardan tashqarida joylashishiga aytiladi.

Tasnifi:

A.Urug'langan tuxumning joylashishiga ko'ra:

1.Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik: a) birlamchi ,b) ikkilamchi

2.Bachadon nayidagi homiladorlik (gr.extra uter tubarria)

a) Interstitsial qismida joylashishi (9,15%)

b) Istmik qismida joylashishi (49,6%)

v) Istmiko-ampulyar qismida joylashishi

g) ampulyar qismida joylashishi (40,3%)

d) fimbrial qismida joylashishi

3.Tuxumdondagi homiladorlik (gr.ovarialis)

4. Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa shakllari:

a) bachadon bo'ynida joylashishi

b) aralash joylashishi (masalan;tuxumdon -fimbrial qismida joylashishi).

v) bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi.

g) boylamlar orasida joylashishi.

d) bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko'ra:

1. Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik

2. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik:

a) bachadon nayining yorilishi.

b) naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenezi

Fiziologik sharoitda urug'langan tuxum hech qanday to'siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo'shlig'iga o'tadi. Me'yorda trofoblast tuxum bachadon bo'shlig'iga tushgandan keyin hosil bo'lishi kerak. (trofoblast tuxumning ma'lum bir joyda o'rnatilib, mahkamlashib olishida asosiy o'rinni egallaydi). Agar trofoblast tuxumning bachadon bo'shlig'iga tushishidan oldin paydo bo'lsa, bachadondan tashqari homiladorlik kelib chiqadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning eng ko'p uchraydigan shakli naydagi homiladorlikdir. Buning asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1. Yallig'lanish jarayonlari.

2. Jinsiy a'zolarining noto'g'ri rivojlanishi (infantilizm).

3. Bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o'smalari.

4. Nay endometrioz.

5. Bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.

6. Urug'langan tuxum hujayra migratsiyasi.

Ko'pchilik ayollarda sariq tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomonidagi tuxumdonda topiladi.

a) tashqi migratsiyada (masalan, o'ng tuxumdondan chap bachadon nayiga qorin bo'shlig'i orqali o'tadi yoki aksincha) blastotsista kattalashib ketib nayning ingichka bo'yin oldi qismidan o'ta olmay qoladi.

b) ichki migratsiyada esa urug'langan tuxum hujayra bachadon orqali karama-karshi tomondagi nayga o'tadi.

7. Haddan tashqari ruhiy zo'riqishlar.

Bunda "tuxumni qabul qilish mexanizmi" buzilib nay muskullarini uzoq vaqt spazmiga va antiperistaltikasiga olib keladi. Natijada tuxumning naydan transportirovka qilinishi sekinlashadi va bachadondan tashqari homiladorlik yuzaga keladi (gormonlar muvozanati buziladi).

Yallig'lanish jarayonlari bo'lganda nay shilliq qavatlarida shishib, fibroz va chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nay ichi torayadi, kiprikchali epiteliylar xarakati buziladi. Nay harakati sekinlashib urug'langan tuxum hujayra turib qoladi va shu yerda rivojlanadi.

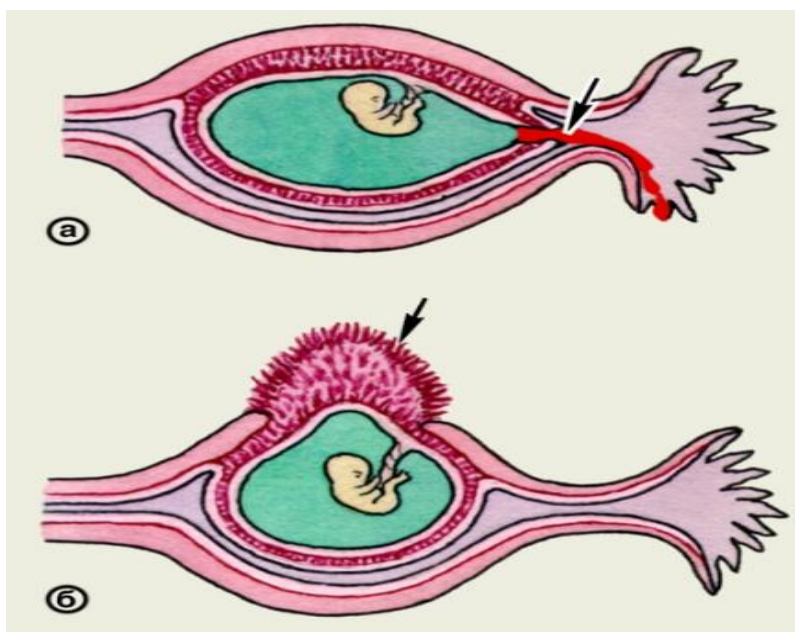
Infantilizm ham naylar ingichka uzun bo'lib, urug'langan tuxum hujayrani o'tkazib bera olmaydi. Neyrogumoral boshqarilish ham buziladi.

Klinik kechishi

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.

Erta davrlarida normal homiladorlikka o'xshab ketadi. Anamnezida yallig'lanish jarayoni yoki uzoq vaqt bepushlik bo'lgani aniqlanadi. Birinchi haftalarda bachadon homiladorlik muddatiga mos keladi. Keyinchalik esa muddatidan orqada qolib boradi. Bachadon noksimon shaklda bo'ladi. Bachadon ortiqlari sohasida yumshoq, og'riqli, kolbasasimon shaklda hosila aniqlanadi. U harakatchan bo'ladi. Qin orqali orqa gumbazga kirib bachadon bo'yni bir oz oldinga (qovga) ko'tarilsa, og'riq seziladi. Ayol statsionarga yetkazilib qattiq nazorat qilinadi. Odatda o'suvchi homiladorlik 2-3 oylik muddatida aniq paypaslanadi, bachadon yon tomonida yumshoq uzunchoq hosila aniqlanib, qin yon gumbazlari sohasida pulsatsiya beradi. Hosila kattaligi 4 haftalik muddatda qush tuxumidek kattalikda bo'ladi. Kech muddatlarida qin gumbazlari orqali homila qismlari va uning harakatini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda UTTda aniqlanadi hamda laparoskopiya orqali aniqlab davolash mumkin.

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning "nayning yorilishi" turi (27.5-rasm).



27.5-rasm. Bachadondan tashqari homiladorlikni naydagi abort va nay yorilishi turlari

Nay 4-6 haftaligida, ba'zi paytlari 2-3 haftaligida yoriladi. Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining desiduellanishi, bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funksional va bazal qavatga bo'linmaydi, shilliq osti qavatining ham yo'q, mushak qavati ham bachadonnikiga qaraganda sust rivojlangan. Shunga ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vorsinkasi nay devoriga tez o'sib

kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi chiqib erkin qorin bo'shlig'iga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqlari orasida bo'ladi. Nay yorilganda homila tuxumi qorin bo'shlig'ida bo'lsa, "o'tkir qorin" belgilari paydo bo'ladi: anemizatsiya, hushidan ketish, bosh aylanishi, qorinda kuchli og'riq, shok belgilari-qon bosimining pasayishi, holsizlik kuzatiladi.

Agar nay yorilganda bachadonning keng boylamiga qon quyilsa, anemiya, shok, qorindagi og'riq belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Yig'ilgan qon (qorin bo'shlig'iga yoki nay ichida) so'rilib laxta hosil qiladi va bu ichki a'zolarining qorin parda, ichaklar, charvi, siydik pufagi bilan qisib qo'yadi, shuning natijasida qorinda og'riq, algomenoreya, bepushlik belgilari paydo bo'ladi. Ba'zan xavfli o'smaga (xorionepitelioma) olib kelishi mumkin.

Asosiy belgilari

Qorin va qov soxasida kuchli og'riq bo'lishi, og'riqning yelka, kurak, to'g'ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, hushidan ketishdir. Ob'ektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlari oqaradi. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan, lekin nafas olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erkin suyuqlik bo'lgani uchun to'mtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda bachadon bir oz kattalashgan, yumshoqroq, odatdagidan xarakatchan ("suzuvchi bachadon"), bachadon ortiqlari shishgan, orqa gumbaz bo'rtib chiqqan va paypaslaganda kuchli og'riqli ("Duglas qichqirig'i") bo'ladi. Bachadon bo'ynini oldinga surib ko'rilganda kuchli og'riq seziladi ("Prust belgisi")

Bu belgilardan tashqari, nayning yorilishiga professor A.A. Kogan tomonidan aniqlangan quyidagi 2 ta belgi xarakterlidir:

1. Qalpoqcha belgisi - ayolni bosh tomoni biroz ko'tarilgan xolatda qin orqali tekshirilganda qinga kirgizilgan barmoqlar ustiga orqa gumbaz qalpoqchaga o'xshab kiyilib keladi.

2. To'siq belgisi - qin orqali ikki qo'llab tekshirilganda tashqi va ichki barmoqlar bir-biri bilan tytashadi, barmoqlar tortilganda esa yana shu sohada xosila paydo bo'ladi (bu suyuq qonning harakatlanishidir).

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning "nay aborti" turi.

Bunda nayning infundibulyar yoki ampulyar qismida joylashgan tuxum hujayra nay devoridan ko'chadi va nayning qisqarishi natijasida qon quyqalari bilan o'raladi va qorin bo'shlig'iga chiqadi. Nay abortini aniqlash biroz qiyinchilik tug'diradi. Bachadon bo'shlig'idan uning o'ziga o'xshagan to'qima parchasi (slepok matki) chiqsa, diagnoz qo'yish biroz yengillashadi. Shu sababli bemorni tekshirganda qindan olingan laxtalarni sinchiklab

tekshirish lozim. Ko'zdan kechirganda ko'z sklerasining sarg'imir tusga kirishi ichki qon ketishidan darak beradi. Homila tuxumi asta-sekin ko'chib , kichik bo'laklarni o'z ichiga olsa va ayni vaqtda ko'p qon quyilmasa, nay devori bilan homila tuxumi o'zni orasiga qon to'planadi. Shuning oqibatida ko'pincha nay voronkasi sohasida yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi, so'ngra nayning abdominal uchi bitib ketadi. Shu tariqa o'rnidan ko'chgan homila tuxumi endi taraqqiy etolmay nobud bo'ladi. Nayga quyilgan qon bora-bora ivib laxta hosil bo'ladi, bu laxta ivib biriktiruvchi to'qima bilan o'rala boshlaydi, natijada qoplangan qon gematosalpihx va peritubar gematoma vujudga keladi. Nay abortida nayning abdominal teshigi orqali kichik chanoq bo'shlig'iga talaygina qon quyilsa, bu qon Duglas bo'shlig'ida to'planib bachadon orqasidagi qonli o'smani hosil qiladi. Bunday hollarda ichki tekshirish o'tkazilsa, quyidagilar aniqlanadi: qin orqa gumbazi bo'rtgan, bachadon yuqoriga va oldinga surilgan, bachadon orqasidagi o'sma yumshoq konsistensiyali, elastik, harakatsiz, yuqorgi chegarasi yopiq bo'ladi.

Qorin pasti perkussiya qilinsa perkutor chegara palpatsiyada aniqlanadigan chegaraga mos kelmay, 2-4 sm pastroqda bo'ladi. Buning sababi shuki, bachadon orqasidagi qonli o'sma ustida ichak qovuzloqlari bir-biriga yopishib turadi, bular perkutor timpanik tovush beradi.

Demak, nay abortiga Malinovskiy belgilari: hayzning kechikishi, qorin pastida bir tomondagi to'lg'oqsimon og'riq, qonli ajralma kelishi xarakterlidir. Bemor qisqa vaqt hushidan ketadi. Qin orqali tekshirganda bachadon yumshoq , biroz kattalashgan, bir tomonlama bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila paypaslanadi va gumbazlar orqali qon tomirlar pulsatsiyasi aniqlanadi. Bachadonni oldinga va yuqoriga surganda paydo bo'ladigan og'riq nay yorilganiga nisbatan sustroq bo'ladi. Bachadon bo'shlig'idan desidual pardalar chiqib turadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari

1. Anamnez (surunkali yallig'lanish jarayonlarining borligi, sun'iy abortlar, tug'ruq asoratlari va h. k.) 90% hollarda anamnez orqali diagnoz qo'yish mumkin .2 .Umumiy tekshirish natijalari:

-Hayzning kechikishi.

-Homiladorlik belgilari bo'lishi.

-Qorinda og'riqning bir tomonlama (frenikus belgisi) to'lg'oqsimon bo'lishi, og'riqni qov sohasidan yelkaga, kurakka, to'g'ri ichakka o'tishi.

-Hushdan ketish, shok, kollaps belgilari (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi , qon bosimining pasayishi , tomir urishi tezlashishi va h.k)

-Tashqi va ichki qon ketish belgilari (kamqonlik rivojlanishi)

-Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari rivojlanishi, qorin paypaslanganda og'riq sezilishi va mushaklari taranglashgan, perkussiya qilinganda qorin bo'shlig'ida erkin qon yig'ilishi sababli perkutor tovushining bo'g'iqlashishi .

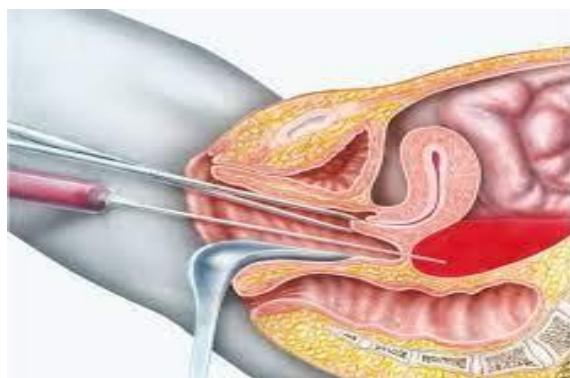
3. Qin orqali tekshirilganda :

Qin shilliq qavatlari oqargan ,to‘q qoramtir qon bilan qoplangin .Bachadon bo‘ynining qin qismi biroz ko‘kimtir bo‘ladi. Bachadon bo‘yni kanalidan desidual to‘qimalar bilan aralashgan xolda to‘q qoramtir qon kelib turadi(oz miqdorda).Bachadon noksimon shaklda bo‘lib, biroz yumshagan bo‘ladi.Bachadon bo‘yni oldinga surilsa, kuchli og‘riq beradi .Bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama shish aniqlanadi. Qin gumbazi bo‘rtib chiqqan bo‘lib, juda og‘riqli .("Duglas qichqirig‘i"), qalpoqcha, to‘siq belgilarining musbat bo‘lishi kuzatiladi.

4.Ul‘tratovush orqali tekshirish

Ko‘pincha bachadon nayidagi rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikni aniqlashda katta yordam beradi.

5.Orqa gumbaz punksiyasi (27.6-rasm)



27.6-rasm. Qin orqa gumbazi punksiyasi

Bunda suyuq, ivimaydigan to‘q qoramtir rangli qon olinadi.

6.Laparoskopiya.

7.Endometriyni gistologik tekshirish.

Xorion vorsinkalarisiz desidual to‘qimaning bo‘lishi bachadondan tashqari homiladorlikdan darak beradi.

TUXUMDON APOPLEKSIYASIDA-juda kuchli og‘riqlar , shok belgisi bo‘lmaydi.Bachadondan qon ketishi xam kuzatilmaydi.Tuxumdon apopleksiyasi ovulyatsiya vaqtida yuzaga keladi.

O‘SMA OYOQCHARINING BURALIB QOLISHI-asosiy belgisi og‘riqdir, lekin hushdan ketish ,shok kuzatilmaydi.Anemiya belgilari bo‘lmaydi.Qin orqali tekshirilganda bachadondan aloxida ravishda o‘sma aniqlanadi.

O‘TKIR PELVIOPERITONIT-bunga qarama- qarshi ravishda bachadondan tashqari nay xomiladorligida anemiya, subnormal tana xarorati, qorin oldingi devorining nafasda ishtirok etishi , yaqqol bo‘lmagan Shetkin-Blyumberg belgisi kuzatiladi.

OSHQOZON YARASI PEROFORATSIYASI-epigastral sohada o‘tkir og‘riq,anamnezida gastrit, yara kasalligi borligi muxim rol o‘ynaydi.

Asosiy o'rinda shok belgilari turadi. Bachadondan tashqari homiladorlikda esa kamqonlik belgilari turadi.

ICHAK TUTILISHI- bachadondan tashqari homiladorlikning o'xshash belgilari: og'riq bo'lishi, meteorizm va qorin devorining rezistentligi, el chiqmasligidir. Ichak tutilishida o'tkir kamqonlik belgilari bo'lmaydi, ich kelmasligi, yel chiqmasligi, qusish asosiy o'rin egallaydi. Ichak tutilishida Valdeyer „Spasokukoskiy belgilari (Q3) bo'ladi. Rentgenologik tekshirganda Kloyber kosachalari topilishi ichak tutilishi uchun xosdir.

Davolash.

Asosan operativ davolanadi. Spinal yoki ingalyatsion narkoz beriladi va relaksantlar qilinadi yoki spinal anesteziya qo'llaniladi.

Jarroxlik quyidagi bosqichlardan iborat:

1. Qorin bo'shlig'ini ochish (laparotomiya) Pastki o'rta laparotomiya (qovdan kindikkacha uzunasiga) yoki qov ustidan ko'ndalang kesim qilinadi.

2. Homiladorlik tufayli zararlangan nay operatsion jarohat yuzasiga chiqariladi.

3. Zararlangan nay olib tashlanadi (salpingoektomiya) agar tuxumdon xam zararlangan bo'lsa, salpingoovariektomiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga yig'ilgan qon olib tashlanadi.

4. Peritonizatsiya qilinadi (yumaloq boylam bilan) va operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Bu davolash usuli ko'pincha naydagi uzilgan homiladorlikda qilinadi.

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikda quyidagi amaliyotlar qilinishi mumkin:

Salpingostomiya – bachadon nayi uzunasiga kesilib, homila tuxumi olib tashlanadi. Lekin homila tuxumi olib tashlangandan keyin salpingostoma yopilmaydi.

Bachadon naylarining segmentar rezeksiyasi.

Bunda nayning homila tuxumi joylashgan qismi kesib olib tashlanadi va ikkala kesilgan qismi ulanadi (anastomoz). Nay ichida kateter qoldiriladi. Nay o'tkazuvchanligi tekshiriladi. Bu usul ko'pincha ikki marta ektopik xomiladorlik o'tkazilayotgan ayollarda qilinadi. Bunday ayol homiladorlikni normal o'tkazish imkoniyatiga ega bo'ladi, bola tug'ish funksiyasi saqlanib qoladi.

- Tuxum xujayra nayning ampulyar va fimbriya qismida joylansa, ampytatsiya qilinib nay stomoplastikasi qilinadi.

- Operativ laparoskopiya orqali ham qisman yoki total salpingoektomiya qilish mumkin. Bu usulning afzalligi shundaki, bemor tezda oldingi xayotiga qaytadi, jarroxlik davomiyligi jarroxlikdan keyingi davr va statsionarda yotish muddatlari kamayadi.

Ayni vaqtda gemorragik shokka qarshi tezkor choralar ko'riladi. Bemorga plazma, eritrotsitar modda va qon o'rmini bosuvchi suyuqliqlar

quyiladi(stabizol,poliglyukin,jelatinol,kristalloid eritmalar). Antibakterial desensibillovchi (dimedrol,suprastin, tavegil, pipolfen), yallig'lanishga qarshi , umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar o'tkaziladi.

Sog'lomlashtirish tadbirlari

Ektopik homiladorlikni o'tkazgan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Jarroxlikdan keyin 4-5 kunda nospesifik terapiya: umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, desensibilizatsiyalovchi, fizioterapevtik muolajalar boshlanadi. 5-6 oy mobaynida 3 ta kurs sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi: jarroxlikdan keyin 5 kun dikloran 2,0 m/o, elektroforez (kaliy yod bilan) qorin- dumg'aza sohasiga quyiladi Jinsiy a'zoldan qon kelish to'xtagandan keyin (6-kunidan 14-kunigacha) davolash gidrotubatsiyasi (ifizol1g, 25 mg gidrokortizon, 0,5 % novokain) o'tkaziladi Dori asta- sekin yuboriladi . Gidrotubatsiya fizioterapiya bilan birga qo'shib olib boriladi:birinchi davolash kursida kaliy yod bilan elektroforez , ikkinchi kursida dikloran plyus gel, lidaza bilan ultratovush , uchinchi kursida dikloran plyus gel yoki lidaza bilan elektroforez o'tkaziladi.

Keyin ayolga 6 oy mobaynida kontrasepsiya maqsadida sintetik proGESTinlar buyuriladi sanatoriy kurortlarda davolanish tavsiyaqilinadi

Oldini olish

Ektopik homiladorlikning oldini olish homilaning ona qornida rivojlanishidan tortib uni bolalik va jinsiy yetilish davrlarida normal rivojlanishiga ahamiyat berishdan boshlanadi. Bu davrda infantilizmni o'z vaqtida aniqlab, uni davolash imkonini beradi. Abortlarga qarshi kurashish (kasalxonadan tashqarida qilinadigan abortlar) yallig'lanish jarayonlarini va boshqa bachadondan tashqari homiladorlikka olib keluvchi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab, davolash ektopik homiladorlikning oldini olishning eng asosiy sharti hisoblanadi.

XXVIII-Bob.BACHADON O'SMA KASALLIKLARI.

28.1.bachadon miomasi

Bachadon miomasi deb, gormonlarga moyil bo'lgan, mushak to'qimasi hamda biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27% ida, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% ida uchraydi.

Bu kasalga duchor bo'lgan bemorlar organizmida bir qancha a'zo va to'qimalar zararlanadi, ya'ni yurak sohasida og'riq bo'lishi va uning kattalashishi(miomatoz yurak). Shuning uchun ham bu kasallikni sistemali kasallik deyiladi.

Bachadon miomasining kelib chiqish sabablari va rivojlanishi yuzasidan juda ko'p olimlarning fikr-mulohazalari bo'lib, ular har xildir, lekin yagona yakuniy xulosaga kelinmagan. Bu masalada butun dunyo olimlari tadqiqot ishlarini olib bormoqdalar. Bunga dalil sifatida bachadon miomasi masalasida 1976 yili Kishinev shahrida 1978 yili Moskva shahrida, 1980 yilda Samarqand shahrida bo'lib o'tgan butun dunyo olimlarining anjumanlari asosiy dalil bo'lib hisoblanadi.

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi asosan gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezituxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

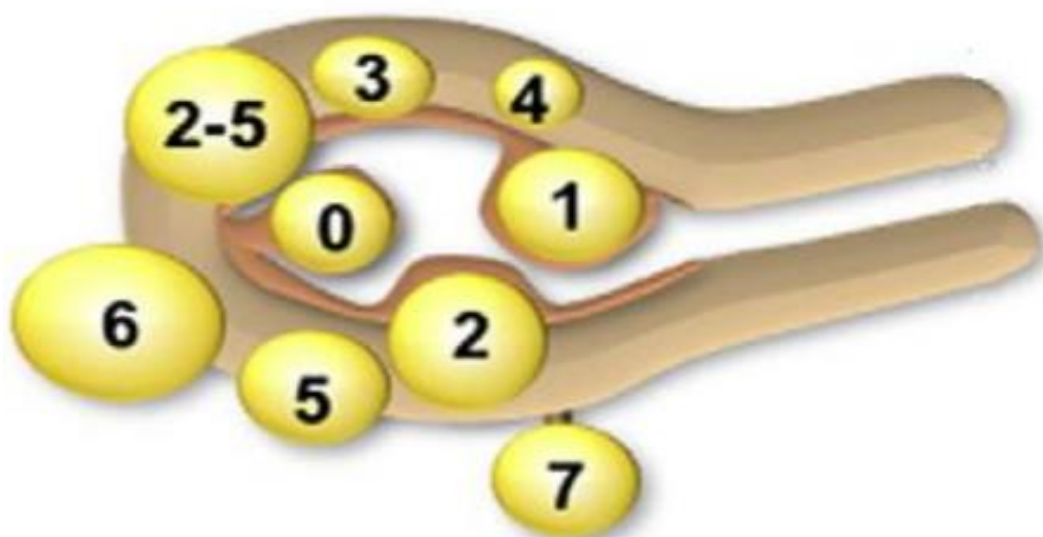
Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmda proGESTeron gormonining miqdori kamligi, bu esa o'z navbatida hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi, xususan anovulyator, ya'ni davriy yoki ovulyator, biroq lyutein davrning yetishmovchiligi sifatida namoyon bo'lgan hayz siklini nazorat qilgan. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi deb taxmin qilish mumkin.

Bachadon miomasi bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixiga ahamiyat berilsa, ularning yoshligida har xil yuqumli kasalliklar bilan, 1/3 qismi bachadon ortiqlarining yallig'lanishi, bepushtlik bilan kasallanganligi aniqlangan va bu holatlar o'z navbatida organizmda gomeostaz buzilishiga olib kelib, ichki sekresiya bezlarining faoliyati o'zgarishiga sabab bo'lgan. Bu holat hayz siklining buzilishiga ta'sir qilib, bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik halqani hosil qiladi. Bu bachadon miomasining kelib chiqishiga

sabab bo'lgan. Bachadon miomasining kelib chiqishiga faqat uzoq muddat davomida estrogen-gestagen gormonlarning organizmga ta'sirining buzilishigina emas, balki bachadon mushaklarini ta'minlovchi nerv retseptorlarining g'ayritabiiy qo'zg'aluvchanligi ham sabab bo'ladi. Morfologik jixatdan miomalarning oddiy proliferativ sarkoma oldi turlari kuzatiladi. Gistologik tuzilishi jihatidan K.P. Ulezko-Strogonova fikricha, bachadon miomasi, bachadon mushak tolalaridan, hamda qon tomirlarning mezenximal elementlaridan rivojlanadi. Xulosa qilib aytganda, onkologlarning fikricha bachadon miomasi ham organizmda odatdagi o'lgan hujayralardan yetilib chiqqan deb taxmin qiladilar.

Miomaning tasnifi

Bachadon miomasining tugunchalari ranggining oqimtirligi bilan atrofdagi bachadon mushak to'qimalaridan ajralib turadi, boshqa mushak to'qimalariga qaraganda konsistensiyasi qattiqroq, zichroq bo'ladi. Ko'pincha mioma tugunchalari 95% bachadon tanasida va 5% miqdorda bachadon bo'ynida uchraydi. Ko'pincha tugunchalar bachadon tubida, ayniqsa bachadonning orqa devorida joylashadi. Bachadonning oldingi devorida orqa devoriga nisbatan 2 marotaba kam uchraydi, mioma tugunlari kamdan-kam bachadonning devorlarida joylashganligining shoxidi bo'lamiz. Eng kam uchraydigan joyi 1% da bachadon bo'yni va qindagi joylashuvidir. Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi (28.1-rasm):



28.1– Rasm. Mioma tugunchalarining joylashishi

Bachadon miomasini FIGO bo'yicha tasnifi (2011yil)

Turi	Tasnifdagi kodi	Tarif
Submukoz	0	Oyoqchali submukoz mioma
	1	Bachadon bo'shlig'iga 50%dan ko'p o'sib chiqqan submukoz mioma
	2	Bachadon bo'shlig'iga 50%dan kam o'sib chiqqan submukoz mioma
Boshqalar	3	Endometriy bilan kontakt qiluvchi intramural mioma
	4	Intramural
	5	Qorin bo'shlig'iga 50%dan kam o'sib chiqqan subseroz-intramural mioma
	6	Qorin bo'shlig'iga 50%dan ko'p o'sib chiqqan subseroz-intramural mioma
	7	Oyoqchali subseroz mioma
	8	Spesifik mioma (masalan, servikal)
Gibrid (aralash)	Endometriy ham, seroz parda ham ishtirok etadi. Kod defis orqali ikkita raqamni ko'rsatadi: birinchisi endometriy bilan bog'langan tugun qismini, ikkinchisi - seroz membranaga yaqinroq joylashgan qismini bildiradi.	

1. Submukoz, 15-25% shilliq osti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi.
2. Interstitsial, 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasiga joylashadi.
3. Subseroz, 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi (46-rasm). Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning har tomonlama bir xil kattalashganini ba'zan esa bir tomonlama kattalashganini aniqlaymiz. Bachadon kattaligi hatto 39-40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi mumkin.

Subseroz tugunlar esa bachadon shaklini keskin o'zgartirib yuboradi va qorin bo'shlig'i tomonga qarab o'sib, bachadon devoriga har xil uzunlik va qalinlikdagi o'sma oyoqchasi bilan bog'lanadi. Agar subseroz tugunlar ko'p miqdorda bo'lsa, xuddi kartoshka tunganaklariga o'xshab ketadi. Shilliq qavati

ostida joylashgan tugunchalar esa bachadon bo'shlig'i tomon o'sib, uning shakli o'zgarishiga olib kelib, keyinchalik bachadonning kuchli qisqarishiga hamda bachadon bo'ynining ochilishiga olib kelib, tugunchalarning qin tomonga tug'ilishi sodir bo'ladi.

O'smalar siydik pufagi yoki to'g'ri ichak tomonga qarab o'sgan bo'lsa, shu a'zolarining faoliyati buziladi.

Tez o'suvchi mioma patogenetik xususiyatlaridan kelib chiqqan holda o'sma o'sishining 3 xil turi tafovut qilinadi:

- 1) chin – miogen elementlarning proliferatsiyasi va gipertrofiyasi hisobiga
- 2) soxta (62%) – surunkali yalliglanish jarayoni tufayli qon-limfa aylanishining buzilishi va shish oqibatida
- 3) stimulyatsiyalangan – boshka kasalliklar (adenomioz, sarkoma) ning rivojlanishi bilan bog'liq

Tuxumdon: Bachadon miomasida tuxumdonda ham o'zgarishlar sodir bo'ladi. Xususan tuxumdon o'lchami jihatidan kattalashadi, chunki to'qimalar mayda-mayda distrofik o'zgargan pufakchalarga aylanib, ko'p miqdorda fibroz tanachalar bilan qoplangan bo'ladi. Qon tomir devorlarida skleroz va gialinoz o'zgarishlar sodir bo'ladi. Biriktiruvchi to'qima ko'p miqdorda bo'lib, premordial follikullar soni juda ham kamayib ketgan bo'ladi.

Miomaning klinik belgilari

I. Ba'zi vaqtlarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo shifokorlar profilaktika maqsadida ayollarni tekshirishganda aniqlanadi. 60-80% hollarda bemorlarda asosiy belgilaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish alomatlari ham turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi- menorragiya kuzatilsa, ba'zi birlarida tartibsiz, juda ko'p miqdorda to'xtovsiz qon ketib, hatto og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin. (metrorragiya).

Qon ketish miqdori o'smanining katta- kichikligiga bog'liq emas. Chunki katta o'lchamdagi subseroz tugunlar mavjud bo'lganda hayz ko'rish mutlaqo asoratsiz kechishi mumkin, bunga qarama-qarshi o'laroq, mayda shilliq osti mioma tugunchalari ko'p qon ketishiga, menorragik va hatto menometrorragik hayz sikli buzilishiga olib keladi.

Hayz 10-12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi

Bunday turdagi qon ketishining sabablari:

1. Bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi
2. Bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi
3. Estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi
4. Bachadon shilliq qavati regeneratsiyasining susayishidan iborat.

Bunday bemorda bachadon shilliq qavatini gistologik tekshirish natijasida endometriy qavatining giperplaziyasi (qalinlashgani) aniqlanadi. Bachadon shilliq qavatining giperplaziyasida ko'p qon ketishiga quyidagilar sabab bo'ladi: tuxumdon follikullari persistensiyasi natijasida organizmda haddan tashqari follikulinemiya (follikulin miqdori ko'payib ketadi) kuzatiladi, bu esa o'z navbatida bachadon shilliq qavatining uzoq muddat davomidagi proliferatsiyasi va qalinlashishiga olib keladi. Buning oqibatida bachadon shilliq qavatining ayrim qismlarida jiddiy o'zgarishlar sodir bo'lib, har xil toifadagi poliplar bachadonning butun bo'shlig'i kattalashishiga olib keladi, qalinlashgan shilliq qavat bilan to'ldiradi. Shu bilan birga organizmdagi giperfollikulinemiya bachadon shilliq qavati proliferatsiyasining kuchayishiga olib keladi. Shilliq qavatining bir-birini bosishi natijasida uning yuzasida nekroz alomatlari sodir bo'ladi. Keyinchalik nekroz bo'lgan qismlarning asta-sekin ko'chib chiqishi uzoq muddat va ko'p miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi, bunday qon ketishiga gemorragik metropatiya deyiladi. Metropatiya 9% kasallarda uchrasa, qon ketishi 60% kasallarda kuzatiladi, chunki uzoq muddat va atsiklik qon ketishi, shilliq osti qavat o'smalari kapsulasining yorilishidan hamda o'sma tugunchalarining nekrozga uchrashidan sodir bo'ladi.

II. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Miomalarda og'riq bo'lishining asosiy sabablari:

1. Og'riq asosan o'smaning katta-kichikligiga va uning qaerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'smaning qo'shni a'zolarini bosib ezishidan paydo bo'ladi. O'sma kichikroq bo'lib, bachadonning keng boylami orasiga o'sib kirgan, shu bilan birga nerv tolalariga yaqin joylashgan bo'lsa, ularni ezishi tufayli sodir bo'lishi mumkin. Bu hollarda og'riq doimiy tabiatga ega bo'ladi va davolash usullari og'riqni pasaytira olmaydi. Bunday hollarda esa jarroxlilik yo'li bilan o'smani olib tashlash kerak

2. Bachadon shilliq qavati ostiga joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarish kuchli dardsimon og'riq paydo qiladi.

Shilliq qavati ostidagi o'smaning oyoqchasi keng bo'lsa, bachadon qisqarganda tashqariga chiqara olmaydi, lekin bachadon o'smani xuddi yot narsadek siqib chiqarishga intiladi, chunki o'sma bachadon devorini doimiy qo'zg'atib kuchli ravishda qisqarishi sababli og'riqning zo'rayishiga olib keladi. Ba'zan submukoz tuguncha servikal kanal og'zidan chiqib qin bo'shlig'iga to'kiladi.

3. Og‘riq paydo bo‘lishining yana bir sababi o‘smanning infeksiyalanishi bo‘lsa, ikkinchidan, bachadonning yallig‘lanishi hisoblanadi. Kichik chanoq bo‘shlig‘idagi a‘zolarining yallig‘lanishi bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og‘riq paydo bo‘ladi

4. Og‘riq subseroz o‘sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtlarda ham sodir bo‘ladi. Chunki bunda o‘sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi va o‘smanning oziqlanishi buziladi. Bu esa o‘smada yallig‘lanish sodir bo‘lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qilinadi.

5. O‘smalar juda tez kattalashib o‘sganda ham og‘riq bo‘ladi, ayniqsa o‘sma bachadonning keng boylami orasiga o‘sgan hollarda shunday bo‘ladi, chunki bunday vaqtlarda og‘riq o‘smanning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta‘siri natijasida sodir bo‘ladi.

III. O‘smanning qo‘shni a‘zolari bosish belgilari ko‘pincha katta hajmdagi o‘smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o‘lchamdagi o‘smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo‘lsa, qo‘shni a‘zolariga salbiy ta‘sir qiladi. Agar o‘sma bachadonning oldingi devorida joylashgan bo‘lsa, siydik pufagiga ta‘sir ko‘rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo‘ynida joylashgan o‘sma esa to‘g‘ri ichakka ta‘sir ko‘rsatadi. Ba‘zi hollarda o‘sma o‘sib, siydik pufagini yuqoriga ko‘tarib qo‘yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning teshigi torayadi. Bunda bemorlarning siyishi qiyinlashadi. Agar o‘sma to‘g‘ri ichakni ezib qo‘ygan bo‘lsa, bemorlarning hojati qiyinlashib, to‘xtab qolishi va qabziyat bo‘lishi ehtimol. Ayni vaqtda siydik yo‘llarini ezib qo‘yib, gidroureter va gidronefroz holatlariga olib keladi.

IV. Bepushtlik. Mioma tuxum xujayraning bachadon bo‘ylab harakat qilishiga to‘sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon nayini interstitsiy qismini yopib qo‘yadi. Bundan tashqari, anovulyatsiya bepushtlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Miomaning asoratlari

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi:

- bunda «o‘tkir qorin» belgilari kuzatiladi: o‘tkir og‘riq, til yuzasining o‘zgarishi, chanqash, ko‘ngil aynishi, qayd qilish, IIqetkin-Blyumberg belgisi paydo bo‘lishi, taxikardiya va b.

2. Miomaning shishib nekroz bo‘lishi.

- bu holatda kuchli og‘riq, ko‘pincha qon ketish va tana haroratining ko‘tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi.

3. Shilliq osti qavati miomasining tug‘ilish alomati, hatto bachadonning ag‘darilishi kuzatilishi mumkin.

4. Mioma tugunlarining infeksiyalanishi, yiringlashi.

5. Sarkomaga aylanishi.

6. Kuchli profuz qon ketishi

7. Anemiya (kamqonlik).

Diagnoz qo'yish

1. Anamnez.
2. Qin orqali tekshirish.
3. UZD (UTT).
4. Funktsional testlar yordamida sinash.
5. Bachadon bo'shlig'ini zond bilan tekshirish.
6. Bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalini alohida-alohida qirib gistologik tekshirish, bunda ehtiyotkorlik talab qilinadi, chunki tugunchalar nekrozga va qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.
7. Laparoskopiya.
8. Gisteroskopiya va biopsiya qilish. Bunda submukoz tugunlar asosan aniqlanadi.
9. GSG-gisterosalpingografiya-bunda to'lish nuqsoni kuzatiladi. Braun shprisi yordamida moddani 5 minut davomida yuboriladi.
10. Kompyuter va magnt spiral (MSKT) tomografiyasi.

Bachadon miomasini davolash

Miomasi bo'lgan hamma ayollarni umumiy davolashdan boshlanadi:

Bular quyidagilardan iborat;

1. Vitamin A-200 000 TB yoki aevit kapsulasini 1x3 mahal; davolash 1oy davomida yoki xayz siklining 16-kunidan 26-kunigacha

2. Vitamin S 0,5mg x3 mahal hayzning ikkinchi yarmida (16-kundan 26- kungacha).

3. Kaliy yod-0,5 %-1osh qoshiqdan 3 mahal ichiladi.

4. har oyda 7-10 kun nahorga nonushtadan 20-50min avval 1/2-1/4 stakan meva sharbatlari: lavlagi, kartoshka va qovoq (almashtirib ichiladi).

5. Kamqonlikni davolash (gemofer, ferrumlek, sorbifer, ferkayl, venofer). Bachadon mushaklarini yengil qisqartiruvchi dorilaridan tavsiya qilinadi (ergotal, lagolilus ekstrakti)

6. Klimakterik davrda remens 5-10 tomchidan 3 mahal ichiladi, 10-30% yod eritmasini bachadonga qorin pastiga elektroforez orqali 6-8 marta buyuriladi.

7. Neyroleptiklardan seduksen, biopasit, notta, valeriana, frinalon sutkasiga 2,5mg, triftazin 1-2mg

8. Agar yallig'lanish alomatlari ham kuzatilsa (surunkali salpingooforit va b.) prodigiozan, pirogenal, nurofen, ibuprofen beriladi.

Pirogenal 25-50mEd kunora in'eksiya qilinadi, har gal 25 mEd dan oshirib boriladi to tana harorati 38 S ga ko'tarilguncha, bir davolash kursida 10-30 marta in'eksiya. Maksimal miqdori 1000mEd dan oshmasligi kerak.

Miomasi bo'lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo'linadi.

1. Davolash shart bo'lmagan ayollar; bu toifadagi ayollarni har 3-4 haftada nazorat qilib turiladi.
2. Jarrohlik yo'li bilan davolanadigan ayollar
3. Gormonal yo'l bilan davolanishi lozim bo'lgan ayollar
4. Nurlar bilan davolash zarur bo'lgan ayollar

Konservativ davolash asosan gormonlar yordamida olib boriladi.

Bachadon miomasini konservativ davolashda gormonal vositalardan gestagenlar, estrogen-gestagen vositalar, gonadoliberinlar agonistlari va testosteron hosilalari qo'llaniladi. Konservativ davolashni boshlashdan oldin bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik-mofologik tekshiriladi, so'ngra gormonlar bilan davolashni boshlash zarur, chunki bemorlarning hayz siklini 2 davrli qilishga erishishimiz kerak. Buning uchun gestagenlarni hayzning ikkinchi yarmida 16-kunidan berishni boshlaymiz. gestagenlardan proGESTeron, dyufaston, noretisteron, norkolyut, noristerat, depo-provera, 17-OPKlar ishlatiladi. gestagenlar- estrogen gormonining organizmga ishlanishini so'ndiradi, ya'ni antagonist sifatida ta'sir qilib, mioma o'smasini o'sishdan to'xtatadi va bachadon endometriysi giperplaziyasining oldini oladi.

Homilador bo'laman deb niyat qilgan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarga gestogenlardan norkolyutni 1 donadan 8-10 kun davomida hayzning ikkinchi yarmida 16-kunidan 25-kunigacha beriladi yoki dyufaston yoki utrojestan 1 tabletkadan 17 -kundan 26- kungacha beriladi.

Estrogen-gestagen vositalar yoki kombinatsiyalashgan oral kontraseptivlar reproduktiv yoshdagi bemorlarni davolashda qo'llaniladi. Estrogen - gestagen preparatlar 2 xil usulda qo'llanilishi mumkin: atsiklik (uzluksiz) va siklik (uzlukli). Siklik usulda - gormonal vositalar kuniga 1 tabletkadan hayzning 5-kunidan 25- kunigacha (janin, logest, rigevidon, Diane-35, mikrogenon, lindinet, trikvilar, novinet va boshqalar) 7 kunlik interval bilan beriladi. Atsiklik usulda bu vositalar 3-6 oy mobaynida kuniga 1 tabletkadan beriladi, bu vositalarni premenopauzada qo'llash yaramaydi. Bu vositalarni qo'llashdan oldin jigar va qon ivish sistemasi faoliyatini tekshirish talab qilinadi va albatta qarshi ko'rsatmalar istisno qilinishi shart.

Gonadoliberinlar agonistlari - bachadon miomasini konservativ davolash uchun qo'llaniladigan yangi vositalar hisoblanadi. Ular tuxumdon faoliyatini susaytiradi, ya'ni sun'iy gipofizektomiya cha qiradi. Bachadon miomasini davolashda gonadoliberinlar agonistlaridan zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin. Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi yoki teri ostiga in'eksiya qilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'eksiya qilish ham mumkin. Bu vositalar juda tez ta'sir qilib, miomatoz tugunlar regressini chaqiradi, biroq davolashni to'xtatgandan so'ng, qisqa vaqt mobaynida hayz sikli tiklanadi, mioma qaytadan va tez o'sa boshlaydi.

Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarroxlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Miomani davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolyut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan 25-kunigacha berish mumkin.

50 yoshdan oshgan ayollarga esa hayzni butunlay to'xtatish uchun 17-OPKni 12,5%-2 ml 2 oy 1 haftada 2 marta, keyin 2oy haftada 1 marta, so'ngra 2 oy 2 haftada 1 marta qilinadi. Uni uzoq muddat, yillar davomida berish mumkin.

45 yoshdan oshgan ayollarga androgenlardan berish mumkin. Bulardan omnadren-250mg yoki sustanon 250mg, 1ml dan 1oyda 1 marta 3 oygacha tavsiya qilinadi. Agar bular topilmasa, o'rniga testosteron propionatni 25%-1ml 5 kun har kuni 1 mahal mushak orasiga yuboriladi. Keyin 5ta ukolni kunora va yana 5ta ukolni 2 kunda 1 marta, hammasi bo'lib 15 taga yetkaziladi yoki hayz siklining 7-14-21-kunlari tavsiya qilinishi mumkin. Agar mioma BQK bilan kuzatilsa, 5% testosteron propionat 1,0 3 oy mobaynida yuboriladi. Androgenlarni BQK girsutizm alomatlari bo'lsa, menopauza davrida giperkalsiemiya va libido pasaygan holatlarda tavsiya qilinmaydi.

Mioma 1% hollarda endometriyning raki yoki sarkomasiga aylanishi mumkin. Shuning uchun davolash davrida 3 oy o'tgach bachadon ichini qirib gistologik tekshirish va shu bilan birga hayz siklini funksional testlar yordamida doimiy nazorat qilib turish kerak. Iloji boricha hayz siklining ikki fazali bo'lishiga erishish kerak.

Gormonal vositalarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar:anamnezida tromboemboliya va tromboflebit, venalar varikoz kengayishi, gipertoniya kasalligi, jigar va o't yullari kasalliklari, revmatizm, qandli diabet, otoskleroz, yomon sifatli o'smalar tufayli o'tkazilgan jarroxliklar.

Fizioterapevtik usulda davolash

1. Qorin pastki qismiga elektroforez-kaliy yod bilan hayzning birinchi davrida, 4% rux bilan hayzning ikkinchi yarmida.
2. Impulsi sharoitda magnit maydonini qo'llash .
3. Bachadon bo'ynini Davidov uslubida elektrstimulyatsiya qilish.
4. Yelka sohasida IJerbak uslubida elektroforez qo'llash.
5. Endonazal elektroforez, bu mushakka ta'sir qilib, uning quyi qavatidagi qismlarining ishini yaxshilaydi.
6. Kunora radonli yoki yod bromli muolajani 10-12 martagacha qabul qilish yoki qinni chayish mumkin.

Bachadon miomasida qo'llash mumkin bo'lmagan muolajalar:

1. Quyosh nurida qorayish.
2. UVCh (UYuCh).

3. Oyoqlar va qorin ostiga issiqlik muolajalarini qo'llash (parafin, vanna, loy va b.).

4. Dengizda cho'milish

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash uchun quyidagi ko'rsatmalar mavjud:

1. Mioma tugunlari 12 haftalikdan katta bo'lsa.
2. Miomatoz tugun nekrozi.
3. Mioma juda tez kattalashsa (yarim yildan 2 xaftadan ko'pga kattalashadi).
4. Giperpolimenoreya, metrorragiya holatlarida.
5. Shilliq osti qavatining miomasi (hamma o'lchamlardagi).
6. Qo'shni a'zolarining faoliyati buzilsa (gidronefroz).
7. Subseroz tugunlarning oyoqchalari buralib qolgan bo'lsa.
8. Intraligamentar mioma
9. Bachadon buyni miomasi
10. Mioma sarkomaga o'tish hollarida.
11. Bachadon miomasi, tuxumdon o'smasi bilan birgalikda uchrasa.
12. Miomatoz tugunlarning atipik joylashuvi bilan bog'liq bo'lgan

bepushtlik

13. Bachadon miomasining bachadon bo'yni rak oldi holati bilan qo'shib kelishi

Bemorlarni tekshirishga tayyorlash:

1. Terapevt maslahati.
2. Anesteziolog maslahati.
3. Qon va siydikni umumiy tekshirish.
4. Koagulogramma, qon gruppasi, kreatinin, mochevina, ALT, AST, umumiy oqsil.
5. EKG.
6. Gisteroskopiya.
7. Gisterosalpingografiya.
8. Bachadon shilliq pardasi qirindisini gistologik tekshirish.

Bu usulni qo'llash uchun bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning katta-kichikligi va joylashishiga qarab, bajariladigan tekshirish hajmi belgilanadi. Shu bilan birga qorin devori orqali yoki qin orqali aniqlanadi. Jarrohlikdan oldin katta miomani kichraytirish uchun dekopeptil 3,75mg-gonadotrop relizing omillarni har 28 kunda 1 marta mushak orasiga in'eksiya 4 oy gacha qo'llash mumkin.

Mutloq ko'rsatmalar:

1. Ayollar hayoti xavf ostida bo'lsa.
2. O'pka va yurak faoliyaitning yetishmovchiligi kuzatilsa.
3. Qon kasalligi.
4. Tromboembol holatlar.
5. Buyrak usti bezining yetishmovchiligi.

6. Insult oldi holatlari.

Jarrohlik usullari

1. Konservativ miomektomiya-bachadonni saqlab qolgan holda bir yoki bir necha tugunni olib tashlash. Bu usul ko‘pincha yosh va tug‘ishga xohishi bo‘lgan ayollarda qo‘llaniladi. Miomektomiya laparoskopiya, gisteroskopiya, hamda laparotomiya paytida bajarilishi mumkin:
 - a) agar submukoz miomani olib tashlash uchun bachadon bo‘shlig‘iga kirilsa, keyinchalik tug‘ruq faqat operativ yo‘l bilan hal qilinadi.
 - b) jarroxlik vaqtida va keyin ko‘p qon ketish ehtimoli bor; keyinchalik bachadon va ichak orasida bitishmalar vujudga kelishi mumkin.
 - v) 30% hollarda jarroxlikdan keyin miomaning qayta o‘tib chiqish hollari kuzatilgan.
 - g) miomektomiyadan keyin homilador bo‘lish 40% ayollarda kuzatilgan
 - d) jarroxlikdan keyin albatta gormonal funksiyani va hayz siklini korreksiyalash(tiklash) lozim.



28.2-rasm. Konservativ miomektomiya

Jarrohlik hajmi individual ravishda hal qilinadi.

35 yoshgacha (40-45 yoshdagi bo‘lgan ayollarda) jarroxlikni rekonstruktiv olib borish va tuxumdonlarning buzilgan funksiyalarini korreksiyalash muhimdir.

2. Menopauzadan oldin ko‘pincha bachadonning qin usti amputatsiyasi qo‘llaniladi
3. Menopauzada so‘ng bachadon ekstirpatsiyasi qo‘llaniladi. Bachadon bo‘ynida patologik holatlar topilsa (eroziya, polip, chuqur yirtilishlar, leykova eritroplakiyalar, displaziya, endometrioz) ham ekstirpatsiya qo‘llaniladi.

4. 50 yoshdan oshgan ayollarda ko‘pincha bachadon bilan birga tuxumdonlar ham olib tashlanadi, shunda qaytalanish va rak kasalliklarining oldini olish mumkin.

Rentgen nurlari bilan davolash

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash imkoni bo‘lmaganda, ba‘zan giperpolimenoreya bo‘lgan kasallar rentgen nurlari bilan davolanadi. Hayzning birinchi yarmida 2-4 kun davomida 200-400 miqdorda yuboriladi, ammo miomalarni bachadon shilliq qavati ostiga rentgen kastratsiya qilish mumkin emas.

XXIX-BOB.TUXUMDON O'SMALARI

Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab, ginekologik kasalliklarning 6-8 foizini tashkil etadi. Bu kasallik juda ham xavfli, chunki asta-sekin o'sib, hech qanday belgi (simptom) bermaydi. Asoratlar qo'shilgandan keyin belgilar paydo bo'ladi, afsuski shu paytda shifo kamdan-kam hollarda yordam beradi. Ko'pgina tuxumdon o'smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20-25 % hollarda ular xavfli o'smalarga aylanadi.

Tuxumdon o'smalari kelib chiqishi va turli-tuman tuzilganligi jihatidan boshqa o'smalar orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Buning sabablaridan biri, tuxumdon turli-tuman to'qimalardan tuzilgan, ikkinchidan, tuxumdonda hamisha bir qancha rudimentar (dastlabki, kurtak holidagi) tuzilmalar bor, bular tuxumdonning embrional rivojlanish davridan saqlanib qolgan bo'ladi. Hozirgi vaqtda to'plangan dalillarga asoslanib, organizmda gormonlar almashinuvining buzilishi tuxumdon o'smalarining kelib chiqishi va rivojlanishda katta rol o'ynaydi deb aytish mumkin.

Tuxumdon o'smalari tasnifi

Tuxumdonning chin o'smasini «kistoma», retension tarkib topganini esa «kista» degan termin bilan yuritiladi.

a) Retension (orqaga qaytadigan) sekret tutilib qolishi bo'lib, bu o'smasimon kistalar to'qimalar parchalanishi natijasida paydo bo'lgan bo'shliqda suyuqlik to'planishi tufayli ro'y beradi va 34% hollarda uchraydi.(Blastomatozli emas, proliferatsiyalanuvchi emas, o'smasimon). Bunday o'smasimon kattalashgan bo'shliqlar yallig'lanishi, hayz siklini buzishi, tuxumdon endometriozlari(10%) va boshqa kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko'ra follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial (10%), Gartner yo'li, qin kistasi va endometrioz kistalari (tuxumdonda) uchraydi. Follikulyar kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, klomifen dori qo'llagandan keyin, lyutein kistalar esa yelbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikullar erimay, sariq tana orqaga qaytmaydi, yani shu jarayon to'xtab qolishi tufayli hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar shakli jihatidan yumaloq, aylanasi 6-8 sm gan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilersiz kechadi. Kamdan-kam hollarda ushlab turuvchi kistalar oyoqchalar buralishi tufayli o'tkir bo'lishi kuzatiladi. Retension kistalar odatda konservativ usulda davolanadi (yallig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar,immunokorrektorlar).

B) Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, 66% ni tashkil qiladi. o'smalar o'sishi to'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli kuzatiladi.

Tuxumdon o'smalarining turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha – epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal o'smalarga bo'linadi. Chin o'smalar yana xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi.

Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Xavfli o'smalar hujayralarning atipik bo'lishi, to'qimasining kam differensiallashgani, tez o'sishi, atrofdagi to'qimalarga tez o'sib kira oladigan limfa tugunlari hamda olisdagi a'zolariga metastazlar bera oladigan bo'lishi bilan farqlanadi. Klinikada I.S.Kraevskaya (1960) tomonidan taklif qilingan tasnifi keng qo'llanib kelinmoqda

Tuxumdon o'smasining o'sish xarakteri asosan o'smaning tuzilishiga bog'liq. Xavfsiz o'smalar, masalan, fibromalar, dermoidlar odatda sekin o'sib, kamdan kam hollarda kattalashadi, holbuki xavfli o'smalar g'oyatda tez o'sadi, kapsula bilan o'raladi va qorin bo'shlig'ining boshidan oyog'igacha tarqaladi (disseminatsiya). Tuxumdonning xavfsiz o'smalaridan tuxumdon epitelial kistomalari ko'proq - 70% uchraydi, bular chinakam xavfli o'smalarga aylanishi mumkin (malignizatsiya). Seroz oddiy kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi.

TUXUMDON O'SMALARI TASNIFI

XAVFSIZ O'SMALAR	XAVLI O'SMALAR
I. Epitelial kistomalar 1) Silioepitelial: a) oddiy; b) papillyar; 2) Pseudomutsinoz: a) setserlanuvchi; b) proliferatsiyalanuvchi	1. Birlamchi rak 2. Ikkilamchi rak 3. Metastatik rak (Krukenberg)
II. Biriktiruvchi to'qimadan Fibroma	<i>Sarkoma</i>
III. Terotoid Dermoid kistasi	Teratobastoma
IV. Gormon chiqaruvchi	Granulyoz xujayrali Follikuloma Tekoma andrablastoma

Uning hajmi 8 sm dan to 30-40 sm gacha kattalashishi mumkin. Butun qorin bo'shlig'ini egallaganini ko'rdik. Kistoma odatda bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqlik yig'iladi. o'sma ko'pincha bir tomonda - chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan qilib qo'yadi, chunki uning tuxumdon boylamlaridan iborat anatomik «oyoqchasi» bor(29.1-rasm).



29.1–rasm. Kistomaning anatomik oyoqchasi

Bulardan L.ovarii propria, L.suspensorium ovarii (yoki boshqacha aytganda L.infundibulopelvici) va L.lata ning mezosalpinks qismi qatnashadi. Kistoma o‘sgan sari cho‘zilib bir biriga yaqinlashib o‘smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o‘sma chapdan o‘ngga yoki o‘ngdan chapga siljib turadi va ko‘pincha 180-360 gradusga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og‘riq sezadi, ko‘ngil aynish, qayt qilish paydo bo‘ladi, tomir urishi tezlashib, qorin pastida IIIyotkin –Blyumberg simptomi paydo bo‘ladi. Bu klinikani «o‘tkir qorin» deb aytiladi. Bunday holda bemorni tezda ginekologik bo‘limga yotqizib, darhol jarroxlik qilish kerak bo‘ladi. Ko‘pincha shu o‘smasi bo‘lgan tuxumdon olib tashlanadi . Lekin jarroxlik vaqtida odatda o‘smaning «anatomik» oyoqchasiga qisqichlar qo‘yilganda bachadonning naychasi ham kiradi, buni «xirurgik» oyoqchasi deb, jarroxlikni «adnektomiya» deyilar. Kistomaning oyoqchasi buralib qolishi eng ko‘p uchraydigan asoratlardan biri. Ikkinchi o‘rinni malignizatsiya yoki rakka aylanish asorati egallaydi. Bu eng jiddiy asoratdir. Tuxumdonning epitelial o‘smalaridan seroz (papillyar) kistomalari va psevdomutsinoz kistomalari 50% hollarda rakka aylanishi mumkin. Papillyar kistomalarning kattaligi va shakli ham turli –tuman bo‘ladi. Odatda ular katta bo‘lmaydi, diametri aksari 25sm dan oshmaydi. Papillyar kistomalar ko‘pincha bir kamerali, silliq yuzali bo‘ladi. Kistoma bir necha kameradan iborat bo‘lsa, yuzi g‘adir-budur bo‘lib turadi . Kistoma yuzasida so‘rg‘ichsimon o‘simtalar bo‘lmasa, silliq va yaltiroq bo‘lib ko‘rinadi. Tuxumdon papillyar epiteliysining polimorf ekanligi ta‘riflanadi, bu epiteliy ko‘p qavatli bo‘lib, ajib shakllar hosil qiladi. Xavfli papillyar kistoma uchun tipik bo‘lgan qandaydir belgilar haqida fikr yuritishga to‘g‘ri kelmaydi. Mutsinoz kistalarning xavfsiz turi, silioepitelial kistomalarga nisbatan kamroq uchraydi. Ular klinik belgilarining o‘tishi jihatidan xavfsiz hisoblanadi .



29.2-rasm. Tuxumdon tuboovarial hosilasi

Pseudomucinosoz kistomalarning shakli va kattaligi anchagina turli-tuman bo‘ladi. Kamerali kistoma aksari yuzasi g‘adir-budur bo‘ladi. Kistoma bo‘shlig‘ida aksari jelesimon suyuqlik bo‘ladi. Pseudomucinosoz kistomaning proliferatsiyalanuvchi formasini aksari klinitsistlar ayrim guruhga ajratishadi, chunki bunday kistomalar ko‘pincha (20%) xavfli o‘smaga aylanib ketadi. Kistomalarning shu formasi odatda klimakteriy, postklimakterik davrda uchraydi va ko‘pincha assit bilan davom etadi.

Epitelial kistomani rak deb aytiladi. Tasnifi bo‘yicha 3 xil rak ajratiladi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak (Krukenberg raki, 1896). Birlamchi rak 4,5% hollarda uchraydi. «Solidli rak» - gistologiyasi bo‘yicha tekis, bir xilda, ozimtir rangda, hujayralari, tomirlari, follikullarini ajratib bo‘lmaydi, kam differensiallash-gan to‘qima. 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi, tezda assit ro‘y beradi.

Ikkilamchi rak 60-50 % hollarda seroz papillyar o‘smalar rakka aylanadi, tez o‘rib, suyuqliklar hajmi oshib, assit bitishmalari paydo bo‘lib, papillomalarning o‘rib ketishi kuzatiladi. 17-20 % hollarda mutsinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta sekin, ko‘pincha 50 yoshdan keyin o‘tadi.

Metastatik rak (10-30%) tuxumdonga asosan oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o‘tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o‘sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo‘llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni jarroxlik usuli bilan davolab bo‘lmaydi. Rak tarqalishi bo‘yicha 4 darajaga bo‘linadi:

I daraja – bir tuxumdonda paydo bo‘lgan.

II daraja-ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon naychalariga o‘tgan.

III daraja– kichik chanoqdagi parametriy, regional limfatik tugunchalarga, qorin shilliq pardasiga o‘rib ketgan, assit paydo bo‘lgan .

IV daraja - assit, uzoq ichki azolarga (oshqozon, ichak, charvi, jigar) metastazlar, kaxeksiya ro'y bergan.

I va II darajada jarroxlik qilib, butun jinsiy ichki azolar olib tashlanadi va nur hamda kimyo - terapiya qo'llaniladi (androblastin, karboplatin, farmorubitsin, sisplatin).

III -IV darajada simptomatik davolash: og'riqni pasaytiruvchi dori - darmonlar (morfiy, stadol, promedol va hokazo) qo'llaniladi.

Lekin I va II darajaning klinik belgilari bo'lmagani uchun bemorlar vrachga og'riq, qon ketishi, qin orqali suyuq ajralmalar paydo bo'lganda murojaat qiladilar, afsuski bunda kechikilgan bo'ladi. Chunki III va IV darajadagi rak limfa, qon tomirlarni, nervlarni yemirgan, metastaz bosqichi boshlangan bo'ladi. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7-5%), ammo ko'pincha bachadon miomasi bilan uchraydi. Tuxumdon sarkomasi g'oyat kam uchraydi. Odatda jarroxlikdan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, diagnoz qo'yiladi. Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% da uchraydi, ularning tuzilishida odatda uchala embrion qatnashadi dermoidlar ham bor. Ular sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, sekin harakatlanadi va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Ularning kattaligi har xil, shakli dumaloq, tuxumga o'xshash, ustki sathi ba'zan tekis, ba'zan g'adir-budur bo'ladi. Konsistensiyasi bir xil emas (bir joyi elastik, ikkinchi joyi qattiq), rangi oqimtir yoki biroz sarg'imtir bo'ladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik bilan to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi.

Davolash: asosan jarrohlik usulida, tuxumdon olib tashlanadi. Dermoid fonli xavfli o'sma kamdan-kam paydo bo'lsa-da, bunday hodisalar uchrab turadi. Dermoiddan aksari yassi hujayrali raklar paydo bo'ladi. Tuxumdon teratoblastomasi xavfli o'smalarga kiradi. Teratoblastomalar tez o'sadi, olib tashlangandan keyin ko'pincha qaytanaladi. Limfa qon tomirlari orqali tarqaladi. Ko'pincha qorin pardasiga yoyiladi (disseminatsiya). Teratoblastomalar qiz bolalarda yoki 20-30 yoshlardagi juvonlarda ayniqsa ko'p uchraydi, (2,5-32% gacha). Teratoblastomalarning prognozi hamisha yomon bo'ladi.

Davolash asosan o'z vaqtida jarroxlik qilinib bachadonni qo'shimchalari bilan olib tashlanadi, so'ngra rentgen va radiy nurlarini chuqur ta'sir ettirishdan iborat. Kasallikning oqibati ko'p hollarda juda yomon, kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin).

Tuxumdonlarning gormon chiqaruvchi bezlari asosan 2 guruhga bo'linadi:

1. Feminizatsiyalovchi (ayollashtiruvchi) o'smalar, bularga granulyoz hujayrali o'smalar bilan teka xujayrali o'smalar kiradi.
2. Maskulinizatsiyalovchi (erkaklashtiruvchi) o'smalar, bularga androblastomalar kiradi.

Tuxumdon follikullardagi grunulyoz hujayralarga o'xshash hujayra komplekslaridan tuzilganligi bilan ta'riflanadigan o'smalar «granulyoz hujayrali» o'sma yoki «follikuloma» degan termin bilan ataladi.

Qizlarda estrogen chaqiruvchi o'smalar jinsiy rivojlanishining erta boshlanishi bilan namoyon bo'ladi va aksari bir necha xarakterli simptomlar ko'rinadi: sut bezlari va tashqi jinsiy a'zolar barvaqt yetiladi, qovga jun chiqadi va odatda bachadondan qonli chiqindi keladi, barvaqt balog'atga yetishda bachadondan qon kelishi siklik xarakterda bo'lsa, bu kasallikda qon kelish siklik xarakterda bo'lmaydi.

O'sma keksa ayollarda paydo bo'lganda ham aksari qon ketadi. Bundan tashqari, ana shunday bemorlar yosh ko'rinadi, haraktchan, sut bezlari to'lisha yotganini qayd qiladilar. Bunday o'zgarishlar refeminizatsiya deyiladi. Bunday bemorlarni tekshirib ko'rilganda vulva va qin epiteliysi tushganligi, bachadon kattalashganligi e'tiborni jalb etadi. Bemorlarning bachadonidan qirindi olinib gistologik yo'l bilan tekshirilsa, endometriy giperplaziyasi aniqlanadi. Hayz ko'rib kelgan ayollarda o'sma paydo bo'lganda hayz sikli buziladi. Goh siklik qon ketishi, goh amenoreya ro'y beradi. Aksari sut bezlari o'zgaradi, kattalashadi, to'lishadi.

Davolash asosan jarroxlik qilib olib tashlashdan iborat. Yosh va tug'magan bemorlarda yakka tuxumdon, 45 yoshdan keyin-pangisterektomiya qilinadi.

Androblastoma g'oyat kam uchraydi. Uning xarakterli belgisi shuki, arrenoblastoma hujayralari gormonlar ishlab chiqaradi, bu gormonlar defeminizatsiyalovchi va maskulinizatsiyalovchi xossalarga ega bo'ladi. Adabiyotlarda tasvirlangan arrenoblastomalarning mutloq ko'p qismi bir tomonlama kattaligi va ko'rinishi har xil bo'lib, ko'pincha tuzilishi tugunlar shaklida bo'lgan. Yuzda, ko'krak sohasida junlar o'sishi, ovozning yo'g'onlashish holatlari kuzatiladi. Uni jarroxlik yo'li bilan olib tashlangandan keyin klinik belgilar asta-sekin yo'qoladi.

Tuxumdon disgerminomasi bir qancha kam uchraydigan kasallik. «Disgerminoma» terminini R.Maeyr taklif etgan, uning taxminiga qaraganda disgerminomaning hujayra elementlari yetilganda jinsiy hujayraga aylanishi kerak bo'lgan, ammo to'la taraqqiy etmay qolgan, ya'ni embriogenezning qanday bo'lmasin bir fazasida na erkak hujayrasi, na ayol hujayrasi shakliga kirmay qolgan hujayralardan paydo bo'ladi. Tuxumdon disgerminomasi odatda navqironlik davrda 30 yoshgacha bo'lgan ayollarda kuzatiladi.

Disgerminomani aniqlashga kelsak diagnozi jarroxlik qilingandan keyin morfologik tekshirish asosida qo'yiladi.

Disgerminomaning hamisha xavfli o'sma deb hisoblanadi. Disgerminomali bemorlarni bir qancha shart-sharoitlarga, avvalo bemorning yoshiga qarab individual tartibda davolash lozim.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda anamnez, bemorning ahvoli va ikki qo'llab bimanual tekshirish asosiy rol o'ynaydi. Qin orqali, to'g'ri ichak, qorin devorini tekshirish o'smaning xarakteri to'g'risida aniqroq tasavvur beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan ultratovush diagnostikasi, kompyuter tomografiyasi o'smalarni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Tuxumdon kistomalarining bachadon o'smalaridan farq qiladigan belgilari quyidagilardan iborat:

Mahaliy belgilar:

1. O'sma konsistensiyasi elastik.
2. Yuzasi tekis va silliq.
3. O'sma har tomonga bemalol harakat qiladi (ayni vaqtda bachadon bo'yni ham unga qo'shib siljmaydi).
4. Oddiy seroz kistomalar shar shaklida bo'ladi.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda ularning xavfli ekanligini ko'rsatuvchi belgilarini nazarda tutish kerak.

a) Mahalliy belgilar: 1. Tuxumdon raki ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi. 2. Duglas bo'shlig'idagi metastazlar ikki qo'llab tekshirishda oson aniqlanadi. 3. Charvi va qorin bo'shlig'idagi metastazlar jarroxlikda aniqlanadi. 4. Assit (ayniqsa qonli assit). Tuxumdonning papillyar kistalari bo'lganda ba'zan gidrotoraks ham birga ko'riladi. 5. Xavfli o'smalar konsistensiyasi ko'pincha zich, yuzasi notekis, g'adir-budur bo'ladi. 6. o'sma ko'zgalanlanmaydi.

b) Umumiy belgilardan: ozib ketish, umuman darmonsizlik, badanga shish kelishi kabi hodisalar kuzatilishi mumkin. Ammo bu belgilar odatda o'sma ulg'ayib ketgan davrda uchraydi. Nihoyat, o'smaning tez o'sishi g'oyat muhim ahamiyatga ega bo'lib, xavfli o'smalarga mosdir.

Tuxumdon o'smasi topilganda har gal jarroxlik qilib olib tashlash tavsiya etilishi kerak. Shu qoidaga qattiq rioya qilingandagina tuxumdonni klinik belgilari aniqlanmagan xavfli o'smasining barvaqt olib tashlash yoki xavfsiz usmaning xavfli o'smaga aylanish ehtimolini bartaraf qilish mumkin. Boshqa asoratlar: o'sma oyoqchasining buralib qolishi, uning yiringlashi yoki yorilib ketish ehtimoli ham iloji boricha erta jarroxlik qilish zaruriyatini tug'diradi.

Tuxumdonning xavfli o'smalariga ko'pincha har tomonlama (kompleksli) davo qilinadi: avval o'sma olib tashlanadi, so'ngra chanoq

sohasiga rentgen nurlari tushirib davolash qilinadi. Nur bilan davolashning o'zi ayniqsa jarroxlik qilib bo'lmaydigan o'smalarda odatda naf bermaydi. Tuxumdonning xavfli o'smalarini davolash bilan bir vaqtda kimyo terapevtik va gormonal preparatlar (tiotef, sarkolizin, testosteron va hokazolar) ishlatiladi.

Xulosa: tuxumdon o'smalari paytida klinik belgilarga ega emas.

Ularni aniqlash uchun qizlar yiliga bir marta va ayollar yiliga kamida ikki marta har olti oyda UTT va ginekolog tekshirishidan o'tishlari kerak. Bu haqda aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shundagina tuxumdon o'smalari o'z vaqtida topilib, xavfli bo'lgan vaqtda jarroxlik yo'li bilan olib tashlanadi va uning rakka aylanishiga yo'l qo'yilmaydi. Ayollar, demak, onalar va qizlarning hayoti saqlanib qolinadi.

Yosh qizlarni hozir zamonaviy ultratovush apparati bilan bog'cha, maktab sharoitida tekshirilib, kistomalar aniqlamlqda va ginekologlarga yuborib kelinmoqda.

XXX-BOB. BACHADON BO'YNI VA TANASINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI

Jinsiy a'zolar xavfli o'smalarining keng tarqalganligi va ayollar onkologik kasalliklari tizimida yetakchi o'rin egallaganligi bachadon tanasi, bo'ynining fon va rak oldi kasalliklari muammolarining dolzarbligidan darak beradi. Reproktiv yoshdagi ayollar onkologik kasalliklari orasida bachadon bo'yni o'sma jarayonlari ulushi 10 dan 15,7% gacha tashkil qiladi. Ma'lumki, ayollar onkologik kasalliklari tizimida bachadon bo'yni raki birinchi o'rinlardan birini egallab kelmoqda, u noqulay fonda rivojlanib, rak oldi kasalliklarining so'nggi bosqichi bo'lib hisoblanadi.

«Fon jarayonlari» degan termin alohida rak oldi hisoblanmaydi, lekin shuning fonida bachadon bo'yni raki va displaziyasi rivojlanish ehtimoli bo'lgan, etiologik va morfologik manzarasi har xil kasalliklarni o'z ichiga oladi. Fon va rak oldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va ratsional davolash profilaktik onkologik tadbirlar tizimining muhim qismi hisoblanadi.

Normada qin shilliq qavatining davomi bo'lib hisoblanadigan ektotserviks stromadan bazal membrana bilan ajratilib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan 5 qavatli hujayralardan tashkil topgan bo'lib, ma'lum tuzilishga, bir-biriga nisbatan joylashgan va bazal membranaga ega bo'ladi.

Servikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan.

Ko'p qavatli yassi epiteliy endotserviksning silindrik endotserviksga o'tish joyi muhim ahamiyatga ega, chunki ko'pincha shu joyda hujayralarning atipik transformatsiyasi yuzaga keladi. Tug'ish yoshidagi sog'lom ayollarda ko'p qavatli yassi va silindrik epiteliy chegarasi aslida tashqi bachadon bo'g'zi sohasida joylashadi.

Qiz bolalar va tug'magan ayollarda bu chegara bachadon bo'ynining qin qismida joylashishi mumkin.

Homiladorlik davrida ham xuddi shunday manzara kuzatiladi. Yosh o'tgan sari 2 xil epiteliyning tutashgan joyi servikal kanal tomon siljiydi va ko'z bilan ko'rib bo'lmaydi. Xuddi shunday holat bachadon bo'yni diatermokoagulyatsiyasi va kriodestruksiyasidan so'ng ham kuzatiladi.

1979 yilda JSST bachadon bo'yni patologik jarayonlarining morfologik tasnifini tasdiqlagan, unga asosan:

1. Fon holatlari
2. Rak oldi holatlari (displaziya)
3. Preinvaziv rak
4. Invaziv rak

Bachadon bo'yni fon va rak oldi kasalliklarining kelib chiqishi ekzo- va endogen omillar yig'indisining ta'siri bilan ifodalanadi: bachadon bo'yni

to'qimasida mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, mikro va makrojarohatlar, gormonal o'zgarishlar, mikroblilik omillar.

Fon jarayonlari bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarining 80-85%ni tashkil etadi.

Ularga: eroziyalar, psevdoroziyalar, leykoplakiyalar, eritroplakiyalar va poliplar kiradi.

Eroziya-bu bachadon bo'yni qin qismidagi patologik jarayon bo'lib, boshlang'ich bosqichlarida ko'p qavatli yassi epiteliy distrofiyasi, deskvamatsiyasi bilan, so'ngra esa eroziyalangan yuzada silindrik epiteliy rivojlanishi bilan ifodalanadi. Tug'ma eroziya, haqiqiy eroziya va psevdoroziyalar farqlanadi.

Tug'ma eroziya-ko'p qavatli yassi epiteliy bilan silindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning tashqi bo'g'izidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atrofiga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi. Servikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular asosan bolalik va o'smirlik yoshida bo'ladi.

Haqiqiy eroziya-bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliysi shikastlanib ko'chishi, natijada esa yallig'lanish reaksiyali jarohat yuzasi (epiteliy nuqsoni) hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. U asosan tashqi bo'g'iz atrofida yoki bachadon bo'ynining orqa labida joylashadi. Eroziya och qizil rangda, noto'g'ri, biroz yumaloq shaklga ega bo'lib, ba'zan teginanda qonab ketishi mumkin. Kolposkopiya va mikroskopiya yallig'lanish reaksiyasi belgilari aniq ko'rinadi. Xaqiqiy eroziya qisqa vaqt davom etadigan jarayon bo'lib, 1-2 haftadan so'ng keyingi bosqichiga psevdoroziyaga o'tadi, shu sababli shifokorlar haqiqiy eroziyani kamdan-kam aniqlaydilar.

Psevdoroziyalar haqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli hosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rnini servikal kanal shilliq qavatida bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi.

Leykoplakiya - ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parada va oq rangli pilakchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki surkalgansimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangligacha qoladi. Davolashda kesib olinadi yoki kriodestruksiya qilinadi, bunda lazer terapiyasi muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Eritroplakiya - funksional yoki oraliq qavatlarining atrofiyasi hisobiga ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliqqlanishi bilan ifodalanadi. Bu to'q-qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal

shilliq qavat yuzasidan biroz bo‘rtib turadi. Uning qizil rangi yupqalashgan (atrofiyalangan) epiteliy qavati orqali ko‘rinib turadigan qon tomir to‘ri bilan izohlanadi. Bazal va parabazal hujayralarning atipik giperplaziyasi kuzatilganda eritoplakiya rak oldi jarayoni bo‘lib hisoblanadi. Eritroplakiyani jarrohlik yo‘li (ekssiziya) bilan yoki DEK krioterapiya yo‘li bilan davolanadi.

Servikal kanal shilliq qavati polipi tashqi bo‘g‘iz atrofida joylashib, oyoqchali, ba‘zan esa keng asosli bo‘ladi. Morfologik jihatidan polip biriktiruvchi to‘qimali oyoqchaga ega bo‘lib, ko‘p qavatli yassi yoki silindrik epiteliy bilan qoplanadi, oyoqchasi tarkibida bezli yoki bez-kistozli tuzilmasi bo‘ladi. Ko‘proq 40 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi.

Bachadon bo‘ynining rak oldi jarayonlari

Rak oldi kasalliklari guruhiga displaziya kiradi. Odatda displaziya fon jarayonlaridan so‘ng, ba‘zan esa o‘zgarmagan bachadon bo‘ynida ham rivojlanadi. Ko‘p qavatli yassi epiteliy displaziyasi hujayralari tuzilishi, differensirovkasi va yetilishining buzilishi (61rasm), ya‘ni hujayralar atipiyasi bilan ifodalanadi.

JSSTning tasnifi (1982) bo‘yicha hujayralar atipiyasi va epitelial qavatning shikastlanishi chuqurligi bo‘yicha displaziyaning 3 darajasi faqlanadi: kuchsiz (1), o‘rtacha (2), kuchli (3).

Epitelial displaziyaning keltirib chiqaradigan omillar:

- 1) jinsiy hayotni erta boshlash, jinsiy mijozlarni tez-tez almashtirish.
- 2) tug‘ruq va abort vaqtida bachadon bo‘ynining shikastlanishi.
- 3) jinsiy azolarning yallig‘lanish kasalliklari.
- 4) organizmning 2 tipdagi oddiy uchuq virusi (2-OUV) va odam papillomasi virusi (OPV) bilan zararlanishi.
- 5) giperestrogeniya;
- 6) neftni qayta ishlash va tamaki ishlab chiqarish sanoatlaridagi zararli mehnat sharoitlari.

O‘rtacha darajasi 31-40 yoshga, kuchli darajasi shakli 40-50 yoshga to‘g‘ri keladi.

Diagnozlash. Displaziya - faol, ko‘p qavatli jarayon:

1. Kengaytirilgan kolposkopiya

2. Sitologik tekshirish

3. Biopsiya usuli

4. Servikal kanal shilliq qavatini qirish.

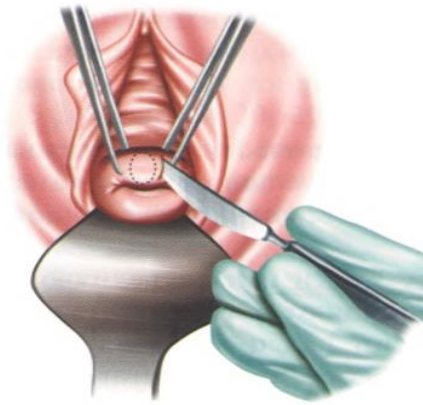
Davolash-displaziya darajasiga bog‘liq.

1. Diatermokoagulyatsiya

2. Rogovenko halqasi bilan diatermelektrokonizatsiya

3. Bachadon bo‘yni konussimon yoki ponasimon qirqish

4. Bachadon ekstirpatsiyasi.



30.1 – rasm. Bachadon bo‘yni biopsiyasi.

30.2. Bachadon tanasining fon va rak oldi kasalliklari

Endometriyning patologik holatlari fon jarayonlari (endometriy poliplari, bezli giperplaziya) va rak oldi kasalliklari (atipik giperplaziya) deb farqlanadi.

Endometriy rak oldi kasalligi hujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rak oldi o‘zgarishlari quyidagi termin bilan tariflanadi: «atipik bezli giperplaziya», «adenomatoz», adenomatoz giperplaziya, «preinvaziv rak».

Rak oldi giperplastik jarayonlari 10% bemorlarda endometriy rakiga o‘tishi (turli mualliflar bo‘yicha 2% dan 50%gacha), ba‘zan uzoq vaqt persistensiyasi, bazan esa so‘rilib ketishi mumkin.

G.M. Saveleva va V.N. Serov (1980) endometriyning rak oldi klinik-morfologik tasnifini tavsiya etishgan, unga quyidagilar kiradi:

- har qanday yoshdagi adenomatoz va adenomatoz poliplar.
- har qanday yoshdagi gipotalamus va neyroendokrin buzilishlari bilan endometriynin bezli giperplaziyasi.
- asosan menopauza va keyingi davrlardagi takrorlanuvchi endometriyning bezli giperplaziyasi.

Endometriyni qirib tozalagandan so‘ng takrorlanadigan bezli giperplaziya va gormonoterapiyaga sezgir bo‘lgan giperplastik jarayonlar ham endometriyning rakoldi kasalligi bo‘lib hisoblanadi.

Giperplastik jarayonlar malignizatsiyasi xavfi metabolik buzilishlar bo‘lgan semirish, uglevod va lipid almashinuvi buzilishlari, gepatobiliar tizim va me‘da-ichak yo‘li faoliyati buzilishlariga olib boradi.

Etiologiyasi: Giperestrogeniya, semirish, giperglikemiya.

Klinikasi: Endometriy rak oldi kasalligi bo‘lgan bemorlar ko‘p hollarda hech nimadan shikoyat qilmaydilar. Ko‘pincha kasallik bachadon bo‘yni polipi, mioma va boshqa patologiyalar tufayli diagnostik qirish vaqtida aniqlanadi.

Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning simptomlari nisbatan bir xil bo'ladi.

Asosan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qilinadi.

Diagnostikasi: 1. Anamnez: 2. Birlamchi ko'zdan kechirish. 3. Aspiratsion biopsiya. 4. Gisteroskopiya, gisterografiya.

Davolash: Ya.V.Boxman (1989) bemorning yoshini, hayz faoliyatini va endometriy holatini aniqlagan holda davolash uslubini ishlab chiqqan.

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda endometriyninig takrorlanuvchi bezli giperplaziyasi va poliplarida davolash qon ketishini to'xtatish va hayz siklini shakllantirishga qaratilgan. Qon ketishini to'xtatish uchun siklik tartibda estrogenlar va proGESTagenlar kombinatsiyasi 6-8 sikl davomida beriladi. Avvaliga dietilstilbestrol 10 mg (2ml 0,5% eritma) va oksiproGESTeron kapronat (OPK) – 250 ml bitta shprisdan bir marta mushak orasiga yuboriladi. So'ngra steroid homiladorlikdan saqlovchi steroid vositalar: non-ovlon, ovidon, regividon 6-4 tabletkadan kuniga 2-3 marta qo'llaniladi. Qon to'xtagandan so'ng ularning miqdori sutkasiga 1 tabletkagacha kamaytirilib, davolash 21 kun davom ettiriladi.

Qon to'xtatish uchun estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda OPK ni 250 mgdan 3-8kun davomida har kuni mushak orasiga yuborish mumkin.

Estrogen va proGESTeronlar tayinlash yo'li bilan hayz siklini to'g'ri shakllantirishga erishish mumkin. Siklning 2 - kundan 12 – 14 kun davomida dietilstilbestrol 0,5 mgdan kuniga 2 mahal 14 - 16kun OPK 250 mg dan. Estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda faqat OPK ni 250 mgdan siklning 14-16 kunlari m/o ga yuborish mumkin.

Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy poliplari va bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya OPKni 500 mgdan 1 hafta davomida 2 marta m/o ga qon to'xtaguncha yuborish, so'ngra 3 oy davomida 250 mg dan 1 haftada 1 marta qo'llash samara berishi mumkin.

Bunday bemorlarga androgenlar berish mumkin - sustanon 250 mg dan 1 oyda bir marta yoki testosteron propionatni 50 mgdan qon ketishi to'xtaguncha 1 haftada 2 marta.

Poliplarni olib tashlash yo'li bilan davolashning samaradorligiga erishish mumkin.

Yosh bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasini davolashda OPK yoki depo - proverani qo'llash to'g'ri bo'ladi. OPK-1, 2oyda 500 mg dan m/o ga 1 haftada 3 marta, 3 va 4 oyda – 500 mgdan 1 haftada 2 marta, 5 va 6 oyda esa 500 mg dan 1 haftada bir marta. Depo–provera 500 mgdan 6 oy davomida har 7-10 kunda 1 marta qilinadi.

Gormonal davolash to'liq dasturi tugagandan so'ng aspiratsion biopsiya, gisteroskopiya, bachadon bo'shlig'ini total qirish so'ng gistologik tekshirishga ko'rsatma bo'ladi.

XXXI-BOB. BEPUSHT NIKOX

JSST ta'rifiga ko'ra, tug'ish yoshida bo'lgan er-xotin bir yil davomida urug'lanishga qarshi vositalarsiz muntazam jinsiy hayot kechirganiga qaramay homiladorlik kuzatilmasa, nikoh bepusht hisoblanadi.

Bepusht nikoh birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Agar homiladorlik umuman kuzatilmasa-bepushtlik birlamchi, agar homiladorlik kuzatilib, so'ngra bepushtlik yuzaga kelsa bepushtlik ikkilamchi hisoblanadi.

31.1.Ayollar bepushtligi

Ayol bepushtligi deb, reproduktiv yoshdagi ayolning 1 yil davomida muntazam jinsiy aloqada bo'lib homilador bo'la olmasligiga aytiladi. Bepusht nikoh birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Agar homiladorlik umuman kuzatilmasa-bepushtlik birlamchi, agar homiladorlik kuzatilib, so'ngra bepushtlik yuzaga kelsa bepushtlik ikkilamchi hisoblanadi.

Etiologik omillari bo'yicha bepushtlikni quyidagi turlarga ajratish mumkin.

1. Bepushtlikning endokrin turi.
 2. Nishon a'zolar jarohatlanishi bilan bog'liq bepushtlik.
 3. Bepushtlikning immunologik turi.
 4. Erkaklar bepushtligi.
1. **Anamnezida homiladorlik mavjudligi bo'yicha:** birlamchi (anamnezida homiladorlikning bo'lmaganligi) va ikkilamchi (anamnezida homiladorlikning bo'lganligi) bepushtlik.
 2. **Bepushtlikni: mutlaq** (tabiiy yo'l bilan homilador bo'lishning ehtimoli butunlay yo'q, bachadon, tuxumdonlar, bachadon naylari, jinsiy a'zolar rivojlanishidagi anomaliyalar); **nisbiy** ko'rib chiqilayotgan nikoh davo muolajalaridan keyin (ayol bepushtligining sababi erkaklar omili) homilador bo'la olishi mumkin.
 3. **Rivojlanish tabiati bo'yicha:** tug'ma va orttirilgan.
 4. **Davomiyligi bo'yicha:** vaqtinchalik, doimiy, fiziologik.
 5. **Etiopatogenezi bo'yicha:**
 6. **Endokrin bepushtlik:**
- I gurux. **Gipotalamo-gipofizar yetishmovchilik:**
- Gipotalamik genezli gipogonadotrop gipogonadizm;
 - Gipofizar genezli gipogonadotrop gipogonadizm ;
 - Giperprolaktinemiya bilan bog'liq gipogonadotrop gipogonadizm.
- II gurux. **Gipotalamo-gipofizar disfunksiya:**
- Normogonadotrop amenoreya, oligomenoreya, sariq tana funksiyasi yetishmovchiligi.
 - Markaziy genezli tuxumdonlar polikistoz sindromi.
- III gurux. **Tuxumdonlar yetishmovchiligi:**

- Tuxumdonlar muddatidan oldin charchash sindromi;
- Rezistent tuxumdonlar sindromi;
- Gonadalar disgeneziyasi;
- Postovarietomiya sindromi, tuxumdonlarni nurli charchashi;
- Tuxumdonlarning yetilishsiz tuxumdonlar polikistoz sindromi;
- Buyrakusti bezi qobig'i disfunktsiyasi.

IV guruh. **Gipotireoz.**

- V Gipotireoz - amenoreya - galaktoreya - giperprolaktinemiya;
- Xayz sikli buzilishlari oligomenoreya, va sariq tana yetishmovchiligi bilan kechuvchi gipotireoz.

1. Nay peritoneal bepushtlik:

- Bachadon naylari faoliyatining buzilishi;
- Bachadon naylarining organik jaroxatlanishi;
- Bepushtlikni peritoneal shakli.

2. Anovulyasiya va bachadon naylari o'tkazuvchanligi buzilmasdan endometriy anatomo-funksional holatini buzilishi bilan kechuvchi ginekologik kasalliklar:

- ichki endometrioz;
 - bachadon miomasi submukoz shakli;
 - endometriy poliplari;
 - endometriy giperplaziyasi
- antiendometrial antitela hosil qiluvchi tashqi endometrioz;
- bachadon bo'shlig'ini takror diagnostik maqsadda qirishlar;
- chilla davri va jarroxlikdan keyingi asoratlar;
- kimyoviy va kuydiruvchi moddalarning ta'siri;
- turli etiologiyali endometritlar.

3. Immunologik bepushtlik.

4. Psixogenli bepushtlik.

5. Noma'lum genezli bepushtlik.

31.2. Ayollar bepushtligining endokrin turi

Ayollarda bepushtlikning endokrin turlariga ovulyasiyaning buzilishini kiritish qabul qilingan.

Ovulyasiyaning zamonaviy nazariyasiga binoan S.S Jen (1986) tomonidan bepushtlik endokrin turining so'nggi tasnifi yaratilgan.

1. Reproktiv sistemaning anatomik nuqsonlari (bachadon va qinning rivojlanish nuqsonlari, sinexiyalar)
2. Tuxumdon yetishmovchiligi (diskineziya, ageneziya)
3. Surunkali anovulyasiya sindromi.

- a) Gipotalamik turi.
- b) Gipofizar turi.
- v) Qayta bog‘liqlik qonunining buzilishi.

(kontraseptivlar qo‘llanish, giperandrojeniya, steroid gormonlar ishlab chiqaruvchi o‘smalar, autoimmun kasalliklar)

Reproduktiv sistemaning anatomik nuqsonlari embriogenez davridagi nuqsonlardan kelib chiqqan.

Bachadon va qin anatomik o‘zgarishlarining orttirilgan turlariga erta, plastik jarrohlik muolajalari oqibatidagi chandiqlar kiradi. Mavjud chandiqlarni laparoskopik nazorat ostida gisteroskopik kesish, keyinchalik BIV kirgizish tavsiya qilinadi.

Tuxumdonlar yetishmovchiligi.

Amenoreyaning tuxumdon turlari birlamchi va ikkilamchi bo‘lishi mumkin. Ko‘p hollarda esa tuxumdon po‘stloq qavatida follikulyar apparat yo‘qligidan kelib chiqadi.

Surunkali anovulyasiya patologik holatlarning geterogen guruxi bo‘lib, gipotalamo-gipofizar tuxumdon sistemasidagi siklik jarayonlarning buzilishi bilan xarakterlanadi. Klinik belgilari bachadondan anomal qon ketishlar, oligomenoreya, amenoreya, galaktoreya orqali yuzaga chiqadi. Bepushtlikning endokrin turlarini davolash qat’iy individual (yakka tartibda) o‘tkaziladi.

Davolash: Tuxumdonlar yetishmovchiligi (lyutein faza yetishmovchiligi, ovulyasiyalanmaydigan follikulaning lyuteinizatsiya sindromi)da o‘rinbosar terapiyani qo‘llash mumkin.

1. Xayzga 10 kun qolganda, hayz siklining 2 fazasida gestagenlar qo‘llash.

2. Xayzni 16-18-20 kunlari xorionik gonadotropinni 1500-2000Ed dan kiritish

3. Kombinatsiyalashgan estrogen-gestagen preparatlarini samara olish maqsadida 2-3 kurs davomida qo‘llash.

4. Ovulyasiyani stimullash uchun Klostilbegit, Klofid yoki Duinum preparatlaridan birini 50mg dan (2-oyda berganda 100mg va 3- oyda berganda-150mg sutkasiga) ayollarda tuxumdonlar zaxirasini e’tiborga olgan holda hayz siklining 2-6, 3-7 yoki 5-9 kunlari beriladi.

5. Giperprolaktinemiya 4-6 hayz sikli davomida sutkasiga 2,5-7,5 mg bromkriptin yoki dostineks 0.5 tabletkadan haftada 2 marta dushanba va payshanba kunlari ichish tavsiya qilinadi.

6. Giperandrojeniyada veroshpiron yoki deksametazon sutkasiga 0,25-0,5mg sxema bo‘yicha 2-oy davomida beriladi.

Surunkali anovulyasiya sindromida ovulyasiya bo‘lmasligini quyidagi tekshirish usullari bilan aniqlash mumkin (3 yoki undan ko‘proq hayz sikli davomida)

1. Bazal haroratni o'lchash.
 2. Qon plazmasida progesteron miqdorini aniqlash.
 3. 6-8 kun davomida bazal harorat oshganda siydikda pregnandiol miqdorini aniqlash.
 4. Endometriy qavatini gistologik tekshirish.
 5. Laparoskopiyada «follikulaning o'sishi va yorilishi» ni aniqlash
 6. Ultratovush orqali follikulometriya o'tkazilib follikulalar rivojlanishi va endometriy qalinligini tekshiriladi.
- Ovulyasiyani tekshirishda yuqorida ko'rsatilgan barcha usullarni ham birdaniga qo'llashga zarurat yo'q.

31.3. Ishon a'zolar shikastlanishi bilan bog'liq bepushtlik

Bepushtlikning bu turini quyidagi omillar bilan ajratiladi:

1. Nay-peritoneal turi
2. Bachadon turi
3. Bachadon bo'yni bilan bog'liq turi
4. Qinga bog'liq turi

1. Nay bepushtligi bachadon naylarining anatomik-funksional o'zgarishlari oqibatida kelib chiqadi. Uchrash salmog'i 30-70%.

Peritoneal bepushtlik deb, kichik chanoq bo'shilig'idagi chandiq jarayonlari tufayli 1 yoki 2 ta nayning o'tkazuvchanligi buzilishi tufayli yuzaga keladigan bepushtlikka aytiladi. Uchrash salmog'i - 9,2-34%

Nay bepushtligini 2 ta asosiy turga ajratish qabul qilingan. Bachadon naylari funkssiyasining buzilishi va ularning organik o'zgarishlari.

Bachadon naylari funksiyasining buzilishi ko'p sabablar natijasida yuzaga chiqadi:

- a) bepushtlik oqibatidagi surunkali psixologik stress
- b) jinsiy gormonlar sintezining buzilishi
- v) buyrak usti bezi va simpatikoadrenal sistema glyukokortikoid funksiyasining buzilishi.

Bachadon naylarining organik shikastlanishi ular o'tkazuvchanligining buzilishi bilan kechadi (31.1-rasm).

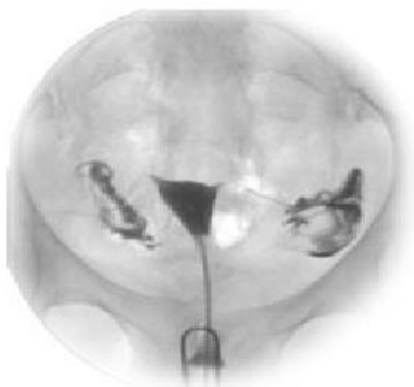
Bachadon naylari organik o'zgarishlarining asosiy sabablari quyidagilar hisoblanadi:

- a) jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari
- b) pelvioperitonit, appenditsit, keyinchalik appendoektomiya bilan, ichki jinsiy a'zoldagi jarrohlik muolajalari bilan bog'liq o'zgarishlar
- v) bachadon naylari endometrioz.

Bepushtlikning nay-peritoneal formasida davolash:

1. Yallig'lanishga qarshi davo o'tkazish
2. Gormonal buzilishlarni korreksiya qilish

3. Laparoskopiya jarroxlik amaliyotida:
- Chandiqlarni kesish -adzeiolizis(salpingo-, ovario-, fimbriolizis)
 - Salpingostomiya, salpingoneostomiya
 - Endometrioz o‘choqlarini koagulyasiya qilish



Гистеросальпингография
натijasiga кўра бачадон найлари
ўтказувчан



Гистеросальпингография
натijasiga кўра бачадон найлари
ўтказувчанлиги бузилган

31.1-rasm. Bachadon naylarini gisterosalpingografiyasi

Bachadondagi organik o‘zgarishlar tufayli yuzaga keladigan bepustlikning sabablariga-ichki endometriozning boshlang‘ich formalari, bachadon submukoz miomasi, endometriy giperplaziyasi va poliplari, turli etiologiyali yallig‘lanish jarayonlari hamda bachadon bo‘shlig‘i sinexiyalari kiradi. Bu o‘zgarishlar meno-, metrorragiya, oligomenoreya va amenoreya shaklida klinik namoyon bo‘ladi.

Bachadon bo‘yni va qinning orttirilgan nuqsonlari ko‘pincha jinsiy a‘zolarning yallig‘lanish kasalliklari natijasida, jarrohlik muolajalari oqibatida kelib chiqadi. Bachadon bo‘yni omili spermatozoidlarning tashilishida katta ahamiyatga ega. Bachadon bo‘yni shillig‘ining buzilish sabablari:

- Yallig‘lanish o‘zgarishlari
- Gormonal buzilishlar
- Spermatozoidlarga nisbatan antitanalar paydo bo‘lishi
- Bachadon bo‘yni anatomik o‘zgarishlari.

Bachadon bo‘yni omilida davolash:

- Yallig‘lanishga qarshi davo
- Tuxumdonlar funksiyasini yaxshilovchi davo.
- Spermatozoidlarda antitelar bo‘lsa, bar‘er (to‘siqli) davo 6 oy davomida prezervativlar qo‘llash
- Bachadon ichiga eri yoki donor urug‘ini inseminatsiyasini qo‘llash
- Anatomik o‘zgarishlar bo‘lsa, plastik jarroxlik muolajalarini qo‘llash.

Nishon a'zolarining surunkali yallig'lanishi bilan bog'liq bepushtlikni davolash:

Nishon a'zolarida surunkali yallig'lanish kasalliklarini aniqlash uchun provokatsiya metodi qo'llanilib, qin, servikal kanal va uretra ajralmalari bakteriologik va serologik tekshiriladi. 50% hollarda infeksiya bachadon naylari va chanoq bo'shlig'ida bo'lishini hisobga olib, mikroflorani tekshirish maqsadida material laparoskopiya yoki orqa gumbaz punksiyasi orqali olinadi (agar sharoit yoki ko'rsatma bo'lsa).

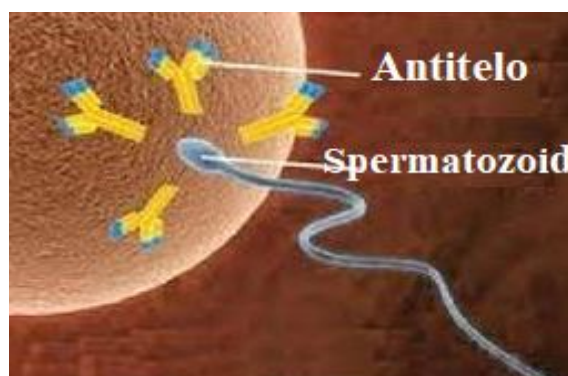
Antibakterial preparatlar kasallik qo'zg'atuvchilarining ularga bo'lgan sezuvchanligidan kelib chiqqan holda tavsiya qilinadi.

31.4.Immunologik bepushtlik

Immunologik bepushtlik yoki bepushtlikning immun turida ayol va erkaklar immunitet himoya omillari spermatozoidlarni bloklaydi va urug'lantirish jarayonini sodir bo'lishiga yul quymaydi.

Immunologik bepushtlikda hosil bo'lgan antispermial antitanachalar spermatozoidlarning membranalariga o'rnatilib olib ularning tuxumxujayraga yetib borib unga kirishiiga to'sqinlik qiladi. Immunologik bepushtlikda spermatozoidlarning bachadon bo'yni servikal kanalidagi quyuuq shillig'idan o'tish qobiliyatini yuqotadi. Antispermial antitelolar spermatozoidlardagi harakatchanlikni bloklaydi va natijada urug'lantirish jarayonini xavf ostiga qo'yadi.

Bepushtlik sababi spontan ro'y beruvchi antispermial immunitet: erkaklarda ayrim sharoitlarda o'zining spermasiga nisbatan antitanalar paydo bo'lishi, ayollarda esa erining spermasiga nisbatan antitanalar hosil bo'lishidir. Bunda spermatozoidlar bir-biriga yopishib qolib o'z harakatchanligini yuqotadi.



31.2-rasm. Spermatozoidlarga nisbatan antitelolar hosil bo'lishi.

Ayollar va erkaklarda immunologik bepushtlik sabablari turlicha bo'lishi mumkin.

Ayollarda immunologik bepushtlik sabablari

- Turli allergik holatlar;
- Infekcion kachalliklar;
- Jinsiy organlar surunkali yallig‘lanish kasalliklari;
- Venerik kasalliklari;
- Jinsiy yullar orqali yuquvchi kasalliklar;
- Genital endometrioz.

Erkaklarda immunologik bepushtlik sabablari

- anatomik kasalliklar (chov churrasi, varikotsele, urug‘ olib chiquvchi yulni obstruksiyasi, kriptorxizm, moyaklar buralishi);
- jinsiy yullar orqali yuqadigan infeksiyalar;
- chanoq a‘zolarida, yorg‘oqda shikastlanishlar va operatsiyalar;
- surunkali yallig‘lanish kasalliklari (prostatit, epididimit, orxit).

Immunologik bepushtlikni diagnostikasi

Spermogramma tahlili.

MAR testi.

PSR tadqiqoti

Kursrok-Miller testi.

Shuvarskiy sinamasi.

Davosi: Antispermial antitanachalarni kimning tanasida (ayolda yoki erkakda) ishlab chiqarilganiga qarab davolash turlicha qo‘llaniladi. Ko‘pincha juftliklarga antiallergik, immunomodullovchi peraparatlarni hamda glyukortikoidlar tavsiya etilib, ularga 6 oygacha jinsiy aloqada prezervativlardan foydalanish buyuriladi, ammo ko‘pincha bu davolash usullari samara bermaydi. Ayollarda immunologik bepushtlikni davolashni eng samarador usuli bu erini urug‘ini bachadon ichiga insimenatsiya muomalajasi o‘tkaziladi.

Ro‘xiy-psixologik omillar sababli bepushtlik

Ko‘pgina bepusht ayollarda psixoemotsional holatida turli o‘zgarishlar borligi aniqlanadi. Yolg‘izlik, hayz oldi davridagi isterik holatlar bunga misol bo‘ladi. Bunday ayollar nevropatolog, psixolog nazoratida bo‘lishlari kerak.

31.5. Erkaklar bepushtligi

Erkaklarning bepushtligi - bu erkakning kamida bir yil davomida kontraseptiv vositalardan foydalanmasdan muntazam jinsiy aloqada bo‘lgan ayolga homilador qila olmasligi. Bepushtlikning erkak omili 20% holatlarda

aniqlanadi va barcha bepushtlik holatlarining 30-40% da birgalikda keladi. Bepusht juftliklarning 50% erkak bepushtligi bilan bog‘liq omil topiladi, odatda eyakulyasiyaning anormal parametrlari bilan birlashtiriladi.

Erkaklarning fertilligi quyidagi sabablarga ko‘ra buzilishi mumkin:

- genital tizimining anomaliyalari yoki orttirilgan nuqsonlari;
- yomon sifat o‘sma kasalliklari;
- siydik yullarining infeksiyalari;
- yorg‘oq haroratining oshishi (masalan, varikotsele natijasida);
- endokrin kasalliklar;
- genetik anomaliyalar;
- immunologik omillar.

30-40% hollarda eyakulyasiya ko‘rsatkichlarining yomonlashuvini tushuntiruvchi omil topilmaydi. Bu odatda idiopatik erkak bepushtligi deb ataladi.

Idiopatik bepushtlik uchun:

- ta‘sir qiladigan kasalliklar tarixi yuq tug‘ish uchun;
- ob‘ektiv tekshirish ko‘rsatadi;
- endokrin, genetik va biokimyoviy laboratoriya tekshiruvlari natijalari normaga mos keladi;
- eyakulyasiya tekshiruvi ko‘rsatadi tug‘ish saloxiyatining pasayishi.

An‘anaviy ravishda erkaklar bepushtligining quyidagi variantlari farq qilinadi:

- sekretor bepushtlik (birlamchi yoki ikkilamchi moyak etishmovchiligi tufayli);
- ekskretor bepushtlik (spermatozoidlarning normal tashilishining buzilishi bilan bog‘liq tug‘ma yoki orttirilgan sabablarni birlashtiradi.
- erkaklar immunologik bepushtligi (spermatozoidlarga qarshi autoimmun reaksiyalarni keltirib chiqaradigan sabablarni birlashtiradi, bu antispermial antitanachalarini ishlab chiqarish bilan birga keladi.

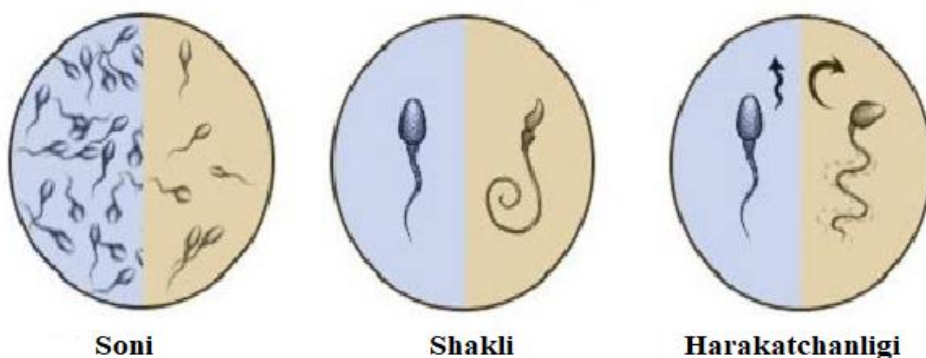
Erkak omilining ta‘sir darajasiga ko‘ra, erkaklar bepushtligi sabablarining uchta guruhi mavjud:

- pretestikulyar (gipogonadotropik gipogonadizm; genetik omillar, xromosoma anomaliyalari);
- moyaklar (giperogonadotropik gipogonadizm, moyak o‘smalari, jaroxat, infeksiya, varikotsele va boshqalar);
- posttestikulyar (qo‘shimcha erkak jinsiy bezlarining infeksiyasi, urug‘ o‘tkazuvchi nayning obstruksiyasi, urug‘ o‘tkazuvchi nay rivojlanishidagi anomaliyalar, vazektomiya, siydik yullarining patologiyasi (masalan, gipospadia), jinsiy disfunktsiyalar: eyakulyasiya buzilishi va erektil disfunktsiya va boshqalar).

Har bir yetilgan erkak jinsiy xujayrasi 72-74 kun davomida rivojlanadi va parallel ravishda ularning ko'p qismi rivojlanib shakllanadi. Spermatogenez jinsiy yetilish davridan boshlab butun hayot davomida uzluksiz ro'y beradi.

Erkaklar bepushtligini sekretor va ekskretor turlari farqlanadi.

Erkaklar bepushtligining sekretor turi spermatogenez buzilishi bilan xarakterlansa, ekskretor turi - sperma ajralishining buzilishi bilan xarakterlanadi. Bankroff (1985) ma'lumotlariga ko'ra erkaklar bepushtligi 40-50% hollarda uchraydi.



31.2-rasm. Spermogramma ko'rsatkichlari

Normal spermogramma ko'rsatkichlari:

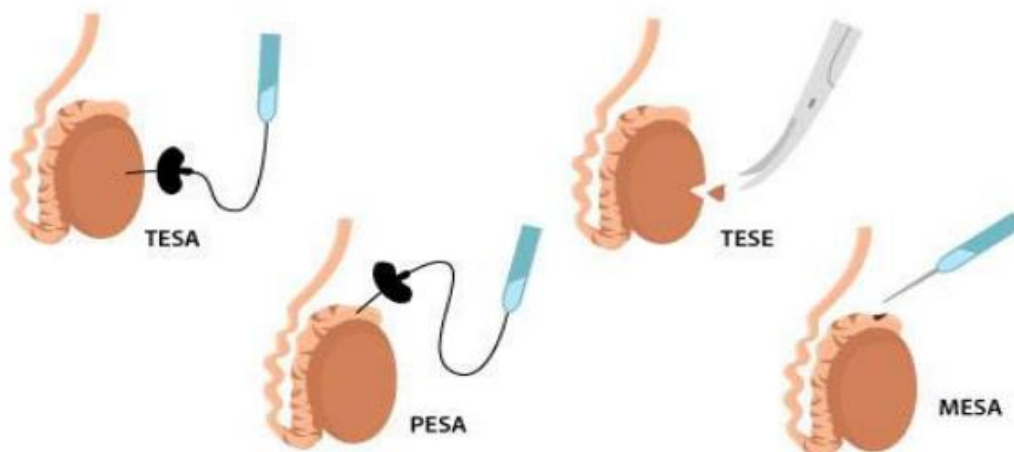
1. Eyakulyat miqdori - 2-5ml
2. Eyakulyatda spermatozoidlarning umumiy miqdori > 50 mln
3. Aktiv xarakatchanlik >50%
4. Aglyutinatsiya yo'q
5. rN 7,2-7,8
6. Leykotsitlar <1,0

Erkaklar bepushtligini davolash usuli (DSSU) donor spermasi bilan sun'iy urug'lantirishdan iborat (31.3- rasm).



31.3-rasm. Bachadonichi insemiatsiyasi

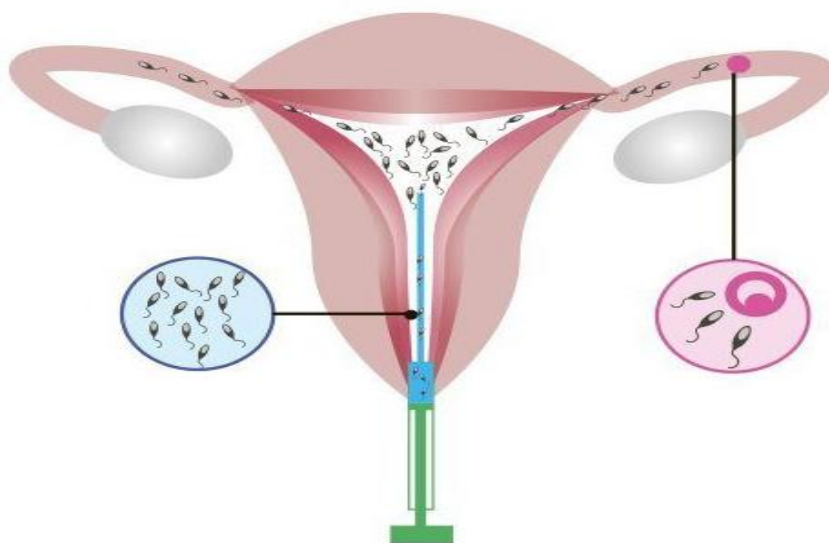
Erkaklar bepushtligini YoRT yordamida davolashda qoʻllaniladigan usullar



31.4-Rasm.Erkaklar bepushtligida oʻtkaziladigan mikrojarroxlik amaliyotlari

- moyak va moyak ortiqlarining teri orqali aspiratsiyali biopsiyalari (PEZA);
- ochiq moyak biopsiyalari (TEZA);
- mikrojarrohlik nazorati (MEZA) bilan moyak ortiqlarining ochiq biopsiyalari;
- mikrojarrohlik nazorati bilan moyakning ochiq biopsiyalari (mikro-TEZA);
- urugʻ oʻtkazuvchi naydan spermatozoidlarning aspiratsiyasi.

Yerkaklar bepushtligini davolash usuli (IOSD) donor spermasi bilan sunʼiy urugʻlantirishdan iborat (31.5- rasm).

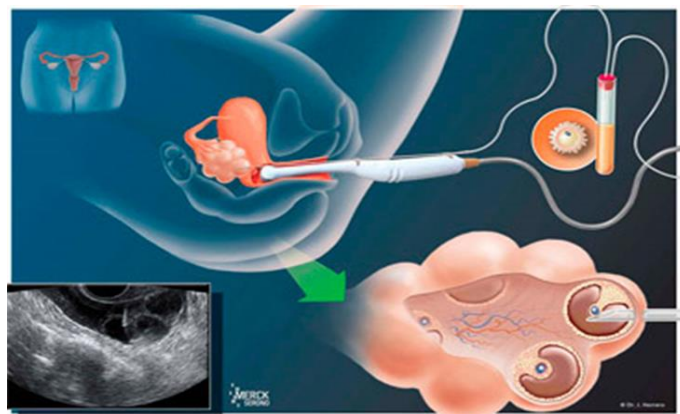


31.5 – Rasm. Bachadonichi sunʼiy uruʻlantirish.

Bepusht ayollarni tekshirish usullari.

1. Anamnez (hayz va ovulyatsiya anamnezi, sistem kasalliklari, o'tkazilgan jarrohlik muolajalari, yallig'lanish kasalliklari).
2. Gormonal tekshirish (LG, FSG, prolaktin, testosteron)
3. Hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya, ovulyatsiya kunlarida-kimopertubatsiya.
4. Follikulalar o'sishining o'ltratovush biometriyasi
5. Yerkak spermasi tahlili
6. Hayz siklining 12-14 kunlarida postkoital testlar (PKT) o'tkazish
7. Laparoskopiya
8. Hayz boshlanishidan 2-3 kun oldin yendometriy biopsiyasi.

Yekstrakorporal urug'lantirish va yembrion transplantatsiyasi nisbatan yangi, ancha murakkab va qimmat davolash usullaridan biri bo'lib, bu odam tuxum hujayrasini in vitro sharoitda urug'lantirish, uni urchitish va yembrionni bachadonga joylashtirishdan iboratdir.(31.6-rasm)



31.6-rasm. Tuxumdon follikulalarini transvaginal punksiyasi.

In vitro usuli bilan urug'lantirish muvaffaqiyati dastavval yetishgan ootsitlar olishning optimal (qulay) muddatlarini aniqlashga va barcha muolajalarni bajarish texnikasining aniqligiga bog'liq.

31.3.Zamonaviy kontrasepsiya usullari

XX asr ikkinchi yarimda kontrasepsiya texnologiyasida katta yutuqlarga yerishilganga qaramay, oilani rejalashtirish kabi katta muammo bir qancha rivojlangan mamlakatalar diqqatini o'ziga jalb qilib kelmoqda «Oilani rejalashtirish»-JSSTtavsiyalariga muvofiq kompleks tadbirlarni amalga oshirishni ko'zda tutadi Bu tadbir bir vaqtning o'zida bir qancha masalani hal qiladi:a)homilador bo'lishdan saqlanish; b) o'zi istagan paytda bola ko'rish; v) homiladorliklar orasida intervallarni boshqarib bilish; g) bola

tug‘ish vaqtini ota-onasiga qarab nazorat qilish; d) oilada necha farzand bo‘lishini belgilash.

Yer-xotinlar orasida kontrasepsiya usullarining ratsional ravishda qo‘llanilishi, ota-onaning moddiy ahvoli yaxshilanguncha farzand ko‘rishga shoshilmay kutishlariga imkoniyatlar yaratadi. Bundan tashqari bir qator kontrasepsiya preparatlari, jinsiy yo‘l bilan o‘tuvchi kasalliklardan saqlaydi, reproduktiv sistemaga terapevtik ta‘sir qiladi va o‘zma kasalliklarini rivojlanishini oldini oladi. Hozirgi paytda kontraseptiv preparatlarni klassifikatsiyalash quyidagicha qabul qilingan:

1) Kontrasepsiyaning turlari: to‘siq (yoki mexanik); spermatsidlar (yoki kimyoviy); ritmik (yoki biologik);

2) Kontrasepsiyani zamonaviy usullari: bachadon ichi vositalari; gormonal, ixtiyoriy, xirurgik st

3) sterilizatsiya, tug‘ishni boshqarishni maxsus turi hisoblanadi.

Kontraseptiv preparatlar quyidagi talablarga javob berishi kerak: yuqori kontraseptiv yefektivlikka yega bo‘lishi ; ayol organizmiga va jinsiy juftiga patologik ta‘sir qilmasligi; keyingi avlodga teratogen ta‘siri bo‘lmasligi; qabul qilishining oddiyligi; arzon, shuningdek didiga mos tushadigan va konfidensial bo‘lishi kerak.

Kontrasepsiyani to‘siq usuli va spermitsidlar

Kontrasepsiyani to‘siq usuliga-diafragma, bo‘yin qalpoqchalari, gubka, prezarvativlar kiradi. To‘siq usulidagi kontrasepsiyani ta‘sir mexanizimi spermatazoidlarni bachadon bo‘yni kanali orqali reproduksiya sistemani yuqori bo‘limlariga o‘tishiga to‘sqinlik qiladi.

Diafragma

Hozirgi paytda zamonaviy qalpoqchalar rezina va lateksdan ishlanib ular gumbazsimon qalpoqchasi yegiluvchan, prujinasimon ravog‘iga yega.

1. Yassi prujinali diafragma-u qin mushaklari tonusi yaxshi bo‘lgan, tug‘magan ayollar shuningdek, qov suyagi orqa ravog‘i unchalik chuqur bo‘lmagan chuqurchasi bo‘lgan patsientlarga yaxshi mos keladi: u yengil bukiladi va maxsus asbob bilan oson qo‘yiladi.

2. Spiralsimon prujinali difragma - qin mushaklari tonusi past bo‘lgan patsientlarga tavsiya qilinadi.

Ravoqsimon prujinali difragma katta prujinali kuchiga yega va yig‘ilgan holda ravoqqa o‘xshaydi. Bir qancha turlari mavjud. Gardishi bo‘ylab istalgan nuqtada bukiladigan difragmalar (sharnir konstruksiyali) ko‘pchilik ayollarga tavsiya yetiladi. Diafragmani tanlashda qin o‘lchami chuqurligini va oraliq mushaklari tonusini inobatga olinadi. Diafragma organizmda yoqimsiz sezgi chaqirmasa, optimal hisoblanadi. Diafragmaning to‘g‘ri tanlanganligiga ishonch hosil qilish uchun oddiy usuli mavjud: diafragmani diametrini katta o‘lchami qinni chuqurligiga teng bo‘lishi kerak.

To'g'ri tanlangan diafragma siljimasligi kerak, chunki u qinni yon devorlari va orqa gumbazi bilan mustaxkam birikkan bo'ladi. Tuqqan ayollarda 70-80ml diafragma to'g'ri keladi. Tug'ruqdan keyin, abort, ginekologik operatsiyalardan keyin ozish va semirishlardan keyin diafragma o'lchamlari boshqatdan tanlanadi.

Ko'rsatmalar: homilador bo'lish xavfi past bo'lgan ayollarga mahaliy kontrasepsiya, kontrasepsiyaning ritmik usuli bilan qo'shilgan holda, oral yoki bachadon ichi kontraseptivlar ishlatilmaganda vaqtinchalik kontrasepsiya usuli.

Mo'neliklar: istalmagan homiladorlikdagi yuqori xavf, rezina, lateks, spermatsidlarga allergiya, endotservitsit bachadon bo'yni yeroziyazi, bachadon bo'ynini xavfli o'smaga gumon qilish, kolpit, siydik yo'li infeksiyasi residivi, anamnezidagi toksik shok sindromi, qin rivojlanishi nuqsoni, qin devorlarining tushishi.

Asorati vanojo'ya tasirlari: allergiya, siydik chiqarilishini tutilishi, ayolda jinsiy aloqa paytida yoqimsiz sezgi, vaginal kandidoz qaytalanishi, siydik yo'li infeksiyasi, ichki jinsiy organlar yallig'lanish kasalliklarini qo'zishi.

Afzalliklari: oddiyligi va xammabopligi, ko'p marta ishlatish mumkinligi, bachadon bo'yni raki profilaktikasi

Bo'yin qalpoqchalari

A) Kafka -qalpoqchasi kauuchuk, alyuminiy yoki zich rezinadan qilinadi. Bachadon bo'yinchasiga 3 kun o'tgach kiygiziladi va xayz sikli tugashiga 3 kun qolganda olinadi.

B) Prentif -qalpoqchasi yumshoq rezinadan qilinib ravog'ini ichki yuzasidan kesma bor, bo'yinchaga 36-48 soatga kiygiziladi.

V) Dumas -qalpoqchasi chuqur bo'lmagan, yirik yumshoq rezinadan qilinadi diafragmaga o'xshab qin gumbaziga zich birikadi. Bachadon bo'ynidagi chandiqli o'zgarishlarda yoki deformatsiyalarda tavsiya qilinadi.

Istalmagan homiladorlikda yuzaga keluvchi yuqori xavf, bachadon bo'yinchasidan olingan surtmalarda atipik hujayralarni topilishi, servitsit, papilloma, virusli infeksiya, qin, bachadon tuxumdonlarni yalig'lanish kasalliklarining qaytalanishi, siydik chiqaruv traktini infeksiyasi qaytalanishi, anamnezdagi toksik shok sindromi, qin devorlarini tushishi, bachadon bo'yni yeroziyasi

Nojo'ya ta'siri: yoqimsiz sezgi, qorin past va belda og'riqlar, spermatsid, rezinaga allergiya, papilloma virusli infeksiyani servikal yepiteliyga yuqori sezuvchanligi.

Kontraseptiv gubka(bulutcha)

Kontraseptiv gubka kimyoviy va mexanik usullardan samarali bo'lib, spermatozoidalarni bachadonga kirishiga to'sqinlik qiladi va spermatsid modda ajratib chiqaradi.

Prezervativ

Hozirda uni juda yupqa rezinadan (qalinligi 1mm) ishlanadi.

Ko'rsatma:

jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklarini oldini olish uchun, oral va bachadon ichi kontrasepsiya vositalarini olishni vaqtincha to'xtatilganda, boshqa turdagi kontrasepsiya usullari bilan birgalikda foydalanish.

Spermitsidlar

Spermitsidlar (farmateks: shamcha, qin tabletka, krem, tampon; delfin, konseptrol, koromeks, ramzes va b.) ta'sir mexanizmi bir necha sekundalar ichida spermatozoidlarni parchalash xususiyatiga yega bo'lgan aktiv ingridientdan iborat (79rasm). Hozirda faol ingridient sifatida surfaktantlar: benzalkoniya xlorid, nonoksinol-9, oktoksinol, faol fermentlar ingibitorlari: A gen 53, sin-a-gen ishlatilmoqda

Krem jele maxsus applikator yordamida chuqur qinga kirgiziladi.

Spermitsidlarni qo'llashga ko'rsatma:

to'siq usulidagi kontraseptiv preparatlar bilan birga qo'llaniladi.

Ritmik usuli

Ritmik usuli (biologik usul) - bu jinsiy aloqadan periovulyator davrda saqlanishi yoki shu davrda boshqa kontrasesiya preparatlardan foydalanish.

Ovulyatsiya yoki tuxum hujayrani yetilishi 14-15 kuniga to'g'ri keladi, ritmik usulni 4 ta varianti mavjud.

1. Taqvim usuli
2. Harorat
3. Servikal
4. Sintotermal

Harorat usuli: bu usul fertil davrda bazal haroartni aniqlashga asoslangan, ovulyatsiyadan oldin (12-24 soat) harorat birdan tushadi. Ovulyatsiyadan keyin yana ko'tariladi.

Servikal usul: bu usulda yestrogenlar ta'sirida bo'yincha shillig'i xarakteri o'zgaradi. Preovulyator davrda shilliq ochiq, tiniq, cho'ziluvchan bo'lib qoladi.

Sintotermal usul: bu usul yuqoridagi taqvim, harorat usuli va servikal usullarni o'zida mujasamlashtiradi.

Zamonaviy BIVlar.

1. Tarkibiga bariy sulfat qo'shib polietilendan ishlangan inert (yoki netral) kontraseptivlar
2. Tarkibida mis (Yunona, Multiloid Si-375) va gestagenlar (Mirena) saqlagan preparat.

Ta'sir mexanizmi to'liq aniqlangan yemas: mis ionlarini spermato va ovotoksik ta'siri; BIVning abortiv ta'siri miometriy tonusini oshiruvchi prostaglandinlar sintezini kuchaytiradi; BIVning bachadon naylari peristaltikasini kuchaytiradi; BIV implantatsiyaga ta'sir qiluvchi

yendometriyda chiqarilishi; BIVmakrofag bilan spermatozoid fagotsitozini kuchaytiradi; BIV bachadon shilliq qavatida kislotali va asosli fagotsitlarni miqdorini oshiradi; BIV ta'sirida yendometriyni funksional aktivligi pasayadi.

Bularning hammasi bachadonda homilaning rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan vosita hisoblanadi.

BIVni ishlatilishining asosiy tamoyili:

hayz siklining 4-6 kuni (yoki hayzning oxirgi 2-kuni), asoratsiz tug'ruqdan olti hafta o'tgach, hayz siklining istalgan bir kuni. BIVlarning chiqarilish turlari bo'yicha bir necha turlari mavjud.

BIVni kiritish texnikasi uning qutisida ko'rsatilgan.

BIVga ko'rsatma: BIV ayollar uchun yeng qulay usul hisoblanadi

Mo'neliklar: a) Mutloq: noaniq genezni qon ketishlar, homiladorlik, misga allergiya, ayol jinsiy a'zolari rakka gumon qilinganda, ichki va tashqi jinsiy a'zolari yalig'lanish kasalliklari, anamnezda tug'ruqlarni bo'lmasligi.

b) Nisbiy: jinsiy tizim rivojlanish nuqsonlari, mioma, yendometrioz, infantil bachadon, deformatsiyalar, qon kasalliklari, yekstrogenital kasalliklar.

Nojo'ya ta'sirlar:1.Og'riq-prostoglandinlar sekresiyasini oshishi natijasida yuzaga keladi: yekspulsiya, to'lg'oqsimon og'riqlar, bachadon va ortiqlarning yallig'lanish kasalliklari, o'z-o'zidan abort, yektopik homiladorlik, xurujsimon og'riq, qonli ajralma.

2. Hayz siklining buzilishi: giperpolimenoreya, algodismenoreya, bachadondan siklik qon ketishlar. 3.Bachadonning yallig'lish kasalliklari. 4.Ekspulsiya. 5.Homiladorlik. 6.Perforatsiya (bachadon teshilishi)

BIV ishlatadigan ayollarga tavsiyalar

- 1) birinchi tekshiruv BIV qo'yilgandan 3-5 kun o'tgach o'tkaziladi.
- 2) jinsiy hayotni tiklash faqat ko'rikdan keyin ruxsat beriladi
- 3) qayta ko'rik har 3-6 oyda amalga oshiriladi
- 4) Bemorga har sikl paytida ipchalarini paypaslab ko'rishni o'rgatish.
- 5) harorat ko'tarilganda, qorin pastida og'riq, patologik ajralmalarda va hayz sikli o'zgarganda shifokorga murojaat qilish kerak.

Gormonal kontrasepsiya

Bu oral kontraseptiv (OK) preparatlar ham deyiladi, bular tabletka holida bo'lib, har bir tabletka yestrogen va progesteron saqlaydi. Shulardan yarina, janin, Diane-35,logest, trikvilar, mikrogenon, rigevidon, novinet, regulon va boshqalar keng qo'llaniladi.

OKlarning reproduktiv sistemaga ta'siri: gipotalamo-gipofizar LG va FSG miqdori pasayib ketadi. Ovulyatsiya bo'lmaydi, tuxumdonlar

o'lchamlari kichrayib uni stukturasi funksional jihatlari o'zgaradi, yendometriyda proliferativ o'zgarishlar yuzaga keladi, bachadon bo'yni gipersekresiya va bachadon servikal kanalining shilliqli fizik-kimiyoviy xususiyatlari o'zgaradi. Kontraseptiv yeffekti 100% bo'lib hisoblanadi. OK tarkibidagi yestrogen va gestagen komponentlariga ko'ra monofazali va ko'p fazali OKlarga bo'linadi, bularni umumiy qabul qilish tartibi siklning 1 kunidan 1 tabletkadan bir xil vaqtda 21 kun mobaynida keyin 7 kun dam olish beriladi va yana yuqoridagi kabi ichib boshlanadi, bu monofazali OKlar uchun ko'p fazali OKlarni qabul qilishda hayz sikli boshlangandan 1 tabletkadan ichiladi va 21 kun davomida 7 kun dam olish.

Ko'rsatmalar: Ishonchli kontraseptivlikga yega bo'lishi; hayz sikli buzilishlarda va boshqa patologik holatlarda terapevtik ta'siri, tug'ishni nazorat qilishga qulayligi, tug'magan yosh ayollarni jinsiy faolligi, tug'ruq yoki abortdan keyingi ahvoli

Mo'neliklar: Mutloq: tromboembolik kasalliklar, bosh miya tomirlar sistemasining zararlanishi, reproduktiv sistema va sut bezlarining xavfli o'smalari, jigar funksiyasidagi og'ir buzilishlar

Nojo'ya ta'siri va asorati: yesterogenga nojo'ya ta'sir ko'ngil aynishi, sezuvchan, sut bezlar kattalashishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qaltirash, gipertenziya, tromboflebit. Gestagenga bog'liq nojo'ya ta'sirlar ishtahani ko'tarilishi, depressiya, tez charchashi, neyrodermit, terining qichishi, yog'li holat oshishi, sut bezlarida og'riq, qattiqlashishi, holsizlik, sariqlik, qin kandidozi. Yestrogenlar yetishmovchiligida qo'zg'aluvchanlik, bosh og'rig'i, depressiya, sut bezlarini kichrayishi, siklning boshida yoki oxirida yoki o'rtasida qonsimon ajralmalar chiqadi. Progestagenlar: hayzlararo qonli ajralmalar, hayz sikliga o'xshash reaksiyalar yoki to'xtab qolishi kuzatiladi.

OK tanlash prinsipi. Bu prinsiplarni tavsiya yetishda bemorni ginekologik va somatik statuslarini, jinsiy aktivligini ye'tiborga olib preparatlar tanlanadi.

- 1) OK tavsiya yetishda qarshi ko'rsatmalarni qat'iy ye'tiborga olinadi
- 2) Har yilgi ginekologik tekshiruvlar
- 3) Bachadon va uning ortiqlarini tarnsvaginal ultratovushli skanerlashni o'tkazish
- 4) Sut bezlarini har 1/2-1 yilda ko'rikdan o'tkazish
- 5) Arterial qon bosimini tekshirib turish diastolik bosim 90 mm. simob ustuni hisobida bo'lganida OK berish to'xtatiladi.

OK qabul qiluvchilarga tavsiyalar

- 1) Tabletkani qabul qilish rejimiga qat'iy rioya qilish
- 2) Tabletkani bir xil vaqtda berish kerak
- 3) Agar bitta tabletkani ichmay qolganda darhol oradan 12 soatdan o'tmasdan ichish kerak

4) Menstrual siklga o'xshash reksiya bo'lmasa, shu sistema bo'yicha dorini ichishni davom yettirgan holda shifokorga murojaat qilish kerak

5) Keng ta'sir doirasiga yega bo'lgan antibiotiklar, antigistaminlar og'riq qoldiruvchilar, nitrofuranlar, barbituratlarni OK lar bilan bir vaqtda berilganda OK ni ta'siri kamayadi

6) Preparatni berish to'xtatilgandan keyin homiladorlik birinchi siklda yuzaga kelishi mumkin

7) Rejali operatsiya bo'lishidan 6 hafta oldin OK ni to'xtatish kerak

8) Rejalashtirilgan homiladorlikdan 3 oy oldin OK ni qabul qilishni to'xtatish kerak

9) Shu xil dozadagi boshqa tabletkaga o'tishda standart 7 kunlik interval o'tishi kerak, past dozada OK ga o'tishda yeski tabletka tamom bo'lgan kuni yertasiga yangisi ichiladi.

10) Qayd qilinganda qo'shimcha yana 1 tabletkani qabul qilish kerak

11) Har qanday shikoyatlarni shifokor bilan birga hal qilish kerak.

12) Sikllararo qonsimon ajralmalar preparat qabul qilishning 1-oylarda yuzaga keladi. Bu paytda qo'shimcha yana bir tabletkani qabul qilish tavsiya yetiladi.

MINI-PILI

Bu preparat o'z tarkibida progestagenlarni mikrodozalarini saqlaydi. Kontraseptiv ta'sir mexanizmi bir necha faktorlardan iborat.

A) «Bo'yin omili» Mini-pilli ta'sirida bo'yin shillig'i miqdori pasayadi yopishqoqligi oshadi va buning natijasida spermatozoidlarni kirish xususiyati periovulyator davrda pasayadi

B) «Bachadon omili» Mini-pili yendometriydagi o'zgarishlarga olib keladi

V) «Nay omili»-naylar tuxum hujayralari harakatini sekinlashtiradi.

G) «Markaziy omili» Mini-pili ovulyatsiyani to'xtatib qo'yadi

Ko'rsatma: katta reproduktiv yosh, laktatsiya davrida (tug'ruqdan 4-6 hafta o'tgach), yestrogenlar berishga qarshi ko'rsatma bo'lganda, qandli diabet, 35 yoshda aktiv chekish

Gormonal kontraseptivlar bilan birgalikda Magne-V6ni qabul qilish ham tavsiya yetiladi.

In'eksion usullar

In'eksion preparatga: tarkibida yestrogen va androgen aktivligi bo'lmagan ta'sir qilish vaqti uzaygan progestagenlar kiradi (82rasm).

In'eksion preparatlarning ta'sir qilish mexanzimi:

ovulyatsiyani to'xtatishi (gipotalamo-gipofizar sistemani ingibiraydi), servikal kanal shilliq qavati fizik-kimiyoviy xususiyati o'zgarishi, fermentlar tengligini buzilishi, yendometriyning implantatsiyaga qarshi o'zgarishi.

Qabul qilish tartibi: Depo-provera-150 birinchi dozasini hayz siklining birinchi besh kunida qilinadi. Keyingi in'eksiyalar har 12 haftada qilinadi.

Noresterat 8 haftada 1 marta qabul qilishdan oldin flakonni sekin aralashtirish va chuqur mushak orasiga yuboriladi.

Ko'rsatma: boshqa gormonal preparatlarni muntazam qabul qilish mumkin bo'lmay qolganda, kech reproduktiv yosh, yestrogenlarga qarshi ko'rsatma bo'lganda, lakatsiya davrida

uchun: homiladorlik, bachadondan patologik qon ketishi, homiladorlikni yaqin kunlardagi , reproduktiv sistema a'zolarining yomon sifatli o'smalari.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya

Bu turdagi kontrasepsiyani 4 guruxga ajratib o'rganiladi.

Bog'lash va ajratish: bachadon naylari chok materiali yordamida bog'lanadi; Pomeroy usuli nay bog'lanib shu joydan kesiladi; Proklanda usuli nayni ikki joyidan bog'lab o'rtasi kesib olib tashlanadi. Bundan tashqari bir qancha turlari bor: mexanik usuli, issiqlik yenergiya yo'li bilan kesish.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya quyidagi vaqtda qilinadi: hayz siklini ikkinchi yarmida, tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tgacha, ginekologik operatsiya vaqtida, abortdan keyingi sterilizatsiya, asoratlanmagan sun'iy abortdan keyin, tug'ruqdan keyin sterilizatsiya: kesar kesish vaqtida, 48 kundan keyin, tug'ruqdan 3-7 kundan keyin .

Qarshi ko'rsatma. Mutlaq: kichik chanoqda o'tkir yallig'lanish kasalliklari, tarqalgan yoki o'choqli infeksiya, yurak - qon tomir kasalliklari, aritmiya, respirator kasalliklar, diabet, qon ketishi, semizlik, kindik churrasi. Hozirgi davrda bachadon naylarini laparoskop yordamida inaktivatsiya qilish, bu usul koagulyatsion usulga ko'proq yordamlashadi.

Yerkaklar sterilizatsiyasi yoki urug' chiquvchi naylarni kesib tashlash yoki koagulyatsiya qilish.

Vazektomiya asoratlari. Gematoma, yallig'lanish kasalliklari, yepididimit. Kontraseptiv yeffekti juda yuqori hisoblanadi

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
Toshkent tibbiyot akademiyasi rektorining 2022-yil
30-noyabr dagi 389-sonli buyrug'iga asosan

F.Shukurov, G.Nigmatova

(muallif (lar) familiyasi, ismi, sharifi)

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

Barcha tibbiy ta'lim yo'nalishlari ning


talaba (o'quvchilar) uchun tavsiya etilgan

Akusherlik va ginekologiya

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

Darslik ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.

Rektor  **A.K.Shadmanov**
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami
2022-021



SHUKUROV F.I., NIGMATOVA G.M.

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

Darslik

Bosh muharrir **O.Kozlova**
Badiiy muharrir **J.Hamdamov**
Kompyuterda saxifalovchi **S.Sultanova**

NASH.lits. AA № 8798
«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MЧЖ
Toshkent shahri, Olmazor tumani, Shifokorlar, 21



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 19,0 а.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 2020-2022.
Отпечатано «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716