

ЎЗБЕКИСТОН ССЖ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
УҚУВ-МЕТОДИКА КАБИНЕТИ

АКАДЕМИК И. П. ПАВЛОВ НОМИДАГИ
«ХАЛҚЛАР ДУСТЛИГИ» ОРДЕНЛИ САМАРҚАНД
ТИББИЕТ ОЛИЙҒОҶИ

ПАТОЛОГИК АКУШЕРЛИК

Олийгоҳ даволаш қўллийетининг IV курс талабалари
учун амалий машғулотлардан методик қўлланма

Самарқанд — 1991 й.

ТАКРИЗЧИЛАР:

1. **ҲОМИДОВ М. Х.** — тиббиёт фанлари доктори, профессор, СамТИ педиатрия қўллиётининг акушерлик ва гинекология кафедраси мудири.
2. **ЖАББОРОВА Ю. Қ.** — тиббиёт фанлари доктори, профессор, ТошТИ акушерлик ва гинекология кафедраси мудири.

А Н Н О Т А Ц И Я

Методик қўлланма Самарқанд тиббиёт олийгоҳи даволаш қўлиёти акушерлик ва гинекология кафедраси ходимлари томонидан ўқув программаси ва режалари ҳамда амалий педагогик тажрибаларга асосланиб тузилган.

Қўлланма жумҳурият тиббиёт олийгоҳларининг даволаш қўлиёти IV курс талабаларининг амалий машғулотлари учун патологик акушерлик, фантом курси элементлари, экстрагенитал касалликлар ва геринатологиянинг айрим қисмларидан иборат.

МУҲАРРИРЛАР:

1. И. З. ЗОКИРОВ — Самарқанд тиббиёт олийгоҳи акушерлик ва гинекологик кафедрасининг мудури, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби.

2. М. С. БАДРИДДИНОВА — шу кафедра доценти, тиббиёт фанлари номзоди.

СУЗБОШИ

Тиббиёт олийгоҳларининг акушерлик ва гинекологик кафедралари ўз тажрибаларига асосланиб IV—V—VI курслар учун бир талай методик қўлланма, кўрсатма, тавсияномалар яратганлар. Аммо, умумиттифоқ программа, акушерлик ва гинекологиядан машғулот ўтказганда, ҳар бир жойнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга ололмайди.

Самарқанд тиббиёт олийгоҳи даволаш қуллиётининг акушерлик ва гинекология кафедраси кўп марта туққан, кўп болалик аёллар ва экстрагенитал патологияси бор ҳомиладорларнинг кўп сонли эканлигини ҳисобга олган ҳолда, акушерлик патологиясига эътибор бериб, жойлардаги шифокорлардан талаб қилган ҳолда 60 йил ичида амалий машғулотлар ўтказишда ўз ҳаётини тажрибасига эга бўлди. Бу йиллар ичида ўқув программаси, амалий машғулотлар ўтказиш услублари акушерлик фанининг ва жумҳуриятимизда туғруққа ёрдам беришни ташкил этишнинг ютуқларига аҳамият берган ҳолда бир неча марта қайта кўриб чиқилди. Ҳозирги вақтда УзССР тиббиёт ва фармацевтик олийгоҳлари Ректорлар Маслаҳатининг ўқув-методик комиссияси талабларига кўра ва Маслаҳатининг қарорига (1990 йил) биноан тиббиёт олийгоҳларининг бир профилли кафедраларининг иш фаолиятини ўзаро мослаштириш зарурияти туғилди. Бу зарурият умум даволовчи шифокорлар ва айниқса, шифокор акушер-гинеколог тайёрлаш сифатини яхшилашга қаратилган.

Юқорида айтиб ўтилган сабабларга кўра, кафедра ўқитувчилари программа ва типик ўқув планлари талабларига биноан, регионал хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда, маълум даражада ўзгартиришлар киритиб мазкур қўлланмани тайёрлашди.

Қўлланма ҳомиладорлар токсикозлари, тор чанок, туғруқ кучлари аномалиялари, акушерликдаги қон кетишлар, ҳомиланинг ногўғри жойлашиши, экстрагенитал патологиянинг ҳомила ва чақалоққа таъсири, опе-

ратив акушерлик, чилла ва чақолоқлик даври патологияси каби масалаларни ўз ичига олган.

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бош бошқармасининг 21/XI—90 йилги қўлланмаслиги биноан декрет отпусчасига чиқиш учун 30 хафталик ҳомиладорликни аниқлаш бўйича ўзгартишлар киритилган.

Қўлланма 17 бўлимданиборат бўлиб, уларда машғулотнинг мақсади, режаси, ўтказиш жойи, кўргазмали қуроллар, ўқитишнинг техник воситалари, машғулот мазмуни, ситуацион масалалар, контроль саволлар, адабиётлар рўйхати кўрсатилган.

Мазкур қўлланма ЎзССЖ Соғлиқни сақлаш Вазирлиги ректорлар Маслаҳати қошидаги акушерлик ва гинекологиядан жумҳурият ўқув-методик комиссияси томонидан тасдиқланган.

Қўлланма жумҳурият олийгоҳларининг даволаш қуллийети талабаларига мўлжалланган.

Қўлланма тузувчилари Сизнинг барча фикр ва мулоҳазаларнигизни миннатдорчилик билан қабул қилади ва келгуси ишларида камчилик ва нуқсонларни барта-раф қилишга ҳаракат қилади.

МАВЗУ: ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ ИЛК ТОКСИКОЗЛАРИ

Машғулотнинг мақсади:

Ҳомиладорларнинг кўп учрайдиган илк токсикозлари, унинг клиникаси, диагностикаси, даволаш услублари ва профилактикаси билан танишиш.

Вазифалар:

1. Илк токсикозларнинг келиб чиқиш сабаблари ва патогенези назариялари билан танишиб чиқиш.
2. Клиник формаларини ўрганиш.
3. Қўшимча текшириш усуллари билан танишиш.
4. Даволаш принципларини ўрганиш.

Машғулот жойи

Аёллар консултацияси.

Кўргазмали қуроллар

Диапозитив, таблицалар, лаборатор текшириш маълумотлари.

Машғулот мазмуни

Ҳомила тухумининг ривожланиши жараёнида рўй бериб, ҳомиладорлик тамом бўлиши билан ўтиб кетадиган патологик ҳолатлар ҳомиладорлик токсикозлари дейилади.

Ҳомиладорлар токсикозлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

1. Илк токсикозлар:

а) кўпроқ учраб турадиган: ҳомиладорларнинг қусиши, сўлак оқиши дерматозлар;

б) кам учрайдиган: симфизиопатия ва сакроилеопатия, ҳомиладорнинг бронхнал астмаси, ҳомиладорлар тетанияси, ҳомиладорлар сарғаймаси, жигарнинг ўткир сариқ дистрофияси.

2. КЕЧ токсикозлар (ЕРН — гестозлар) — ҳомиладорлар истисқоси, нефропатия, преэклампсия.

Токсикозларнинг келиб чиқишини изоҳлайдиган бир қанча назариялар мавжуд. Булар плацентар, заҳарла-

нинг, аллергия, иммунологик ва бошқалар бўлиб, кортиковисцерал назария кўпроқ аҳамиятга эгадир. Токсикозлар асосан адаптация механизмлари бузилиши натижасида ривожланади. Ҳомиладорлик аёл организмига янги, каттароқ талаблар қўяди, натижада барча орган ва системаларда мосланиш тариқасидаги катта ўзгаришлар рўй беради. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси нерв системасининг назорати остида келиб чиқади ва авж олади. Аёлнинг нерв системасида салбий ўзгаришлар мавжуд бўлса мосланиш тарзидаги физиологик реакциялар тўғри ривожланмайди, натижада орган ва системалар фаолиятидаги ўзгаришлар патологик тус олади: модда алмашинуви бузилади, организмнинг таъсиротларга жавоб реакцияси ўзгаради ва токсикоз пайдо бўлишига замин яратилади. Ҳар хил касалликлар ва ўта чарчаш каби организмнинг чидамини камайтирадиган омиллар нерв системасининг фаолиятини пасайтириб, токсикозларнинг келиб чиқишига ва уларнинг оғир формада ўтишига сабаб бўлади.

Илк токсикозлар, кеч токсикозлардан фарқли ўлароқ, асосан ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида, яъни плацентация даврида учрайди. Бундай беморларда рўй берадиган патологик ҳолат марказий нерв системаси, эндокрин система, ошқозон-ичак, юрак-томир системаси, жигар буйрак фаолиятининг бузилиши билан характерланади. Кеч токсикозларда томирлар тонуси ошиб, баданда шиш пайдо бўлса, илк токсикозларда, аксинча, томирлар тонуси сусайиб, организмнинг сув йўқотиши кучаяди.

Ҳомиладорларнинг қусиши (*Emesis gravidarum*).

Илк токсикозлар орасида ҳомиладорларнинг қусиши тез-тез учраб 15% аёлларда ўртача ва енгил формадаги токсикоз ҳолатида, 0,5% аёлларда эса оғир токсикоз ҳолатида ўтади.

Кўпинча бўйида бўлган аёллар ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафта ва ойларида эрталаб кўнгли айниб, қусадилар. Бу ҳомиладорликнинг шубҳали белгиларидан бири бўлиб, аёл соғлиғига зарар етказмайди. Токсикозда эса ҳомиладор фақат эрталаб эмас, балки кун бўйи ҳам қусиши мумкин, унинг ништаҳаси бўғи-

либ, кўнгли айнийди, тана вазми камаяди, боши айланади, дармони қурийди. Токсикознинг критик давларда, яъни органогенез (3—8 ҳафта) ва плацентация (9—14 ҳафта) даврида пайдо бўлиши ҳомиланинг нуқсонли бўлиб ривожланиши ва гипотрофияга учраши хавфини туғдиради.

Клиникаси. Ҳомиладорлар қусиши кўпинча ёш, биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда учрайди ва уларда касаллик айниқса оғир формада кечади. Токсикознинг келиб чиқишида преморбид фоннинг аҳамияти жуда катта (болаликдаги инфекциян касалликлар, лор-касалликлари, ошқозон-ичак, жигар касалликлари ошқозон-ичак, жигар касалликлари ва бошқалар).

Касаллик 3 даражадаги оғирликда кечиши мумкин.

1. Енгил шаклдаги қусишда беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб, аёл кунига 3—5 марта қусадн, кўнгли айнийди, иштаҳаси пасайиб, дармонсиз бўлиб қолади, тана вазни бироз камаяди, тери ва шиллиқ қаватлар ранги ўзгармайди, тери тургори сақланади, пульс ва артериал босими ўзгарилмайди, диурез сал (800 мл. гача) камаяди, периферик қон ва сийдикда патологик ўзгаришлар бўлмайди.

Уртача клиник оғирликдаги қусишда бемор кўнгли айниб, кунига 6—10 мартагача қусадн, кўп сўлак ажраллади, қориннинг эпигастрал бўлимида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Иштаҳаси пасайиб, доим сув ичгиси келади, боши айланади ва дармонсиз бўлиб қолади. Терининг тургори пасайиб, оппоқ ва қуруқ бўлиб қолади, бемор безовта ёки уйқучан бўлиб қолади. Пульс минутига 100 мартагача тезлашиб, артериал босими бироз пасаяди. Тили қуриб, оқ қариш бойлайди, қоринни пайпаслаганда сал оғриқ сезади, диурез суткасига 700—600 мл.гача камаяди. 10—15% беморларда бола тушиш хавфи пайдо бўлади. Қон таркиби нормада бўлиб, гематокрит 40—45% гача кўтарилади, сийдикда ацетон, альбумин пайдо бўлади, электролит алмашинишининг ўзгарилиши натижасида эритроцит ва плазмада гипокалиемия ва гипернатрийемия аниқланади, қондаги билирубин миқдори сал кўпаяди, қоннинг явиши тезлашади, фибриноген ва эритроцитларнинг агрегацияси ошади, қонда серотонин, гистамин

кўпаяди, эстроген фракцияларининг экскрецияси кама-
яди.

Оғир шаклдаги қусиш (Hyperemesis) аталиб, бемор жуда кўп (15—20 марта ва ундан ҳам ортиқ), ҳатто ярим кечада ҳам қусиши мумкин, қусиш овқатланиш-
га боғлиқ бўлмайди. Бемор ҳар донм сув ичгиси ке-
лади, овқатдан кўнгли қолиб, ҳатто овқат ҳидига ҳам
чидай олмайди, сўлаги оқиб, кўнгли айнийди, иштаҳа-
си бутунлай йўқолади. Бемор маъюс ва бепарво бў-
либ қолади. Нафақат овқат, ҳатто ичган сувини ҳам
қусиб ташлайди, натижада тана вазни кундан-кун ка-
мая боради. Терн қуруқ, тургор ва мушак тонуси па-
сайган, склералари сарғайиб, ранги ўчади, жуда озиб
кетади. Пульс юмшоқ бўлиб, тез-тез уради, артериал
босими паст, бадан ҳарорати субфебрил, тил қуруқ,
лаблар ёрилиб, оғиз атрофидаги териси шилиниб, ма-
церация пайдо бўлади, ичи қотади, сийдик камайиб,
диурез суткасига 500 мл.дан ошмайди. Қон қуюқ бў-
лиши оқибатида қон таркибида гемоглобин кўпаяди,
гематокрит 53%гача кўтарилади, қонда билирубин
миқдори ошади, оқсиллар-глобулин миқдори кўпайиб,
альбумин камаяди, азот қолдиғи кўпаяди, эритроцит
ва қон зардобиди калий миқдори пасаяди. Сийдик
таркибида уробилин, ацетон, зарда пигментлари, аль-
бумин, қон таначалари пайдо бўлади.

Бора-бора буйрак, жигар ва бошқа органларнинг
иш фаолияти тобора бузилиб, агар бемор вақтида да-
воланмаса, касаллик ўлимга олиб келиши мумкин.

Урта даражадаги ва оғир формадаги қусиш вақтида
бемор албатта касалхонага ётқизилиб даволанади. Бе-
морни кўпроқ ухлатиш, унинг тинчлигини асраш (се-
датив, уйқу дорилар), касалнинг ўтиб кетишига аёлни
ишонтириш яхши натижа беради. Бунинг учун Кобо-
зева усули бўйича бромкофеин ишлатилади (Павлов
микстураси, 4%ли натрий бромид эритмаси 50 мл.дан
микроклизма орқали ёки 10%ли эритмаси 10 мл.дан
венага юборилади, 10%ли кофеин эритмаси 1—2 мл те-
ри остига юборилди), нейролептик дорилардан эта-
пиразин, Л. С. Персианников усули бўйича 2,5%ли
аминазин 1—2 мл тери остига юборилса-беморнинг
физиологик уйқусини узайтириш мумкин.

Сўнгги йилларда нейролептик таъсир этувчи дроперидол кенг қўлланилмоқда. Бу дори вазомотор рефлексларни пасайтириб, беморни тинчлантиради, периферик қон айланишини яхшилайди (артериал дилатация ҳисобидан). Одатда 0,25% ли эритмасидан суткасига 1—3 марта 1—2,5 мл.дан мускул ичига юборилади.

Ҳомиладоблик қусишини даволашда спленин 1 мл. дан 1—2 марта 10—15 кун давомида тери остига юборилса яхши натижага эришилади. Бу дори жигарнинг дезинтоксикацион фаолиятини нормаллаштириб, оқсил, минерал, азот алмашинувини мўътадиллаштириб, алидозни камайтиради. Ацидозни йўқотиш учун, бундан ташқари вена ичига 5% ли натрий гидрокарбонати эритмаси, 500 мл. — 5% ли глюкоза эритмаси, инсулин, А, В1, В6, В12, С витаминлари, кокарбоксилаза юборилади. Гипотензия ҳаддан ташқари авж олаверса буйрак усти беги пўстлоғининг гормонлари (гидрокортизон, преднизолон) ишлатилади. Рингер-Локк ва Тироде эритмалари парентерал юборилганда ацидоз камайиб, электролитлар миқдори, вегетатив нерв системаси фаолияти мўътадиллашади.

Беморга парентерал йўл орқали овқат юборилади. Бу мақсадда оқсил (альбумин, протейн, цлазма), глюкоза, алкоголь, жир эмульсиялари юборилади.

Беморга юбориладиган эритмалар миқдори суткасига 2500—3000 мл.га етади. Беморнинг аҳволи яхши бўла бошлагач, ўзи овқат ейиши, бунда ҳар 2—2.5 соатда овқат берилиши лозим. Бемор хоҳлаган овқатини ейиши мумкин.

Агар дори-дармон ёрдам бермаса, аёл ҳаётини сақлаш мақсадида ҳомиладорликка чек қўйиб, сунъий аборт қилини зарур.

СУЛАҚ ОҚИШИ (Ptialismus) мустақил токсикоз ҳолида учраганда, кунига 1—2 л.гача сўлак чиқиши мумкин. Натижада аёлнинг тинчи бузилади, тана вазни камаяди, организм сувсизланиб қолади.

Сўлак оқишини даволаш ууун бемор касалхонага ётқизилиб, қусишни даволаш каби даволанади. Булардан ташқари, сўлак ишлаб чиқаришини камайтириш учун кунига икки маҳал 0,0005 дан атропин берилади,

бемор оғзини мойчечак (ромашка), маврак (шалфей) димламаси, ёки ментолнинг 1%ли эритмаси билан чайқаши ҳам яхши натижа беради.

ҲОМИЛАДОРЛАР ДЕРМАТОЗИ (*Pruritus gravidarum*) — кўпинча тери қичиши билан белгиланади. Натижада беморнинг тинчи бузилиб, жиртаки, уйқусиз ёки, аксинча, бефарқ бўлиб қолади. Бундай ҳолларда қандли диабет, қуртли инвазия, аллергиялик реакциялардан ажрата билиш зарурдир.

Давоси. Седатив дорилар, десенсибилизацияловчи — кальций дорилари, антигистамин препаратлари, В ва С витаминлари, темир препаратлари, ультрабинафша нурлари ишлатилади.

КАМ УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

СИМФИЗИОПАТИЯ ВА САКРОИЛЕОПАТИЯ — бўғинларнинг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги, оёқ ва чаноқ суякларида оғриқ пайдо бўлиб «ўрдак юриш» билан характерланади. Бўғинлар пайпасланганда оғриқ сезилиб, қов суякларининг бир-биридан йироқлашганлиги аниқланади.

Давоси. Кунига уч маҳал 10—15 томчидан витамин Д берилади, 5—10 мг.дан прогестерон тери остига юборилади, ртут-кварц лампаси билан нурлантирилади.

ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ БРОНХИАЛ АСТМАСИ— *Asthma bronchiale gravidarum* — жуда кам учрайдиган токсикоз бўлиб, кальций препаратлари, В, Д витаминлари, бром-кофени, ультрабинафша нурлари ишлатиш яхши натижа беради.

ҲОМИЛАДОРЛАР ТЕТАНИЯСИ асосида қалқонсимон без олдидаги без фаолиятининг бузилиши ва натижада кальций алмашинувнинг бузилиши ётади. Беморнинг қўллари (акушер қўли) ва оёқлари (балерина оёғи) уришади, оғир ҳолларда бутун тана мускуллари тортишади.

Давоси. Паратиреоидин, Д витамини, кальций препаратлари — агар фойда қилмаса, ҳомила олиб ташланади.

ХОМИЛАДОРЛАР САРҒАЙМАСИ — жигар фаолиятининг бузилиши натижасида, айниқса оғир формадаги қусиш ёки ЕРН-гестоз асорати сифатида, вирусли гепатит, ўт халтанинг тош касаллиги ва бошқа касалликларда учрайди.

Давоси. Ҳомилани олиб ташлаш шарт, акс ҳолда бемор ўлиши муқаррар.

ЖИГАРНИНГ УТКИР САРИҚ ДИСТРОФИЯСИ — (*Atrophio hepatitis flava acuta*) — токсикозларнинг асорати бўлиб, беморнинг ўлими билан тугайди. Жигар ҳужайралари оқсил ва жир дистрофиясига учраб, жигар ўта кичраяди, сарғайма ва кома натижасида бемор ўлади.

Давоси. Ҳомилани олиб ташлаш шарт.

Олдини олиш. Токсикоз вақтида ёки анамнезида жигар касаллиги бўлган ҳомиладорларнинг жигар функциясини мунтазам текшириш, токсикоз оғир формада ўтса, ҳомилани сунъий аборт йўли билан олиб ташлаш.

Илк токсикозлар профилактикаси.

Ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафталарида аёллар консултациясида токсикозга хавfli гуруҳга кирувчи аёлларни аниқлаш зарур. Булар — анамнезида инфекция касалликлар, нерв системаси касалликлари — эндокринопатиялар, жигар ва ошқозон — ичак касалликлари билан оғирган аёллар, инфантилизм, ҳайз кўриш фаолиятининг бузилиши, 18 ёшгача ёки 30 ёшдан кейин бўйида биринчи марта бўлган ҳомиладорлар, астеннк ёки жуда семиз, анамнезида токсикоз бўлган, аборт қилган ёки гинекологик касали бўлган ҳомиладорлардир.

Бу гуруҳ аёлларга психотерапевтик таъсир ўтказиб, овқатланиш режимига оид маслаҳатлар бериш, лозим бўлса, физиотерапия, электроанальгезия ёки гипноз ўтказиш керак.

МАСАЛА

Биринчи марта бўйида бўлган 20 ёшли аёл клиникага мурожаат қилиб, кўнгил айниш, қусиш ва сулак оқишидан шикоят қилди. Анамнездан болалигида қизамиқ чиқарганлиги, 15 ёшида аппендэктомия қилини-

ганлиги 3 ой олдин грипп билан оғриганлиги аниқланди. 13 ёшдан бошлаб 2—3 кун давомида ҳар 30 кунда ҳайз кўради. Охири марта 2 ой олдин ҳайз кўрган. 6 ойдан бери жинсий ҳаёт кечиради, лекин онла рўйхатига кирмаган.

Қасаллиги 2 ҳафтача олдин пайдо бўлиб, эрталаблари кўнгли айниб, қусиб юрган, бора-бора қусиши кунига 8—10 мартага ётиб, боши айланиб, камқувват бўлиб қолган, 2 ҳафта ичида вазни 3 кг.га камайган.

Объектив текшириш шуни кўрсатдики, умумий ҳолати ўргача оғирликда, тез-тез зардоб қусадн, териси рангсиз, бадан ҳарорати 37,2, томир уриши минутига 86 марта, артериал босими 110/60 мм. симоб устунига тенг. Ички органлар томонидан деярли патологик ўзгариш топилмади. Ташқи жинсий органлар тўғри ривожланган бўлиб, қинин тор, бачадон бўйни конуссимон, тоза, бачадон бўйин, қин деворлари сал кўкмитир. Бачадон танаси олдинга эгилган бўлиб анча юмшаган, шарсимон, товуқ тухуми ҳажмичалик катталашган, пайпаслаганда зичлашади ва қисқаради. Бачадон ортиқларини пайпаслаб бўлмайди, қин гумбаза бўш, чиқиндилар шилимшиқ.

Саволлар:

1. Диагноз.
2. Диагнозни тасдиқлайдиган клиник белгилар.
3. Қусишга олиб келган сабаблар.
4. Беморни амбулатор шароитда даволаш мумкинми?
5. Беморни даволаш режаси.

Контроль саволлар

1. Ҳомиладорлик токсикозлари деб нимага айтилади?
2. Илк токсикозларнинг патогенезини айтиб беринг.
3. Токсикозлар таснифини классификациясини) айтиб беринг.
4. Ҳомиладорлар қусишининг клиникасини айтиб беринг.
5. Ҳомиладорлар қусишининг ҳар учала даражасини тафовут қилинг.
6. Ҳомиладорлик қусишини даволаш принциплари нимадан иборат?

7. Птнализмнинг клиникасини айтиб беринг.
 8. Птнализмни даволаш принципларини айтиб беринг.
 9. Кам учрайдиган токсикозларни айтиб беринг.
- Амалий маҳорат.**
1. Анамнез йиғиб, объектив текшириш усулларини қўллаш олиш.
 2. Лаборатор маълумотларни таҳлил қилиш.
 3. Илк токсикозларни даволаш принципларини ўрганиш.
 4. Оғир даражадаги илк токсикозларда ҳомилани олиб ташлашга кўрсатмалар бера олиш.

Адабиётлар.

1. Бодяжина В. И.
Жмакин К. Н.
Кирющенко А. П.
Акушерство. М. «Медицина» 1986. стр. 192 — 200
Под редакцией Сольского Я. П. Практическое акушерство, Киев. «Здоровья», 1976 стр. 240 — 244.
3. Савельев Г. М.
Серов В. Н.
Старостина Т. А.
Акушерский стационар, М. «Медицина», 1984. стр. 46 — 50.
4. Мирон И. М.
Уткин В. М. Рвота беременных. Учебное пособие для студентов и врачей. Рязань, 1990, 38 страниц.
Чалых Б. П.

МАВЗУ: ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ КЕЧ ТОКСИКОЗЛАРИ

Машғулотнинг мақсади. Ҳомиладорларнинг кеч токсикозлари, уларнинг клиникаси, диагностикаси, даволаш услублари ва профилактикаси билан танишни.

Вазифалар. 1. Кеч токсикозлар таснифи.

2. Уларнинг клиникаси.

3. Диагностика ва дифференциал диагностикаси.

4. Даволаш услубларини ўрганиш.

5. Претоксикоз ва токсикозга хавfli ҳомиладорлар гуруҳини аниқлаш.

6. Токсикозларнинг олдини олиш.

Машғулот жойи. Уқув хонаси, ҳомиладорлар патологияси бўлими, тугруқ бўлмаси.

Кўргазмали қуроллар. Машғулотга оид таблицалар, кеч токсикозларда ишлатиладиган дори ва баъзи бир аппаратлар.

Машғулот мазмуни

Кеч токсикозлар мураккаб нейрогумораль патологик жараён бўлиб, организмнинг ҳомиладорликка кўникмаси бузилиши билан характерланади.

Кеч токсикозларнинг сабаби ва патогенези полиэтиологик хусусиятга эга. Бунда марказий ва вегетатив нерв системалари фаолияти, юрак-томир системаси, эндокрин системалар фаолияти, модда алмашинуви, иммунитет ва бошқа жараёнлар бузилади.

Кеч токсикозлар асосан ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлик даврида, кўпроқ биринчи марта ҳомиладор ёки кўп марта ҳомиладор бўлган аёлларда учрайди. Бу асорат деринатал ва оналар ўлимининг асосий сабабларидан биридир.

Сўнгги йилларда терминларни унификациялаш мақсадида «Токсикоз» термини ўрнига «гестоз», кеч токсикозлар эса «ЕРН-гестоз» (Oedema Proteinuria Hypertensia) дейилади.

Классификацияси (таснифи)

Бизнинг мамлакатимизда ЕРН-гестозларнинг алоҳида шакллари қабул қилиниб, улар баъзи сабабларга кўра бир шаклдан иккинчи шаклга ўтиши мумкин. Шунинг учун ЕРН-гестозларнинг алоҳида шаклларини бир босқичдан иккинчи босқичга ўтувчи ягона классик деса бўлади.

«Тоза» ёки «бирламчи» гестозлар билан бир қаторда «қўшма» ЕРН-гестозлар тафовут қилинади. «Қўшма» гестозлар пиелонефрит, гипертония касаллиги, ревматизм, камқонлик, қандли диабет, томирлар дистонияси, диэнцефал синдром каби касалликлар заминиди вужудга келади. «Тоза» гестозлар моносимптом (ҳомилдорлар истисқоси шиши, гипертонияси) ва полисимптом (нефропатия, преэклампсия, эклампсия) шаклида учраши мумкин.

Патогенези.

Кеч токсикозларнинг келиб чиқиши заминиди томирлар спазми натижада ДВС синдром (томирлар ичидаги тарқалган ивиш) ва иммунологик етишмовчилик аҳамиятга эга. Буйрак кулбодочкалари эндотелийи шикастланиб, буйрак фильтрацияси камаяди ва ҳужайралардаги натрий миқдори ўзгаради, плазма ҳажми камайиб, плацента қон айланиши, яна ҳам бузилади. Гомеостаз бузилиб, гемодинамика ўзгаради, барча қон томирлар тортишиб (спазм) циркуляциядаги қон ҳажми камаяди, гипокалиемия, гипопротеннемия юзага келади. Бош мия қон айланиши бузилганлиги сабабли, унда кўп суюқлик тўпланиб, бош мия гипоксиясини яна ҳам кучайтиради ва талваса (судорожный) синдроми ривожланади.

Бачадон-плацента қон айланишининг бузилиши ҳомилда гипоксиясига олиб келади. Организм гипоксияси жигарнинг дезинтоксикацион, мочевина ва оқсил ишлаб чиқариш фаолиятини пасайтириб юборади. Гиповолемия бош мия, гипофизнинг орқа бўлаги, буйрак усти безларининг рецехторларига таъсир этиб, антидиуретик гормон, 17-оксикортикостероид, альдостерон ишлаб чиқаришни кўпайтиради, сув ва натрий организмда сақланиб, қон босими яна ҳам кўтарилади.

Ҳомиладорлар (шиши) истисқоси

Ҳомиладорлар шиши (*Hydr ps gravidarum*) уч даражага бўлиниб, биринчи даражали гидропсда шиш фақат оёқларда бўлади, суюқликнинг танада сақланиб қолиши 15-20% дан ошмайди, иккинчи даражали гидропсда қорин деворида ҳам шиш пайдо бўлиб, суюқликнинг танада сақланиб қолиши 20-25% га етади, учинчи даражали гидропсда-шиш баданнинг ҳамма жойига тарқалиб, истеъмол қилинган суюқликнинг 30% дан кўпи тўқималарда йиғилиб қолади. Шиш жуда катта бўлганда ҳам ҳомиладорнинг умум аҳволи унчалик ўзгармайди.

Яширин шиш борлигини аниқлаш учун ҳомиладор аёл вазини ўлчаб туриш, диурезни аниқлаш, Мак-Клюр Олдрич пробаси қўйиш лозим. Қасаллик ўз вақтида аниқланиб даволанса, ҳомиладор бутунлай тузалиб кетади. Бунда гестознинг янада оғирроқ шакли бўлган нефропатиянинг ривожланишига йўл қўйилмайди. Ҳомиладорлар шишининг енгил шаклини амбулатор даволаш мумкин, агарда шиш анча ривожланган бўлса; бемор албатта стационарда даволанади. Беморга сутқатиқли овқат истеъмол қилиш тавсия этилади, овқат албатта оқсилга бой бўлиши лозим. (қайнатишган балиқ ва гўшт, творог), суюқлик истеъмол қилиш суткасига 700 — 1000 мл. гача камайтирилади. ош тузи 3-5 гр., ҳафтасига бир кун давомида фақат 1-1,5 кг олма ёки 500-600 г. творогга шакар қўшиб берилади, витаминлар ва 40% ли глюкоза эритмаси юборилади.

Диуретик препаратлардан аммоний хлориднинг 5% ли эритмасидан суткасига бир ош қошиқдан уч маҳал, агар шиш кўп бўлса, гипотиазид ёки фуросемиддан 25 мг. дан 3-4 кун мобайнида ҳар кун эрталаб берилади. Томирлар деворининг ўтказувчанлигини камайтириш учун аскорутин ва кальций глюконати тавсия этилади.

Прогноз. Бемор режимга риоя қилса шиш бутунлай йўқолиб, асорат қолдирмайди, режим бузилса шиш нефропатияга ўтishi мумкин.

Ҳомиладор нефропатияси (*Nephropatia gravidarum*).

Қасаллик уч хил белги билан таърифланади: шиш, сийдикда оқсил ва гипертензия (Цангемейстер триада-си). Кўпинча бу триаданинг иккита белгиси намоён бў-

лади. Нефропатияда томирлар системаси функциясининг нерв томондан бошқарилиши бузилади, капилляр ва артериолалар қилиб, томирлар деворининг ўтказувчанлиги ошади. Натижада томирлардан тўқималарга сув, туз, зардоб, оқсиллар чиқади. Бу ўзгаришлар туфайли тўқималар кислородга ёлчимайди. Нефропатиянинг оғир формаларида жигарнинг дезинтоксикацион, мочевина, оқсил, протромбин ҳосил қилиш функциялари ўзгариб, фақат туз ва сув алмашинувигина эмас, балки оқсил ва ёғ алмашинуви, буйрак, қон ивиш системаси ва бошқа органларнинг функцияси бузилади. Кўз тубида характерли ўзгаришлар ривожланади. — Веноз қон томирлари кенгайиб, тўр пардада шнш пайдо бўлади, артериолалар қисқаради, қон қуйилиши мумкин. Бачадон томирлари қисилиши плацента қон айланиши бузилишига, ҳомила гипоксияси, унинг ўсмай қолиши, плацентанинг барвақт кўчишига олиб келади. Артериал босим ассимметрияси аниқланади.

Нефропатия уч босқичдан иборат. Биринчи босқич яъни енгил форма: артериал қон босими 150/90 мм симоб устунигача кўтарилиб, сийдикда 1 г/л. гача оқсил пайдо бўлади. Альбумин/глобулин коэффиценти пасайиб оқсил етишмовчилиги 15% дан ошмайди, натрийнинг сийдикда етишмаслиги суткасига 10-15 м/эквга тенг. Иккинчи босқич ёки ўрта оғирликдаги формасида босим 155/90 дан 170/110 гача, сийдикда оқсил 3 г/л. гача бўлиб, қон таркибида оқсил 6,5% гача камаяди. Натрийнинг танада сақланиб, сийдикда етишмаслиги суткасига 15-25 м/экв ва танада суюқликнинг тўлланиши 15-25% га чиқади. Диспротеннемия қоннинг ёпишқоқлигини кучайтириб, эритроцитлар агрегациясини оширади, эритроцитлар бир-бирига ёпишиб қонни бир жойга тўплаши натижасида циркуляциядаги қон ҳажми камаяди. Шундай қилиб қоннинг комплекс гомореологик хусусиятлари бузилиб микроциркуляция ва тўқималарда модда алмашинувнинг бузилишига олиб келади (ДВСнинг гиперкоагуляция фазаси), микроциркуляция тўхтайтиди, гипофибриногенемия, тромбоцитопения авж олади. Учинчи босқич (оғир формасида) артериал қон босими 170/110 мм симоб устунидан ҳам ошиб кетади. Протеннурия 3 г/л. дан ошиб, сийдикда цилиндрлар пай-

до бўлади. Сийдикда эритроцит ва бошқа қон таначалари пайдо бўлиши буйрак касаллиги борлигидан далолат беради. Қонда оқсиллар, айниқса альбуминлар кескин камаяди. Диурез етишмовчилиги 25% дан ошади, натрий ажратилиш суткасига 2 м/кв.гача камаяди.

Нефропатия ҳомиладорликнинг иккинчи ярми бошларида бошланиши «қўшма» токсикоздан дарак беради.

Нефропатия даволанмаса, преэклампсияга ўтиб кетиши мумкин.

Преэклампсия. (Preeclampsia). Бунда нефропатияга хос бўлган белгилардан ташқари ҳомиладорнинг мия қон айланиши бузилиши аломатлари пайдо бўлади. Чунончи, аёлниң боши оғриб, кўриш қобилияти пасаяди, кўнгли айниб, ошқозон соҳасида оғриқ пайдо бўлади.

Эклампсия. (Eclampsia) ҳомиладорликдаги кеч токсикозларнинг юксак босқичи ҳисобланади. У одатда преэклампсия ёки нефропатия заминида келиб чиқади. Бу оғир касаллик организмдаги барча муҳим системалар ва органлар фаолияти бузилганлигини кўрсатувчи бир қанча мураккаб белгилар билан таърифланади. Гавда мушакларининг тортишиб қисқариши, айни вақтда комага тушиш эклампсиянинг энг равшан белгисидир.

Тутқаноқ тутишдан олдин кўпинча бош оғриғи кучаяди. кўриш қобилияти пасаяди, бемор безовта бўлиб, тутқаноқ тутади. Ҳар бир тутқаноқ 1-2 дақиқа давом этади. Дастлаб юз мушаклари учади», кўз қовоқлари юмилади, кўзнинг фақат оқи кўринади. Оғиз бурчаклари осилиб кетади. Сўнгра бутун гавда мушаклари қисқаради; тана таранглашади, нафас олиш тўхтайдди, юз кўкаради. Сўнгра юз, тана ва қўл-оёқ мушаклари 3-40 секундча тортишиб қисқаради (клоник талваса), тутқаноқ аста-секин камаяди, бемор хирллаб нафас олади, лаблари орасидақ қонли кўпик кўринади (тилнини тишлаганлиги сабабли). Шундан сўнг бемор комага тушади, ўзига келгач бўлган воқеани ҳеч бир эслолмайди. Эклампсия 30% ҳолларда ҳомиладорлик вақтида 50% туғруқ вақтида ва 20% ҳолларда эса туғруқдан кейин учрайди.

ЕРН-гестозларни даволаш

ЕРН-гестозларни даволашда гипертензив синдромни бартараф қилиш, модда алмашинувининг барча турларини нормаллаштириш, она ва ҳомила организмида оксидланиш жараёнини тезлаштириш ва тузатишга аҳамият бериш лозимдир. Кеч токсикозлар фақат стационарда даволанади. Даволовчи-сақловчи режим катта аҳамиятга эга. (В. В. Строганов).

Д. П. Бровкин таклифи бўйича магнезиал терапия ҳозирги кунда ҳам кенг қўлланилмоқда. Касалликнинг енгил формаларида мушак ичига, оғир даражадаги формаларида томир ичига томчилаб юбориш мумкин. Магний гипотензив, диуретик, седатив таъсирга эгадир. Бундан ташқари спазмолитик ва гипотензив препаратлардан аминазин, дибазол, ношпа, папаверин, эуфиллин, резерпин, диуретик препаратлар (гипотиазид, лазикс), томирлар деворининг ўтказувчанлигини камайтирадиган дорилар (рутин, кальций глюконати, аскорбин кислота-си) ҳамда плацента етишмовчилигини даволаш ва олдини олиш учун (сигетин, витамин Е, трентал ва х. к.) дорилар ишлатилади. Ганглиоблокаторлардан пентамин, бензогексоний, арфонад кучли ганглиоблокаторлар бўлиб, идора этиладиган гипотензия учун проеэклампсия ва эклампсия бўлганда ишлатилади. Булардан ташқари кеч токсикозларда гепарин ҳар куни 2-4 марта тери остига, эклампсияда эса вена ичига реополиглюкинга қўшиб томчилаб юборилади. Гепарин капилляр қон айланишини (микроциркуляцияни) нормаллаштиради, қон ивиши тезлигини сусайтиради. Шунга қарамай ДВС синдроми ривожланаверса дезагрегациянинг олдини олиш учун вена ичига 100-150 мг компламин ёки 300 мг трентал, 150-200 мг курантил, гипертоник эритмага қўшиб) каби дорилардан ҳам фойдаланиш керак.

Инфузион терапия учун гемодез, альбумин, плазма ишлатилади, бу дорилар қон ҳажмини кўпайтиради, диурез ҳам ошиб, баъзан диуретик дори ишлатишдан сақланиш мумкин. Диуретик дорилар организмдан калийни ҳайдаб чиқариш хусусиятига эга бўлганлиги сабабли, уни бартараф қилиш учун калий оротат ёки калий хлорид вена ичига юборилади. Оғир формадаги токсикозларда албатта юрак гликозидлари, кокарбоксила-

за қўллаш керак. Инфузион даволаш учун ишлатиладиган суюқликлар ҳажми бемор диурези етарли бўлса, 1200 — 1400 мл.дан ошмаслиги лозим. Олигурия бўлса — спазмолитик ва диуретик дорилар (эуфиллин, глюкоза ва новоканн қўшмаси, юрак гликозидлари, сўнгра фуросемид ва маннитол) ишлатилади. Агар диурез соатига 50 мл.дан кам бўлса миннатол юбориш тўхтатилади, суткасига юбориладиган суюқлик миқдори 800мл.дан ошмайди.

Агар эклампсия тутқаноғи кетма-кет давом этаверса, нафас олиш ва юрак-қон томирларнинг ўткир етишмовчилиги ривожланса ёки кесар кесиш операцияси зарура-ти туғилса ўпканинг сунъий вентиляцияси ўтказилади.

Оғир формадаги токсикозлар гиповодемик коллапс, мия, жигар ва бошқа органларга қон қуйилиши, плацентанинг вақтидан олдин кўчиши, ҳомилананг ўлиши, буйрак ва жигарнинг ўткир етишмовчилиги каби оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Агар 2-3 кун ичида оғир токсикоз белгилари интенсив даволашга қарамай, ривожлана борса, ҳомиладорни туғдиришга киришиш лозим. Бунинг учун ҳомила пуфағи-ни ёриб, томир ичига окситоцин юбориш (Барац усули) мақсадга мувофиқдир. Табиий туғруқ йўллари орқали аёлни туғдириш иложи бўлса, ёки кеч токсикозларнинг айтиб ўтилган баъзи бир асоратлари ва акушерлик кўрсатмалар пайдо бўлса, кесар кесиш операцияси қўлланади.

Токсикозларнинг олдини олиш

ЕРН — гестозларнинг аломатларини ўз вақтида пайқаш учун аёллар консультациясида аёллар вазнини муайян ўлчаб бориш, артериал қон босимни ҳар иккала қўлда ўлчаш, қон таркибини текшириб туриш; акушерлик текширувнини синчковлик билан олиб бориш, лозим бўлса, терапевт, невропатолог, ЛОР врач, стоматолог ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтказиш катта аҳамиятга эга.

Гестознинг преคลินิก шакли бўлмиш претоксикоз ҳолатини аниқлаш оғир гестозларнинг олдини олиш гаровидир. Претоксикоз ҳолати яширин шишлар, тана вазнининг патологик кўпайиши, артериал қон босимининг тез-тез ўзгариб туриши, қон зардоби таркибидаги оқсил-

ларнинг камайиши қоннинг реологик хусусиятларининг ўзгариши ва бошқа бир қатор белгилар билан ифодаланади.

Аёллар консултациясининг токсикоз ривожланиши хавфи бўлган аёллар гуруҳига алоҳида эътибор бериши, кеч токсикозларнинг дастлабки белгиларини аниқлаш, уларни ўз вақтида туғруқхонага юбориши энг муҳим вазифадир.

Масала:

36—37 ҳафталик ҳомиладорлиги бўлган 22 ёшли биринчи марта ҳомиладор аёлнинг аёллар консултациясига мунтазам қатнаган ҳолда охириги икки ҳафта ичиде вазни 3 кг.га кўпайганлиги қайд қилинди. Умумий аҳволи қониқарли, артериал қон босими нормал, оёққўлларида шиш аниқланмайди.

Диагноз қўйинг. Врач тактикасини аниқланг.

Масала:

37—38 ҳафталик ҳомиладорлиги бўлган 30 ёшли ҳомиладор аёл тез ёрдам машинасида туғруқхонага олиб келинди. Чаноқ ўлчамлари нормал бўлиб, ҳомиланинг вазни тахминан 2500 г га тенг, артериал қон босими ҳар иккала қўлида 160/100 мм симоб устунига тенг. Қўлоёқлари анча шишган ва юз ҳовлиққан. Аёл бош огриши, кўриш қобилияти пасайганлиги чап қовурғалар остида огриқ пайдо бўлганлигидан шикоят қилади. Қариндошларининг айтишича, уйда тутқаноқ тутиб, бирдан ҳушдан кетган. Диагноз Даволаш тактикаси.

Контрол саволлар

1. ЕРН-гестозлар нима, уларни таърифлаб беринг.
2. «Тоза» ва «қўшма» гестозларни таърифлаб беринг.
3. Ҳомиладорлар шишининг (истисқосининг) клиникаси ва даволаш услублари.
4. Ҳомиладорлар нефропатиясининг клиник шакллари ва белгилари.
5. Гестозларни аниқлашда қандай қўшимча текшириш усуллари қўлланилади?
6. Нефропатияни даволаш принциплари.
7. ЕРН-гестозларнинг асоратлари.

8. Преэклампсия ва эклампсия нима, уларга зудлик билан кўрсатиладиган ёрдам.

9. Претокскоз ҳолатини қандай аниқлаш мумкин?

10. ЕРН-гестозларнинг профилактикасида аёллар консултациясининг роли.

Амалий маҳорат

1. ЕРН-гестозларнинг моҳияти.

2. Аниқлаш усуллари.

3. ЕРН-гестозларнинг шакллари ва оғирлик даражасини аниқлай олиш.

4. ЕРН-гестозларни интенсив даволаш усулларини ўзлаштириш.

Адабиётлар:

1. Бодяжина В. И.

Жмакин Қ. Н.

Кирющенков А. П.

Акушерство, М. Медицина, 1986 ст. 192 — 212.

2. Под редакцией Ельцова — Стрелкова В. И. Акушерство, Учебное пособие, М., УДН, 1988, стр 95-106

3. Под редакцией Айламазяна Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. Ленинград, Медицина, 1985, стр. 6 — 26.

4. Серов В. Н.

Стрижаков А. Н.

Маркин С. А.

Практическое акушерство, Руководство. М., Медицина, 1989, стр. 145 — 190.

МАВЗУ: АНАТОМИК ТОР ЧАНОҚ

Машгулотнинг мақсади

Анатомик тор чаноқ тушунчаси, унинг шаклларини ўзлаштириш, ҳамда анатомик тор чаноқда туғруқ биомеханизмнинг хусусиятларини ўрганиш

Вазифалар:

1. Торайган чаноқ ҳақида тушунча бериш.
2. Торайган чаноқ турларини ва учраш даражасини билиш ва аниқлаш.
3. Ҳар хил шаклдаги анатомик тор чаноқда туғруқ механизминини ўзлаштириш.

Машгулот жойи

Уқув хонаси, ҳомиладорлар патологияси палатаси, туғруқ бўлмаси.

Кўргазмали қуроллар:

Муляжлар, қўғирчоқ, фантом, расмлар, туғруқ тари. хн.

Машгулот мазмуни

Анатомик торайган чаноқ деб унинг ҳамма, ёки асосий ўлчамларидан бири камида 1,5-2 см. қисқаришига айтилади. Анатомик торайган чаноқ туғувчи аёллар орасида ўртача 2-5-3,5% ни ташкил этади. Анатомик торайган чаноқнинг хусусиятлари ва шаклларини билиш ҳомиладорликнинг ўтиши ва туғруқ натижасини аниқлашда жуда катта аҳамиятга эга. Туғруқ пайтида ҳомила боши ва аёл чаноғи ўлчамларининг бир-бирига тўғри келмаслиги натижасида ҳосил бўлувчи клиник тор чаноқ ўзининг асоратлари билан ҳомила ва она учун қийинчилик туғдиради.

ТОР ЧАНОҚЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ (ТУРЛАРИ)

1. Шакли бўйича:

1. Тор чаноқнинг кўп учрайдиган шакллари.
 - а) ҳамма томонидан барабар торайган чаноқ;

- б) кўндалангига торайган чаноқ;
- в) ясси чаноқ (өддий ясси ва рахитик ясси);

2) Тор чаноқнинг кам учрайдиган шакллари.

- а) бир текис торайган ясси тор чаноқ;
- б) қийшиқ торайган асимметрик чаноқ;
- в) остемалациядан зарарланган чаноқ;
- г) кифосколиотик чаноқ;
- д) воронкасимон чаноқ;
- е) спондиолистетик чаноқ;
- ё) инфантил чаноқ;
- ж) экзостоз ва суяк ўсмалари натижасида торайган чаноқ.

II. Торайиш даражаси бўйича:

1-нчи даражали тор чаноқ—чин конъюгата 10-8 см. га тенг.

2-нчи даражали тор чаноқ—чин конъюгата 8-6 см. га тенг.

3-нчи даражали тор чаноқ—чин конъюгата 6 см. дан кам бўлади.

Ҳозирги пайтда асосан биринчи даражали тор чаноқ учраса, учинчи даражали тор чаноқ деярли учрамайди.

Клиник нуқтаи назардан чаноқ ва ҳомила ўлчамлари бир-бирига тўғри келиши ва туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкинлигини ҳал қилиш учун қуйидаги қўшимча ўлчамларни аниқлаш керак:

1. Катта чаноқ ўлчамлари.
2. Чаноқ айланаси.
3. Диагонал конъюгата.
4. Чин конъюгата.
5. Кичик чаноқнинг чиқиш ўлчамлари (тўғри ва кўндаланг).
6. Михаэлис ромбиннинг ўлчамлари.
7. Соловьев индекси.
8. Катта чаноқнинг қийшиқ ва ён ўлчамлари.
9. Қов бирикмаси баландлиги.
10. Симфризнинг ўртасидан 2—3 думғаза умртқалари бирикмасигача бўлган масофа (қов-думғаза ўлчами).

Чаноқ торайиш даражасини ва шаклини аниқлашда юқорида клетирилган ўлчамлардан ташқари пельвио-метрия ва ультратовуш текшириш жуда катта аҳамият-

та эга. Рентгенопельвиометрия орқали чаноқнинг қуйидаги тўрт шакли тафовут қилинади.

1. Гинекоид (gynecos—аёл) чаноқ-кичик чаноққа кириш айлана ёки кўндаланг овал шаклида бўлади.

2. Андроид (andros—эркак) чаноқ-кичик чаноққа кириш уч бурчаксимон бўлиб қов бурчаги ва ёни тор бўлади.

3. Антропoid чаноқ (кўндалангига торайган чаноқ)—кичик чаноққа кириш бўйлама—овал шаклида бўлиб, чаноқнинг тўғри ўлчашлари кўндаланг ўлчамларига нисбатан узунроқ бўлади.

4. Платипелoid (ясси) чаноқ—чаноққа кириш кўндаланг овал шаклида бўлиб, кўндаланг ўлчамлари тўғри ўлчамларига қараганда узунроқ бўлади.

Тор чаноқни юзага келтирувчи сабаблар она ва ҳомила ўртасида модда алмашиш бузилиши, яъни фетоплацентар комплексининг патологияси, болалик ва ўсмирлик давридаги касалликлар, бола ҳаётидаги қонқарсиз муҳим, оғир юқумли касалликлар, эндокрин системанинг патологияси, суяк шикастланишлари ва бошқалардир.

Тор чаноқни аниқлашда анамнез йиғиш, умумий объектив ва акушерлик текшириш усуллари қўлланилади. жумладан, бел-думгаза ромби шаклини кўздан кечириш, акушерлик анамнези, чаноқни ўлчаш, қин орқали текшириш йўли билан конъюгатани аниқлаш, ҳомила ўлчамлари ва бошқалар аҳамиятга эга.

Чаноқнинг торайиш шаклига қараб туғруқ механизми ўз хусусиятларига эга бўлади.

Ҳамма томонидан барабар торайган чаноқда туғруқ механизми.

Ҳамма томонидан барабар торайган чаноқ деб ҳамма ўлчамлари бир ҳилда торайган чаноққа айтилади.

Бундай чаноқларда туғруқ механизми ормал ўлчамли чаноқдагидай ўтиб, лекин, ҳар бир лаҳза ўзининг хусусиятларига эга.

1. Ҳомила боши чаноққа кириш текислигида, эгилади. шу сабабли бу ҳол унга ўқ-ёйсимон чок билан чаноққа кириш текислигининг қийшиқ ўлчамларидан бирида туришига имкон беради.

2. Ҳомила бошининг эгилиши кичик чаноқнинг кенг қисмидан тор қисмига ўтаётган пайтига тўғри келади, Ҳомила боши чаноқнинг тор қисмида янада кўпроқ қаршиликка учраб, янада кўпроқ эгилади кичик лиқилдоқ пастга тушади ва чаноқ марказига яқинлашади, ҳамда чаноқнинг ўтказувчи ўқига тўғри келади.

Ҳомила бошининг бундай эгилиши Редерер асинклитизми деб ном олган. Ҳомила бошининг бундай эгилиши ўзининг энг кичик айланаси билан чаноқнинг энг тор жойидан ўтишга имкон беради.

3. Ҳомила боши максимал эгилганлиги туфайли ў бўйига чўзилиб кетади ва долихоцефалик конфигурация деб аталади.

Бу уч хусусият туғруқ механизмининг биринчи ва иккинчи лаҳзаларида учрайди. Ҳомила боши ўқ-ёйсимон чок билан чаноқ чиқиши текислигининг тўғри ўлчамига ётади ва Ҳомила боши ёзилади. Шундай қилиб туғруқнинг давом этиши анча ўзгаради.

Кўндаланг торайган чаноқда туғруқ механизми.

Кўндалангга торайган чаноқ деб кўндалангги ўлчамлари 1 см ёки ундан кўпроқ камайиб чин конъюгата-нинг ўлчамлари нормал ёки катта чаноққа айтилади. Бундай чаноқли аёлда Ҳомила бошининг юқоридан тўғри туриб қолиши кузатилади. Бунда Ҳомила боши ҳаддан зиёд эгилади ва эгилган ҳолда ўқ-ёйсимон чок билан чаноқнинг ҳамма текисликларидан тўғри ўлчам билан ўтади ва Ҳомила энса олдинда ётиши олдинги тури механизмида, яъни нормал биомеханизмда туғилади, агар орқа тур бўлса, айланиш чаноқ бўшлиғида бўлиб кўпинча турли хил асоратларга олиб келади.

Ясси чаноқда туғруқ механизмининг хусусиятлари.

Рахитик ясси чаноқда фақат чаноқ киришининг тўғри ўлчами қисқарган, оддий ясси чаноқда—чаноқнинг барча тўғри ўлчамлари қисқарган. Ясси чаноқларда туғруқ механизми қуйидаги хусусиятларга эга.

1. Ҳомиланинг боши ўқ-ёйсимон чок билан кичик чаноқ оғзининг кўндаланг ўлчамидан туради. Ҳомила боши чаноқ оғзида бироз орқага қайрилади ва ёзилади.

2. Ҳомила бошининг асинклитик суқилиши юзага келади (олдинги ва орқа асинклитизм).

3. Ҳомила бошининг ҳаддан ортиқ (ўта) брахиоцефалик конфигурацияси кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган хусусиятлар туғруқ механизмининг 1-нчи лаҳзаси учун хосдир. II-III-IV лаҳзалар одатдагидай ўтади. Туғруқ пайтида тор чаноқли аёлларда қуйидаги асоратлар бўлиши мумкин.

1. Қоғоноқ сувининг вақтидан олдин кетиши.

2. Туғруқ дардининг сустлиги ва унинг чўзилиши.

3. Функционал тор чаноқнинг юзага келиши.

4. Она юмшоқ тўқималари ва ҳомила бошининг шикастланиши.

5. Ҳомиланинг чала туғилиши, чаноғи билан келиши, кўндаланг ётиши.

Тор чаноқда туғруқнинг ўтиши ва унинг оқибатлари ҳомиланинг ўлчамлари, ҳомиланинг олдинда ётувчи қисмининг тўғри суқилиши ва унинг конфигурациясига, тўлғоқнинг кучига ва аёлнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлади.

Тор чаноқда туғруқни бошқариш энг қийин ва асосий масалалардан бири бўлиб ҳисобланади ва туғруқни олиб борувчи врачнинг квалификациясига боғлиқдир.

Тор чаноқли ҳомиладорларни олиб боришда аёллар консультациясининг вазифаси қуйидагилардан иборат:

а) ҳомиладор аёлларни барвақт ҳисобга олиб ва уларни алоҳида диспансер гуруҳларига олиш.

б) тор чаноқли ҳомиладор аёлларни туғруқ вақтидан 2-3 ҳафта олдин акушерлик стационарига юбориш лозим.

Бу ҳомиладор аёллар учун туғруқни бошқариш режасини тузиш шарт.

Ҳомиланинг антенатал нормал ривожини таъминлаш, инфантилизм ва бошқа болалар касалликларининг олдини олиш. Ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, вояга етгач, ички секреция безлари фаолиятини кузатиб туриш каби тадбирлар орқали торайган чаноқ вужудга келишининг олдини олиш мумкин.

М а с а л а 1

Биринчи туғруқ, чаноқ ўлчамлари: 23-26-29-18. Туғруқ кучлари актив. Бачадон бўйни олти см. гача счилган, қоғоноқ пардаси сақланган. Ҳомиланинг боши ки-

чик сегменти билан чаноқ оғзига суқилган. Диагонал конъюгата—10 см. Ҳомиланинг вазни—3 кг.

Диагноз? Врач тактикаси

М а с а л а 2

Учинчи туғруқ

Ҳомиладорликнинг 38 хафтаси. Чаноқ ўлчамлари 24-26-29-18. Соловьев индекси—16 см. Туғруқ 10 соат олдин бошланади. 2 соат олдин қоғоноқ суви кетган. Ҳомиланинг вазияти кўндаланг, юрак уриши бир дақиқада 136 марта. Қин орнали текширишда бачадон бўйни аниқланмайди. Қоғоноқ пардаси йўқ. Ҳомиланинг бурни, энгаги ўнг томонда интерспинал чизиқда. Промонторийгача қўл етиб бормади.

Диагноз? Врач тактикаси

Контроль саволлар:

1. Анатомик тор чаноқ деб қандай чаноққа айтилади?
2. Тор чаноққа олиб келувчи сабабларни айтиб беринг.
3. Тор чаноқларининг шакли ва торайиш даражаси бўйича классификациясини (турларини) айтиб беринг?
4. Ҳар томондан барабар торайган чаноқда туғруқ биомеханизми.
5. Кўндалангига торайган чаноқда туғруқнинг кечиши хусусиятлари.
6. Рахитик ясси чаноқда туғруқ биомеханизмининг хусусиятларини айтиб беринг?
7. Анатомик тор чаноқда туғруқнинг ўтиши, хусусиятлари.
8. Аёллар консултациясининг тор чаноқни аниқлашдаги роли.

Амалий маҳорат

1. Катта чаноқнинг ўлчамларини ўлчаш, чаноқни баҳолаш.
2. Диагонал конъюгата орқали чин конъюгатани ҳисоблаб топиш.
3. Чаноқнинг чиқиш ўлчамларини ўлчаш.
4. Соловьев индекси, Михаэлис ромбининг ўлчамлари, уларнинг аҳамияти.

5. Фантомда ҳар хил тор чаноқда тугруқ механизминини кўрсатиш.

Адабиётлар

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П., «Акушерство», М., Медицина, 1986, стр. 296—317.

2. Қалганова В. И.

Узкий таз в современном акушерстве М. «Медицини», 1965 г.

3. Малиновский М. С.

4. Михайленко Е. Т.

«Оперативное акушерство» М. Медиц. 1967 г. стр. 125—146.

Патологическое акушерство Киев, «Здоровье» 1968 г.

6. Учеб. пособие под редакцией.

Ельцова—Стрелкова В. И., Мареева Е. В.

Акушерство М. 1987 г. стр. 101—112.

7. Серов В. И., Стрижаков В. Н., Маркин С.А.

Практическое акушерство М. Медицина 1989 г. стр. 304—305.

МАВЗУ: ФУНКЦИОНАЛ ТОР ЧАНОҚ

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Функционал тор чаноқ кузатилганда туғруқнинг кечиши. Туғруқнинг клиникаси ва уни олиб боришни ўзлаштириш.

ВАЗИФАЛАР: 1. Функционал тор чаноқ сабаблари ва учраши.

2. Функционал жиҳатдан тор чаноқда туғруқнинг кечиши, диагностикаси ва тор чаноқ даражаларини ўзлаштириш.

3. Функционал жиҳатдан тор чаноқда туғруқни олиб бориш тактикаси.

МАШҒУЛОТ ЖОИИ: Уқув хонаси, ҳомиладорлар патологияси бўлими (палатаси), перинатал диагностика хонаси, туғруқ бўлмаси.

ҚУРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР: чаноқ, қўғирчоқ, фантом, жадваллар, диапозитивлар, туғруқ тарихи.

Функционал тор чаноқ деб, туғруқ пайтида ҳомила боши ўлчамларининг ҳомиладор аёл чаноғи ўлчамларига тўғри келмаслик ҳолатига айтилади. Туғруқнинг ўз-ўзидан кечиши ёки жарроҳлик аралашувлар ёрдамида кечишидан қатъий назар, ҳомила ўлчамларига тўғри келмайдиган ҳар бир ҳол функционал жиҳатдан тор чаноқ ҳисобланади.

УЧРАШИ: Функционал жиҳатдан тор чаноқ умум туғруқларга нисбатан 1,5-2,5% ҳолларда учрайди.

Функционал жиҳатдан тор чаноқда туғруқнинг кечиши ҳомиладор аёл чаноғи билан ҳомила боши ўлчамларининг бир-бирига мос келмаслигига боғлиқ. Тор чаноқда кўпинча туғруқ даври чўзилиб кетади, қоғоноқ сувларининг барвақт кетиши ҳомила киндигининг түшиши, нормал жойлашган плацентанинг барвақт кўчиши, эндометрит, ҳомила асфиксияси, травмалар учраб туради. Ҳомиладор аёл чаноғининг функционал торлигини исботловчи клиник белгилар қуйдагича: бачадон бўйини тўлиқ очилган бўлиб, туғруқ кучлари яхши бўли-

шига қарамай, ҳомиланинг туғруқ йўлларида сустр ҳаракатланиши ёки олдинга ҳаракатнинг йўқлиги, ҳомила бошининг чаноққа суқилиши, конфигурацияси хусусиятлари, Вастен белгисининг кўрсатуви, Цангемейстер ўлчамининг ташқи конъюгатадан катталиги, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари, бачадон деворининг ёрилиш хавфи белгилари ва бошқалар киради.

Туғруқ кучлари нормал бўлиб, бачадон бўйнининг тўлиқ очилган ҳолатида ҳомила бошининг илгариланма ҳаракатлари сустлиги ёки умуман йўқлиги ўлчамларнинг абсолют ёки нисбатан тўғри келмаслигидан далолат беради. Ҳомила бошининг суқилиш механизми (туғруқ механизми) чаноқнинг ушбу формасига тўғри келиши ёки келмаслиги мумкин. Биринчи ҳол мослашиш механизми бўлиб, иккинчи ҳол эса салбий ҳисобланади. Ҳомила бошининг яхши конфигурацияланиши туғруқнинг нормал тугалланишида муҳим роль ўйнайди.

Ҳомила боши чаноқ оғзига суқилгандан кейин Вастен белгиси аниқланади. Текширувчи қўлнинг кафти симфиз юзасига қўйилиб юқорига—олдинда ётган ҳомила

боши соҳасига сирпантирилади: 1) ҳомила бошининг олдинги юзаси симфиз сатҳидан баланд бўлса ҳомила боши чаноққа мутлоқ тўғри келмайди (Вастен белгиси мусбат), 2) ҳомила боши чаноққа салгина тўғри келмаса олдинги юзаси симфиз билан бир сатҳда туради (Вастен белгиси баравар), 3) ҳомила боши чаноққа мос келганда унинг олдинги юзаси симфиз сатҳидан пастда бўлади, (Вастен белгиси манфий).

Цангемейстер ўлчамининг ташқи конъюгата ўлчамидан катталиги тор чаноқнинг ишончли далили ҳисобланади. Сийдик пуфагининг сиқилиш симптоми ҳам тор чаноқ борлигини билдиради, ва бунда сийдик чиқаришнинг тўхташи ёки камайиши кузатилади.

ТАСНИФИ (КЛАССИФИКАЦИЯСИ): Функционал жиҳатдан тор чаноқ ҳомила боши ва чаноқ ўлчамларининг тўғри келмаслиги жиҳатидан 3 даражага бўлинади. (Қалганова бўйича):

I-даражали функционал тор чаноқ кузатилганда: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқулиш хусусиятлари нормал туғруқ механизмига мос бўлади, ҳомила

боши яхши конфигурацияланади, Вастен белгиси ман-фий бўлади, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан кам, туғруқ кучи нормал бўлиб,—туғруқ даври 2-4 соатга чўзилади.

II-даражали функционал тор чаноқ (нисбий тўғри келмаслик) белгилари: туғруқ механизми ва ҳомила бошининг суқулиш хусусиятлари анатомик тор чаноқ шаклига мос келади, ҳомила боши кескин конфигурацияланади, ҳомила боши кичик чаноқ текисликларида узоқ туради, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари борлиги, Вастен белгиси «баравар», Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгата ўлчамига баравар келади.

III-даражали функционал тор чаноқ (мутлоқ тўғри келмаслик): бундай ҳолда туғруқ механизми, ва ҳомила бошининг суқилиш механизми ушбу тор чаноқ формасига хос бўлмайди, бошнинг конефигурацияси кам ёки конфигурация бутунлай кузатилмайди, Вастен белгиси мусбат, Цангемейстер ўлчами ташқи конъюгатадан катта, сийдик пуфагининг сиқилиш белгилари намоён бўлади ва тўлғоқ ўз вақтидан олдин келади. Туғруқ кучлари нормал, бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлишига қарамай ҳомиланинг илгариланма ҳаракатлари суст ёки умуман йўқ, бачадон деворининг ёрилиш хавфи белгилари пайдо бўлиши мумкин.

ДИАГНОСТИКА: Функционал жиҳатдан тор чаноқнинг диагностикаси ҳомиладор аёлнинг акушерлик анамнезини ўрганишдан бошланади. Агар олдинги ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетган ёки оператив аралашувлар (кесар кесиш, акушерлик қисқичлар, вакуум-экстракция, краниотомия) ёрдамида, ҳомила асфиксия ҳолатида ёки ўлик туғилган бўлса, ҳозирги туғруқ жараёнида асоратлар бўлиши хавфи бор. Маълумки, анатомик тор чаноқ туғруқда функционал жиҳатдан тор чаноқ келиб чиқишининг асосий сабаби ҳисобланади. Шунинг учун чаноқни ўлчаш, ҳомиладорни кўздан кечирish, ташқи кузатув асосида тор чаноқ борлигини тасдиқловчи белгилар: умумий инфантилизм, 150 сантиметрдан паст бўй, болаликда кечган рахит белгилари, сколиоз, кифоз аниқланади. Анатомик тор чаноқ шубҳаси туғилганда рентгенопельвиометрия, ультратовуш

текширув ёрдамида унинг асосий ўлчамларини аниқлаш мумкин.

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ: Туғруқни бошқариш учун аввало чаноқни функционал жиҳатдан баҳолаш керак. Функционал жиҳатдан тор чаноқда туғруқнинг кечиши ҳомила боши ва чаноқ ўлчамларининг бир-бирига тўғри келиш-келмаслигини ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Туғруқни олиб бориш тактикасини ўрганишда қуйидагиларни назарда tutиш керак: акушерлик анамнези, ҳомиладорликнинг кечиши, чаноқ шакли ва ўлчамлари, Кўпчилик ҳолларда чаноқ туғруқ даврида функционал пешананинг олдинда ётиши, ҳомила бошининг тўғри жиҳатдан баҳоланади. Фақат бир неча ҳолларда, яъни туришини бачадон очилиш даврида баҳолаш мумкин.

Функционал тор чаноқнинг биринчи ва иккинчи даражасида туғруқни бошқаришда кутиш позициясига амал қилинади.

Учинчи даражали функционал тор чаноқда она ва ҳомила ҳаётини сақлаш мақсадида кесар кесиш операцияси, ҳомила ўлик бўлганда—эмбриотомия қилинади.

II-III-даражали функционал тор чаноқда акушерлик қисқичларни ишлатиш ман қилинади. Агар ҳомила ўлик бўлса краниотомия қилиш мумкин.

Функционал жиҳатдан тор чаноқни ўз вақтида аниқлаш, туғруқ бошқариш тактикасини тор чаноқ даражасига боғлиқ ҳолда олиб бориш натижасида перинатал ўлим ва бошқа асоратлар камайиши мумкин.

ПРОФИЛАКТИКАСИ: Функционал жиҳатдан тор чаноқда учрайдиган асоратларнинг олдини олишда аёллар консултацияси муҳим роль ўйнайди. Агар аёлларда анатомик тор чаноқ ёки функционал тор чаноққа олиб келиши мумкин бўлган сабаблар аниқланса, аёл юқори хавфлилар гуруҳига киритилади ва ҳомиладорни текшириш мақсадида акушерлик бўлимига туғруқдан 7—10 кун олдин ётқизилади. Бу ерда туғдириш усуллари аниқланади ва рационал олиб борилади.

МАСАЛА: Клиникага такрор туғувчи тез-тез дард тутаётган 34 ёшли аёл қабул қилинди.

Анамнездан: болалигида тез-тез касал бўлган, биринчи никоҳ, 7 йилдан бери ҳомиладор бўлмаган. Би-

ринчи ҳомиладорлиги 26 ёшида муддатидан ўтиб кетганлиги натижасида, туғруқ краниотомия билан тугаган. Бўйи 143 см. Михаэлис ромби япалоқ, чаноқ ўлчамлари 23-26-28-17 см. Соловьев индекси 14,5 см. Ҳомила бўйлама боши билан олдинда ётибди, боши кичик, чаноқ устида лиқиллайди. Тўлғоқ ҳар 10-11 минутда 30-35 секунд атрофида такрорланади.

Қин орқали текшириш натижалари: бачадон бўйни 4 см. га очилган. Ҳомила боши чиқиш чаноқ устида.

Диагноз. Туғруқни бошқариш.

МАСАЛА: 29 ёшли биринчи марта туғувчи аёл клиникага, кучли тўлғоқсимон оғриққа шикоят қилган ҳолда қабул қилинди. Дард бошланганига 17 соат бўлган. Пульси бир минутига 80 марта ритмик ва қониқарли уряпти. Қан босими 130/90. Қорни овал шаклда бўлиб, айланаси 107 см. га тенг, бачадон тубининг юқориги нуқтаси қов устидан 38 см. баландда.

Чаноқ ўлчамлари: 25-27-29-18 см. Ҳомила бўйлама вазиятда бўлиб, боши чаноқнинг кириш қисмига суқилиб турибди.

Тўлғоқ 50 минут давомида, ҳар 4-3 минутда 50-55 секунддан яхши куч билан такрорланмоқда. Ҳомиланинг юраги минутига 144 марта аниқ ва ритмик уриб турибди.

Вастен белгиси теяг.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни силлиқланиб, тўлиқ очилган. Қогоноқ пардаси йўқ. Ҳомила боши чаноқнинг II текислигида бўлиб, бошда туғруқ ўсмаси бор. Чок ва лиқилдоқларни аниқлаб бўлмайди.

Диагноз: Туғруқнинг олиб бориш режасини айтиб беринг.

КОНТРОЛ САВОЛЛАР:

1) Анатомик тор чаноқнинг функционал тор чаноқдан фарқи.

2) Функционал тор чаноқнинг учраши.

3) Функционал тор чаноқни аниқлаш йўллари.

4) Функционал тор чаноқда туғруқни олиб бориш тактикаси.

5) Тор чаноқ асоратлари профилактикаси.

АМАЛИЙ МАҲОРАТ:

1. Вастен белгисини аниқлай билиш.
2. Цангемейстер ўлчамини ўлчаш.
3. Қпн орқали ҳомила бошининг конфигурация даражасини ва туғруқ ўсмасини аниқлаш.
4. Функционал жиҳатдан торайган чаноқнинг торайиш даражасини тўғри баҳолай билиш.

АДАБИЕТЛАР:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко, «Акушерство» М., Медицина, 1986 г. стр.
2. М. С. Малиновский «Оперативное акушерство» М.,
3. Р. И. Қалганова, «Узкий таз в современном акушерстве», М., 1965 г. стр.
4. Р. И. Қалганова, «Акушерство и гинекология» 1978 г. № 7, с. 67-70.
5. Е. А. Чернуха, З. О. Базылбекова, Т. В. Галина. Ведение родов при клинически узком тазе. Акуш, и гин. 1986-№ 12.-С. 3.-5.

МАВЗУ: Туғруқ кучларининг аномалиялари.

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Туғруқ кучларининг аномалиялари ҳақида тасаввурга эга бўлиш, туғруқ кучларининг аномалиялари классификацияси ва туғруқда бачадон қисқариши бузилишининг турли формаларини даволаш принциплари билан танишиш.

ВАЗИФАЛАР:

1. Туғруқ кучларининг аномалияси, турлари ва таснифи.
2. Бирламчи ва иккиламчи кучлари сустлигининг фарқи, уларни аниқлаш.
3. Туғруқ кучлари сустлигида врач тактикаси ва даволаш усуллари.
4. Туғруқнинг ҳаддан ташқари зўрайиши.
5. Туғруқ аномалиясининг она ва ҳомила учун асоратлари.
6. Туғруқ кучларининг носозлиги диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.

МАШҒУЛОТ ЖОИИ: 1. Уқув хонаси, туғруқ бўлини маси.

КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР: Туғруқ аномалияси сустлигига доир слайдлар, гистерограф ГДГ-2. схемалар.

МАШҒУЛОТНИНГ МАЗМУНИ: Туғруқ кучларининг аномалиялари туғруқда оператив аралашувнинг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Бу асорат туғруқдан кейинги патологик қон кетиш ва чала туғиш жараёнида ҳомиланинг ўлик туғилиши ва чақалоқлар ўлими кўпайишига олиб келади. Ушбу патология 6-8% туғувчи аёлларда учрайди. Туғруқ кучлари аномалияларининг қуйидаги классификацияси мавжуд:

1. Туғруқ кучларининг сустлиги (заифлиги) бирламчи ва иккиламчи.
2. Туғруқ кучларининг ҳаддан ташқари зўрайиши (кучайиши).

3. Дисскоординациялашган туғруқ кучлари. (Туғруқ кучларининг носозлиги).

Туғруқ кучларининг бирламчи сустлигида дард тутиши аввал бордан суст, калта, самарасиз бўлади; дард тутишлар орасидаги паузалар (танаффуслар) аксари узоқ давом этади, дард тез-тез, аммо суст тутиши мумкин).

Туғруқ кучларининг иккиламчи сустлигида туғруқ башоларида дард яхши тутади-ю, кейинчалик туғувчи аёлнинг чарчаши ва бачадоннинг қисқариб қолдан топиши сабабли дард тутиши сусайиб қолади. Ҳаддан ташқари қаттиқ дард тутиши кам учрайди.

Туғруқ фаолиятининг дисскоординацияси тўлғоқнинг бир маромда бўлмаслиги, аҳён-аҳёнда ва тез-тез тўлғоқнинг қаттиқ ва оғриқ билан (меъеридан ортиқ), бел қисмида сезиларли даражада оғриқ пайдо бўлиши, (тўлғоқ пайтида) бачадоннинг оғриши билан характерланади. Туғруқ фаолиятининг дисскоординацияси (носозлиги)да бачадон бўйнининг етилмаган ҳолда бўлиши, жуда секинлик билан очилиши, сувнинг вақтидан олдин кетиши ҳоллари кузатилади.

1. Туғруқ кучларининг бирламчи сустлиги.

Туғруқ кучларининг бирламчи сустлигига олиб келувчи асосий сабаблар қуйидагилар: аёлнинг болалик ва ўсмирлик даврида умумий ривожланишдан орқага қолиши, сурункали инфекция касалликлар, модда алмашивунинг ўзгариши (юракни ёғ босиб кетиши ва умумий семизлик), салбий ҳиссиётлар, бачадоннинг нейротрофик ўзгариши, ички секреция безлари функциясининг ўзгариши, ясси ҳомила пуфаги, бачадоннинг чўзилиб кетиши, гипергидрамнион, кўп ҳомилалилик, ҳомиланинг бачадонда кўндаланг ётиши, бачадон бўйнидаги ўзгаришлар.

Бачадон бўйнидаги нерв элементларига таъсир этиб дард тутишини кучайтирадиган ҳомила пуфаги бўлмаганда (қоғоноқ суви барвақт кетганда) туғруқ кучлари кўпинча бирламчи суст бўлиб қолади.

Бунда туғруқ даврида ва ундан кейин асоратлар рўй беради; ҳомила асфиксияси рўй беради; йўлдош тушиши ва илк чилла даврида патологик қон кетиши кўпаяди, плацента ёки унинг бўлаклари бачадонда ушланиб

қолади, чилла даврида септик касалликлар пайдо бўлади.

Туғруқ кучларининг бирламчи сустлиги анамнез маълумотларига қараб, Венкель усули орқали ва гистерограф воситасида аниқланади.

Туғруқ кучларининг бирламчи сустлигини даволаш мураккаб вазифадир. Дард тутиши сустлигининг сабабларини аниқлашга ҳаракат қилиб, шунга яраша даволаш услубини танлаш керак.

Туғруқни бошқариш услубини танлаганда ҳомила пуфагининг бутунлиги катта аҳамиятга эга. Қоғоноқ суви кетмаган бўлса, туғруқ консерватив йўл билан олиб борилади.

Туғруқ кучларининг сустлигига қарши курашда умумий чоралар: (сийдик пуфагини ўз вақтида бўшатиш, ичак функциясини тартибга солиш, туғувчи аёлнинг руҳиятига ижобий таъсир кўрсатиш (қўрқув ва бошқа салбий таъсиротларни, ҳаяжонларни бартараф қилишнинг аҳамияти катта. Ҳомила пуфаги бутун бўлса, аёлга туриб юриш рухсат этилади.

Дард сустлигида ҳомила бачадон бўйни 2-3 бармоқ эни очилиши билан ҳомила пуфагини ёриш тавсия этилади.

Дардни кучайтириш усуллари хилма-хилдир. Одатда қуйидаги схемалар қўлланилади:

I-схема (Қурдиновский—Штейн схемаси) 50-60 г. канакунжут мойи ичирилади, икки соатдан кейин клизма қилиниб, ич тозаланади. Клизмадан кейин 0,2 г. дан хинин ҳар 30 минутда ичириб турилади. (жами олти марта) Хининни 3,45-6 марта ичиришдан кейин ҳар 15 минутда тери остига 0,25 млдан питуитрин (жами 4 марта) юборилади. Ҳомила пуфаги бутун бўлганда туғруқ бошланиши биланоқ мушакка 20.000-30.000 бирлик фолликулин ёки синэстрол юборилади.

II-схема (А. П. Николаев схемаси) 60 г. канакунжут мойи ичирилади; бир соатдан кейин 0,2 г. дан хинин ҳар 30 минутда ичириб турилади (жами 5 марта). Хининни 5 марта ичиргандан кейин клизма қилинади, клизмадан сўнг венага 40% ли глюкоза эритмасидан 50 мл. ва 10% ли кальций хлорид эритмасидан 10 мл. юборилади. Айни вақтд а60 мг. В1 витамини юборилади.

III-схема (В. Н. Хмелевский схемаси) 50 мг. глюкоза, 10% кальций хлорид + 10.0 мл., 0,5 г. аскорбин кислота-си, 0,03 г. В1 витамини, суюлтирилган хлорид кислота-си, 150 мл. сув аралашмаси бир йўла ичирилади; уни 3 соатдан кейин такрор ичириш мумкин.

Бачадон қисқарувчанлигини кўпайтириш учун окситоцин кенг қўлланилмоқда. Окситоцин (5-10 бирлик) глюкоза эритмасига (5% ли эритмасидан 500 мл.) қўриб, венага томчилаб юборилади.

Прозеринни атропин хлорид билан бирга ишлатиш мумкин.

Сўнгги йилларда туғруқ чақиришнинг муваффақиятли бўлишига простагландинлар гуруҳи (ПГЕ1, ПГЕ2, ПГФ2) қўлланилади, улар бачадон силлиқ мушакларини мўътадиллаштирувчи кучга эга.

2. Туғруқ кучларининг иккиламчи сустиги.

Одатда ҳомиланинг туғилиш даврида ёки бачадон бўйни очиладиган даврнинг охирида тузуккина ёки қаноатланарли дард тутгандан кейин туғруқ кучларининг иккиламчи сустиги бошланади. Туғруқ кучларининг иккиламчи сустигига олиб келувчи асосий сабаблар қуйидагича: Ҳомила бошининг ўлчамлари онанинг чаноқ ўлчамларига тўғри келмаслиги, тор чаноқ, ҳомила йирик бўлганда, ҳомила нотўғри ётганда, олдинда ётувчи қисми нотўғри жойлашганда, бачадон бўйнининг ритидлигида, ҳомила пуфаги кечикиб ёрилганда, бачадоннинг чўзилиб кетиши, кўп ҳомилалилик, муддати ўтган ҳомиладорлик, салбий ҳиссиётлар, туғувчи аёлниң чарчаб қолиш ҳоллари.

Туғруқ кучлари ҳомила пуфагининг кечикиб ёрилиши сабабли сусайган бўлса, қоғоноқ пардаларини йиртиш керак. Бачадон бўйни тўла очилган, ҳомила боши чаноқ бўшлиғида ёки чаноқдан чиқиш текислигида турган бўлса, тери остига питуитрин ёки окситоцин юбориш мумкин, булар дард тутишини тез кучайтиради.

Ҳомила боши чаноқ бўшлиғида ёки чаноқдан чиқиш текислигида турган бўлса, акушерлик қисқичи солаб, туғруқ тугалланади.

Оралиқнинг қотганлиги сабабли туғруқ чўзилиб кетса, перинеотамия қилинади.

Туғувчи аёлнинг чарчаганлиги сабабли аёлга дори бериб ухлатиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади, аммо уйқу 2 соатдан ошиб кетмаслиги керак, шундан сунг дарҳол окситоцин ёки простагландин томчилаб юборилиши лозим.

3. Ҳаддан ташқари қаттиқ дард тутиши.

Туғувчи аёлнинг нерв системаси қўзғалувчан бўлганда, Базедов касаллигида, нерв ва эндокрин системалар функциясининг бошқа хил бузилишида баъзан дард тез-тез тутади ва оғриқли бўлади. Ҳомиланинг туғилиши тўққинликка учраганда, тор чаноқда, ҳомила нотўғри ётганда, олдинда ётувчи қисми нотўғри жойлашганда ва шунга ўхшаш ҳолларда ҳаддан ташқари қаттиқ дард тутади. Бундай ҳолларда бачадон тортишиб қисқариб, ёрилиб кетиши мумкин.

Ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари бир-бирига мос келганда ҳаддан ташқари дард тутиши тез туғруқ билан тугайди. Тез туғруқ 1-3 соат давом этади, шу сабабли баъзан туғруққа ёрдам муассасасидан ташқарида (уйда ёки туғруқхонага кета туриб йўлда рўй беради), кўчадаги туғруқ, деб шунини айтилади.

Медицина ёрдамисиз тез туғишда бачадон бўйни, қин ва оралиқ йиртилади, кўпинча бачадон мускулининг тортишиб қисқариши сабабли плацентада қон айланиши бузилиб ҳомила асфиксияси ривожланади. Ҳомила тез туғилиши муносабати билан унда калла ичи шикастлари пайдо бўлири мумкин.

Дард жуда қаттиқ тутиб, бачадоннинг ёрилиши хавфли бўлса, эфир наркози берилади. Туғруқдан кейин оралиқ, қин ва бачадон бўйни кўздан кечирилади. Агар йиртилган бўлса, ўз вақтида чоклаб қўйилади.

Сўнгги пайтларда бачадоннинг қисқарттиришини камайтириш мақсадида қуйидаги препаратлар кенг қўлланилади: бета — адреномилитик (партусистен), (ритодрин, ютопар, бриканил). Бу препаратлар токолитиклар группасига кириб, асосан бачадон фаоллигини сусайтириш учун қўлланилади. 1 ампула (10 мл) партусистенни 250 мл физиологик аралашма ёки 5%ли глюкоза аралашмаси ҳосил қилиниб, минутига 10-20 томчидан (1-2 мкг-мл) қўйилади.

4. Дисскоординациялашган туғруқ кучлари. (исозлиги)

Дисскоординациялашган туғруқ фаолияти: бачадоннинг нормал тонуси, бачадоннинг вертикал ва горизонтал ҳамкорликда қисқаришининг бузилиши, бачадон бўйни органик ва функционал дистоцияси ҳоллари кузатилади.

Туғруқ диссоординацияси фаолиятида асосий даволаш диққат эътибори бачадон қисқаришини нормалартиришга қаратилган бўлиши керак. Бу ҳолда туғруқни кучайтирувчи дорилар мутлақо қўлланилмайди.

Бачадон бўйни дистоциясини даволаш учун спазмолитик (баралгин) ва седатив, триоксазин) дорилардан фойдаланиладилар. Ушбу патологияда узайтирилган перидурал анестезия катта терапевтик эффектга эга.

Масала.

К. исмли 25 ёшли ҳомиласи етилган туғувчи аёл дард бошланганидан 12 соат ўтгач туғруқхонага қабул қилинди. Қоғоноқ суви икки соат аввал кетган. Умумий аҳволи қониқарли.

Аёл туғри тана тузилишида, бўйи 162 см, вазни 74 кг. Шишлар йўқ, тана ҳарорати 36,6 С. Қон босими 120/80 мм симобустунига тенг. Қорни овал шаклида бўлиб, айланаси (100 см, бачадон тубининг юқориги нуқтаси 37 см. Чаноқ ўлчамлари 26-28-30-20 см. Ҳомила бўйлама жойлашган бўлиб, ҳомила боши кичик чаноқнинг кириш қисмига сиқилиб турибди. Ҳомиланинг юраги минутига 138 марта аниқ ва ритмик ураяпти. Ҳомиланинг эҳтимоллий оғирлиги 3700.0. Дард ҳар 10-12 минутда 15-20 секунддан кучсиз бўлаяпти.

Қин орқали кўрилганда бачадон бўйи текисланиб 3 бармоқ энига очилган. Қоғоноқ пардаси йўқ. Ҳомила бош чағноқнинг II текислигида жойлашган бўлиб, унча катта бўлмаган туғруқ ўсмаси бор. Бармоқ учлари билан промоторий аниқлайди.

1. Диагноз.

2. Туғруқни қандай олиб бориш керак?

Масала:

Я. исмли 36 ёшли еттинчи марта туғувчи аёл туғруқхонага дард бошланганидан кейин, олти соат ўтгач қабул қилинди. Умумий аҳволи яхши, ички аъзолари томонидан ўзгаришлар йўқ. Қон босими ва пульси нормада. Қоғоноқ суви кўрик қабулхонасида кетди. Акушерлик текшириш орқали шу нарса маълум бўлдики; чаноқ ўлчамлари нормада: 27-29 32-21 см.

Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни тўла очилган бўлиб, қоғоноқ пардаси йўқ. Ҳомила боши чағноқнинг II текислигида. Тўлғоқ ҳар 5-4 минутда 30-35 секунд давомийлик билан кучсиз бўлмоқда. Орадан 45 минут ўтгач, аёл қин орқали қайта кўрилганда ҳомила боши чағноқнинг III текислигига ўтиш арафасида бўлиб, 2х3 см туғруқ ўсмаси аниқланди.

1. Диагноз.

2. Туғруқни олиб боришни қандай давом эттириш керак?

3. Туғруқ пайтида туғруқни шу ўзгаришларга олиб келувчи сабаб нима?

Контроль саволлар:

1. Туғруқ кучлари аномалиясининг таснифини айтиб беринг.

2. Туғруқ кучларининг бирламчи ва иккиламчи сустлиги деб нимага айтилади?

3. Туғруқнинг кучайтиришнинг қандай усуллари мавжуд?

4. Туғруқ кучлари аномалиясининг профилактикаси.

Амалий маҳорат.

1. Туғруқ кучларининг аномалиясини ажрата билиш.

2. Зудлик билан ҳаддан ташқари қаттиқ дард тутиши вақтида акушерлик наркози қўллашни билиш.

3. Она ва ҳомила томонидан кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда туғруқ кучларини аномалияларни даволаш ва профилактика қилиш тадбирларини ишлаб чиқа билиш.

А д а б и ё т л а р:

1. Боряжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П.,
Акушерство: Учебник для медвузов — М., 1986 г. стр.
317 — 324.

2. Неотложная помощь при экстремальных состояниях
в акушерской практике .Руководство (Под ред. Э. К.
Айламазяна.) — Л. 1985. стр. 26 — 49.

3. Персианинов Л. С. Физиология и патология сокра-
тительной деятельности матки. — М., 1975 г.

4. Нарушения сократительной деятельности матки
(метод. рекомен), Минск, 1990 г. И. В. Дуда.

5. Михайленко Е. Т. Слабость родовой деятельности,
Киев, 1978 г.

МАВЗУ: ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚДА ҚОН КЕТИШИ — 4 соат

Машғулотнинг мақсади: Ҳомиладорлик ва туғруқда қон кетганида зудлик билан ёрдам кўрсатиш принциплари билан танишиш.

Вазифалар: 1. Плацентанинг барвақт кўчиши ва олдинда ётишининг сабабларини ўрганиш.

2. Қлиникаси ва аниқлаш услублари билан танишиш.

3. Бу асоратларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришда врач тактикасини аниқлаш.

4. Ҳомиладорлик ва туғруқда қон кетишининг олдини олиш.

Машғулот жойи: Уқув хонаси, ҳомиладорлар касалликлари палатаси, туғруқ ва операция бўлмалар.

Кўргазмали қуроллар: табица, расм, асбоблар, қон куйиш системаси, қон ўрнини босувчи эритмалар, дори-дармонлар ва туғруқ тарихи.

Марғулот мазмуни:

1. Плацентанинг (йўлдош ҳамроҳ) барвақт кўчиши — *Separatio placentae normaliter insertae spontanea praematura sen praesox.*

Бу ҳол ҳали дард бошланмасидан, ёки туғруқнинг I ва II даврларида плацентанинг бачадон деворидан ажралишига айтилади. Плацентанинг бачадон деворида ушланиб туриши нафақат унинг децидуал пардасига, балки бачадон ичидаги босимга ҳам боғлиқдир. Ҳомилянинг ривожланиши асосан бачадон ва плацента ўртасидаги қон айланиши билан аниқланади, бу ҳол плацента бириккан (ёпишган) бачадон децидуалмушак қавагининг спирал артерия қон томирлари терминал бўлимларининг тузилиши ва функцияси билан бевосита боғлиқдир. Спирал артерияларда патологик ҳолатлар пайдо бўлиши мумкин. Томирларнинг терминал бўлимларидаги ўзгаришлар уларнинг мўртлашувига (синувчанли-

га), эгилувчанлигининг йўқолишига сабаб бўлади ва уларнинг арзимаган механик таъсир ёки бачадон томирларида босимнинг ошиши натижасида тез ёрилишига олиб келади. Децидуал пардадаги спирал артерияларнинг ёрилиши бачадон — плацента қон айланишининг бузилишига олиб келади ва плацента ортида қон лахтаси ҳосил бўлишига олиб келади. Плацента ортидаги қон лахтаси децидуал парда ва ворсинкалар (томирли туклар) тўқималарининг жароҳати натижасида ажралиб чиққан тўқима тромбопластини таъсирида увишади (свертывание). Агар плацента ажралган майдон кичкина бўлса, унда плацента ортида қон лахтаси ҳосил бўлгандан дарҳол бачадон томирларида тромблар пайдо бўлади, ворсинкалар анчагина қисилади ва қошиқсимон чуқурлик вужудга келади. Плацентанинг бирдан кўп жойи ажралса плацента ва бачадон девори оралиғига кўп қон қуйилади. Спирал қон томирларда бачадоннинг децидуал ва мускул қаватлари орасига қон кетиши мумкин.

Содир бўлиш даражаси. (Учраши) — плацентанинг барвақт кўчиши 1% гача учрайди, кўпинча қайта ҳомиладор бўлган ва айниқса кўп туғадиган аёлларда учрайди. Плацентанинг барвақт кўчиши кўпинча қон томирларида чуқур ўзгаришлар чиқарувчи касалликлар, айниқса ҳомиладорнинг кеч токсикозлари, хафаконлик ва буйрак касалликлари натижасида содир бўлади. Бундан ташқари бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит), шиллиқ парда остидан ўсиб чиққан бачадон фибромиомаси, ривожланиш нуқсонлари, плацентада дегенератив ўзгаришлар бўлганда (муддатидан ўтган ҳомиладорликда), бачадон деворлари ўта таранглашганда (қоғоноқ сувининг кўп бўлиши, эгиз ҳомиладорлик, йирик ҳомила) ва бошқа ҳолларда плацента барвақт кўчиши мумкин. Плацентанинг барвақт кўчишига киндикнинг калта бўлиши, ҳар хил руҳий ҳолатлар, қўрқув-ҳаяжон, акушерликнинг ташқи буриш операцияси, аёлларни кўпол равишда текшириш, ҳомиланинг ўта ҳаракатчанлиги, қоғоноқ пардасининг кеч йиртилиши ҳоллари сабаб бўлиши мумкин. Плацентанинг барвақт кўчиши тўлиқ ва қисман бўлади. Қисман барвақт кўчиш она организмида деярлик

Ўзгаришлар чақирмайди. Плацента тўлиқ кўчганда бачадон ва плацента орасида тез ўсувчи гематома ҳосил бўлади. Бачадон бўртиб чиқади. Плацента барвақт кўчиши ички қон кетиш билан ифодаланади, кейинчалик ташқи қон кетиш ҳам қўшилади. Клиник кўриниши плацента майдонининг катта-кичиклиги ва йўқотилган қон миқдорига қараб ҳар хил бўлади. Плацентанинг 1/3 қисми ажралганда ҳомила унча оғирлашмайди. Плацента ортидаги гематомада камроқ миқдорда қон бўлади ва у она организми гемодинамикасига деярлик таъсир қилмайди. Плацентанинг кўпроқ майдони (қисми) ажралганда ҳомила кислород ва озик моддалар етишмаслигидан жабрланади, кўпинча она қорнида нобуд бўлади, онада камқонлик белгилари кучаяди ва қоринда оғриқ пайдо бўлади.

Шундай қилиб, камқонлик шок ҳолати кузатилади, ҳомиланинг юрак уриши тезлик билан йўқолади, қоғоноқ пуфағи таранглашади, қорин дамлайди, бачадон таранглашади, ҳомиланинг қисмларини (бош, қўл, оёқлари) аниқлаб бўлмайди, қон босими пасаяди.

Диагнози: юқорида айтиб ўтилган белгилар кўзга ташланиб турса қийинчилик туғдирмайди. Одатда плацента қисман ажралганда диагноз йўлдош туғилгандан кейин, уни кўздан кечирганда аниқланади.

Даволаш. Плацента барвақт кўчганда акушерлик амалиётида 2 та асосий принципга таяниш тавсия этилади:

1) Эҳтиёткорона тезлик билан ҳомилани туғдириш, бачадонни ҳомила ва йўлдошдан озод қилиш.

2) Ўткир камқонлик ва шок ҳолатига қарши курашиш.

Туғдириш усулини танлаш қон йўқотиш даражаси ва у ёки бу акушерлик операциясини ўтказиш шарт-шароити билан боғлиқдир. Туғруқни бошқариш тактикаси касалликнинг клиник кўриниши ва туғруқ йўллариининг тайёр эмаслигига қараб аниқланади. Бачадон бўйни 3-4 см. гача очиқ бўлса ва қон кетиш камроқ, туғруқ кучлари яхши бўлса, қоғоноқ пардасини йиртиш йўли билан плацентанинг ажралишини тўхтатиш мумкин. Шу йўл билан туғруқ ҳам тезлашади. Бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлса, агар ҳомиладо боши чаноққа ки-

риш текислигидан юқорида жойлашган бўлса, ва ҳомиланинг ҳаракатчанлиги сақланган бўлса, қоғоноқ пардасининг пуфагини йиртиб, ҳомилани классик (ўрнакли) усул билан оёғига буриш ва туғруқ йўлларида тортиб олиш операциясини қўллаш мумкин. Ҳомила тирик бўлиб боши кичик чаноқ бўшлиғида бўлса акушерлик қисқичлари ёки вакуум-экстрактор қўллаш йўли билан туғруқни тезлаштириш лозим. Агарда ҳомила ўлик ҳолда боши чаноққа суқилган (вставления) бўлса, крапотомия қилиб, тортиб олиш тавсия этилади. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдирилган барча туққан аёлларда плацента албатта қўл билан бачадон бўшлиғидан олиб ташланиши ва айна вақтнинг ўзида бачадон деворларининг плацента ажралган майдони бўс-бутунлиги текшириб кўрилиши шарт, бу операция албатта наркоз остида ўтказилади. Бачадон гипотониясининг олдини олиш мақсадида бола тортиб олиниши биланоқ томир ёки мушак ичига бачадонни қисқартирувчи дорилар (питуитрин, окситоцин, метилэргометрин) юбориш керак.

Агар плацентага ҳомиладорлик пайтида ёки туғруқ энди бошланган пайтда барвақт кўчган ва кучли қон кетаётган бўлса, туғруқ йўллари туғруққа тайёр бўлса, абсолют кўрсатма асосида кесар кесиш операцияси қилиниши лозим. Бачадон деворларига кўп қон қуйилиб (моматалоқ кувелер бачадони, маточно-плацентарная апоплексия), тўқ қоровут бинафша ранга кирган бўлса, бачадон латта сингари бўшашган, механик ва фармакологик таъсирларга кам жавоб берадиган бўлса, ундай бачадон ампутация ёки экстирпация қилиниб олиб ташланиши зарур. Туғруқни таъминлаш билан бир қаторда қон кетиш ва шокка қарши кураш олиб бориш керак. Шу мақсадда қон ва қон ўрнини босувчи моддаларни қон томирлари орқали томчилаб ёки тезлатиб юбориш зарур, жумладан, глюкоза ва физиологик эритма қуйилади, юрак дорилари юборилади, ичига чой ёки кофе берилади.

Профилактикаси:

Ҳомиладорлик кечки токсикозлари, хафақонлик касали (гипертония) буйрак ва бошқа ички аъзолари касал-

ликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш плацента барвақт кўчишининг олдини олишнинг энг муҳим шартларидан биридир.

Плацентанинг олдинда ётиши.

Placenta praevia (praе — олдинда, *via* — йўл) плацентанинг бачадон пастки сегментида жойлашиши плацентанинг олдинда ётиши дейилади.

Этиологияси (келиб чиқиш сабаблари) ҳали етарлича ўрганилмаган. Бу патологияни тушунтирувчи икки хил назария мавжуд:

1) Бачадон деворларида бўлган дегенератив ўзгаришлар;

2) тухум ҳужайрадаги ўзгаришлар.

Плацентанинг бачадон бўйнида жойлашиши ҳоллари жуда кам учрайди ва бу ҳолатни бўйнида жойлашган плацента — *placentae cervicalis* деб айтилади.

Турлари (классификацияси)

1. Тўлиқ ёки марказий олдинда ётиш — *pl. praevia completis (totalis)*.

2. Тўлиқсиз ёки қисман олдинда ётиш — *pl. praevia incompletis (partialis)*.

Плацентанинг тўлиқ олдинда ётишида плацента ўз маркази билан бачадон ички бўғизининг устида жойлашади, қисман олдинда ётишида — плацентанинг қирраси ички бўғизда ётади.

Бундан ташқари плацента пастга бирикади (жойлашади), унда йўлдош қирраси бачадоннинг ички бўғизига 3-4 смга ётмасдан қолади.

Содир бўлиш даражаси (частота)

Кўпинча қайта туғувчи аёлларда учрайди. Плацента олдинга ётиши 150-200 та туғруққа битта, яъни 0,5-0,7% учрайди. Қисман олдинда ётиш кўпроқ ҳолларда (70%) тўлиқ эса (30%) камроқ учрайди.

Клиник кўриниши.

Қасаллик ҳомиладорликнинг охирида, баъзан 24-26 ҳафтalik муддатларда тўсатдан, иш пайтида, уйқуда ёки тинч турган жойда қон кетиши билан бошланади. Маркази олдинда ётганда кўп қон кетиши характерли-

дир, қисман олдинда ётганда эса ҳомиладорлик охирида, ёки туғруқ пайтида камроқ қон кетади.

Плацента тўлиқ олдинда ётганда қон кетиши ўз-ўзидан тўхтамайди, чунки қоғоноқ пардаси йиртилмайди ва бачадон бўйнининг жипсланиши ва кенгайиши (очилиши) плацентанинг тўхтовсиз ажралишига сабаб бўлади.

Бачадон бўйни каналидан кетаётган қон оч қизил рангда, суюқ, бачадон қон лахталари бўлади.

Қон кетишининг ўзига хос хусусиятлари шундан иборатки, у қайта қайта янгиланиб туради.

Плацента қисман олдинда ётган ҳолларда қоғоноқ пуфагини йиртган заҳотиёқ плацента ва бачадон девори орасидаги ўзаро муносабат ўзгаради, бачадоннинг пастки сегменти, қоғоноқ пардаси ва плацента юқорига ҳомиланинг катта қисми жойлашган жойга қараб силжийди, плацента юқорига тортилади ва бачадон деворидан ажралмасдан, қон кетиши тўхтаydi. Пастка қараб интилаётган ҳомила боши қон оқиб турган төмирларни қисади, қон кетиши тўхтаydi.

Бу хил патологияда туғруқ кучлари етарли бўлмайди, бачадон пастки сегменти яхши тортилмасдан кўпинча бирламчи сустликка олиб келади.

Плацента олдинга ётганда ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ётиши, чаноқ билан олдинда ётиши, чала туғиш ҳоллари кўп учрайди.

Диагноз — ташқи ва ички текшириш усуллари ёрдамида диагноз аниқланади.

Плацента тўлиқ олдинда ётганда, ташқи текшириш ўтказганда ҳамма қисмлари ноаниқ, бошнинг шакли ноаниқ, қандайдир юмшоқ тўқимауни аниқлашга халақит беради.

Қин орқали текширганимизда, бачадон бўйни ёпиқ бўлса, текшириш ўткаётган бармоқлар ва ҳомила боши орасида юмшоқ тўқима пайпасланади, бу плацентадир. Бачадон бўйни очилган бўлса, плацентанинг ғадир-будир тўқимаси аниқ қўлга чалинади. Плацента қисман олдинда ётганда эса ҳам плацентанинг қирраси ҳам қоғоноқ пуфаги пайпасланади.

Таранглашган қин орқали текширув одатда операция хонаси тайёрлаб қўйилиб, кейин ўтказилади, чун-

ки бирданига кучли қон кетиб қолса дарҳол операция қилишга тўғри келиб қолиши мумкин. Бу патология натижасидир. Оналар ва болалар (перинатал) ўлими кўп учрайди. Бизнинг клиникамизда 2797 та ҳомиладор аёлларни ультратовуш тўлиқинлари ёрдамида (SAL — 35 В Toshiba, Япония) кузатилганда плацента тўлиқ олдинда ётиши 65 та (1,25%) ва тўлиқсиз олдинда ётиши 21 та (0,75%) аёлларда топилди.

Асорати. Анемия (камқонлик), баъзан ДВС синдром Инфекция тушиши хавфи пайдо бўлиши.

Плацентанинг томирлар йиғилиши ва унга ҳаво кириши натижасида ҳаво эмболияси бўлиши.

Ҳомила ҳалокати ва бошқалар.

Даволаш. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетиши беморни зудлик билан туғруқхонага ётқизишни тақозо қилади. Агарда қон камроқ кетган бўлса, ҳомиладорлик пайтида консерватив йўл билан даволанди. Бу ҳолда қатъий тўшакда ётиш таъминланади ва витаминларга бой бўлган парҳез овқатлар берилади, касалнинг умумий аҳволи диққат эътибор билан кузатилади (туғруқ йўлларида келадиган чиқинди миқдори, томир уриши, қон босими, қон таркибидаги гемоглобин тез-тез текшириб турилади).

Қон кетиш кучига қараб турли хил акушерлик операциялари қўллашга тўғри келиши мумкин. Плацента қисман олдинда ётганда — қоғоноқ пардасини йиртиш — амниотомия, ҳомила бўйлама жойлашган бўлса ва бачадон бўйни камида 4-6 см очилган бўлса вакуум-стимуляция операцияларини бажариш тавсия этилади — бачадон бўйни етарли очилганда ҳомиланинг чаноққа томон ётган қисмига кичикроқ вакуум косачаси ёпиштирилиб 450-500 см³ даражада манфий босим ҳосил қилинади ва қўл ушлагич жойида 300-400 гр юк осиб қўйилади, юк 1,5-2 соатгача туради.

Кучли қон кетса (маркази олдинда ётиш) албатта кесар кесиш операцияси қилиш шарт.

Масала.

29 ёшли туғувчи аёл ноҳия марказий туғруқ хонасидан клиникага олиб келинди. Аёлнинг айтишича, туғруқ

дарди бошланганидан 6 соат ўтгач, қорни қаттиқ оғрий бошлади, сўнгра туғруқ йўлларида оз миқдорда қон кета бошлади.

Қорин овал шаклида, пайпаслаганда қорин тубининг чап тарафида бўртиб чиқиб турган жойи безиллаб турибди. Қорин айланаси 105 см, бачадон туби баландлиги 31 см га тенг. Ҳомила бўйлама вазиятда боши билан олдинда ётибди.

Ҳомила боши катта сегменти билан чаноқ оғзига суқилган, юрак уруши минутига 170 марта, бўғиқ, ҳар 4-5 минутда дард бошланиб 35-40 секунд давом этади. Чаноқ ўлчамлари 26-29-31-21 см.

Қин орқали текширилганда қин деворларида патологик ўзгаришлар аниқланмайди, бачадондан оз миқдорда қон оқмоқда. Бачадон бўйи тўла очилган, ҳомила пуфаги таранг тортилган, дарт бўлмаганда ҳам таранглиги қайтмайди (бўшашмайди). Ҳомила боши чаноқнинг II текислигида, қин гумбазлари орқали плацентар тўқима аниқланмайди. Думғаза бурни аниқланмайди. Қон ва сийдик кўрсаткичлари нормада.

Диагноз қўйинг.

Масала 2.

25 ёшли ҳомиладор аёл қон кетганидан 30 минг ўтгач тез ёрдам машинасида туғруқ хонага олиб келишди. Ҳомиладорлик муддати 37-38 ҳафталик бўлиб, тўсатдан аёл таҳорат вақтида қизил суюқ қон туғруқ йўлларида оқабошлади, ҳаммаси бўлиб 200 гр. ча қон йўқотди, туғруқ хонага олиб келингач, қон кетиш тўхтади. Анамнез маълумотларидан аёл метроэндометрит билан оғриганлиги аниқланди. Объектив текширишда умумий аҳволи қониқарли, ички аъзолар томонидан ўзгариш аниқланмайди. Бачадон тухумсимон шаклда бўлиб, пайпаслаганда юмшоқ, оғриқсиз. Қорин айланаси 100 см, бачадон туби баландлиги 32 см. га тенг. Чаноқ бўлимлари 25-28-30-20 см. Ҳомила бўйлама вазиятда, боши билан олдинда ётибди, юрак уруши минутига 140 марта киндикдан паст чап тарафда аниқ ритмик эшитилади. Туғруқ белгилари йўқ. Қин орқали текширилганда — қин гумбазлари устида хамирсимон нарса пайпасланади.

Чаноқ суюкларыда деформация аниқланмайди, бармоқ думгаза ва бурнигача бориб етмайди. Қин кўзгулари билан қаралганда бачадон бўйини, қин деворларида ҳеч қандай патологик ўзгариш кўринмайди.

Диагноз қўйинг. Врач тактикасини аниқланг.

Контроль саволлар.

1. Акушерлик қон кетиши деб нимага айтилади?
2. Плацентанинг барвақт кўчиши ва олдинда ётиши деб нимани тушунасиз?
3. Плацента барвақт кўчиши ва плацента олдинда ётишининг сабаблари, учраши даражаси?
4. Плацента барвақт кўчиши ва плацента олдинда ётишининг асосий белгиларини айтиб беринг?
5. Айтиб ўтилган патологияларнинг она ва болага салбий таъсири?
6. Плацента барвақт кўчиши ва олдинда ётишида ҳомиладорлик ва тугруқни олиб бориш?

Амалий маҳорат.

1. Қон кетиш хавфи бўлган ҳомиладорлар гуруҳини аниқлай олиш.
2. Плацентанинг барвақт кўчиши ва олдинда ётишини аниқлай олиш.
3. Қон ва қон ўрнини босувчи дорилар қуйишни ўзлаштириш.

Адабиётлар

1. Бодяжина В. И., Жмакин Қ. Н., Кирющенко А. П. «Акушерство», учебник. М. 1986 г., стр. 336 — 347
2. Бакшеев Н. С. «Маточные кровотечения в акушерстве», Киев, 1970 г.
3. Малиновский С. М. «Оперативное акушерство». М. 1967 г., стр. 121 — 143.
4. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений при беременности и в родах. Методические рекомендации МЗ СССР, М. 1987 г.
5. Практическое акушерство. Под редак. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. М., 1989 г., XV, стр. 359 — 364.
6. Репина М. А. «Кровотечение в акушерской практике». М. 1986 г., стр. 29 — 62.

Мавзу: ЙЎЛДОШ ДАВРИДА ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИН ҚОН КЕТИШИ

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Йўлдош тушиши ва туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қон кетишда зудлик билан ёрдам кўрсатиш принциплари билан танишиш.

ВАЗИФАЛАР: 1. Йўлдош тушиши ва туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қон кетишининг сабабларини ўрганиш.

2. Клиникаси ва аниқлаш усулларини ўзлаштириш.

3. Қон кетишни тўхтатишнинг асосий принципларини ўрганиш.

4. Бу акушерлик патологиянинг олин олиш.

МАШҒУЛОТ: Уқув хонаси, ҳомиладорлик патологияси палатаси, жойи туғруқ ва операция бўлмалари.

ҚЎРҒАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР: таблица, расм, асбоблар, қон қуйиш системаси, қон ўрнини босувчи эритмалар ва қон тўхтатувчи дорилар.

МАШҒУЛОТ (мазмуни).

Йўлдош гемохорнал турда тузилганлиги сабабли туғруқда ҳамиша маълум миқдорда қон кетади. Бачадон қисқарган (ретракция) пайтда йўлдош жойлашган майдонча кичраяди, бунда бачадон деворлари йўлдош юзасидан орқада қолади ва бачадон-йўлдош томирларининг узилишига ва қон кетишига сабаб бўлади.

Одатда 250 граммдан то 399 граммгача қон йўқотиш физиологик ҳолат, 400 г — патологик қон йўқотиш чегараси, 400 г дан ошса патологик қон йўқотиш ҳисобланади. Физиологик туғруқда умумий организм оғирлигига нисбатан 0,3—0,4% қон йўқотилади, 400 грдан кўп қон кетганда, яъни «ўртача» қон йўқотилганда (500—800 мл) организм компенсатор бузилиш даражасидаги қон йўқотилган ҳолатга ўтади, айниқса баъзи бир хил акушерлик патологияларида (нефропа-

тиянинг оғир шаклида, эклампсияда) йўлдош томирларида сурункали ДВС-синдром пайдо бўлади.

Йўлдош тушиш даврида қон кетишнинг сабаблари:

1. Бачадон тонусининг пасайиши (бачадон шишлари, чандиқлар, сурункали метрoэндoметрит, уст-устига қилинган аборт).

2. Бачадон бўйнининг қисқариб қолиши.

3. Йелдош тушиш даврини нотўғри бошқариш.

4. Плацентанинг бачадон деворига қаттиқ ёпишиши (pl. adhaerens) — плацента сўрғичлари бачадон шиллиқ қаватининг базал қисмига ўсиб киради.

5. Плацента ворсиналарининг бачадон деворига (мукул қаватига) ўсиб кириши (placenta accreta sen in-steta).

Бундай пайтда плацентани қўл билан ҳам ажратиб бўлмайди, бу ҳол ҳар 3000—5000 та туғруқда бир марта учрайди.

Клиникаси — қон кетишдан ташқари камқонликнинг барча белгилари кўзга ташланади, бачадон суст қисқаради.

Даволаш — агарда йўлдош ўз-ўзидан ажралмаган бўлса, уни ажратиш усулларини, қўллаш керак.

Агар йўлдош ажралиб тушган бўлсаю, бачадон бўшлигида унинг бир қисми қолган бўлса, бачадон бўшлигига қўл билан кириб бир вақтнинг ўзида қолдиқни олиб, бачадон деворлари текшириб кўрилади.

Агар плацента бачадон деворига (мукул қаватига) ўсиб кирган бўлса, унда лапаротомия қилиб, бачадон танаси олиб ташланади. Аёлларни йўлдош ажралиш ва тушиш даврида транспорт ёрдамида кўчириш тақиқланади. Кгп қон йўқотган пайтда албатта қон ёки қон ўрнини босувчи эритмалар томирга юборилиши лозим.

Туғруқдан кейинги дастлабки даврда бачадон гипова атонияси натижасида қон кетиши.

Умуман туғруқда 2,7—2,9% патологик қон кетиш ҳолати учраса, шундан 2% атрофида бачадон гипова атонияси натижасида қон кетиши кузатилади.

САБАБЛАРИ: 1. Аёл организмининг баъзи бир хил касалликлар оқибатида туғруқнинг жуда чўзилиши натижасида ҳаддан ташқари чарчаш.

2. Эгиз ҳомиладорлик ва кўпсувлилик.

3. Бачадоннинг анатомик нуқсонлари (бачадон чандиқлари, шишлар, устма-уст аборт). Бачадоннинг функционал нуқсонлари, ундаги биологик актив моддаларнинг камайиши сабабли юзага келади.

4. Плацентанинг пастга ёпишиши.

5. Уз жойида жойлашган плацентанинг барвақт кўчиши, бу ҳолатда бачадон деворларининг моматалоқ бўлиши.

6. Онада бош мия қон айланишининг бузилиши.

7. Дисгормоноз — гормонлар балансининг бузилиши.

8. Бачадоннинг ҳаддан ташқари кўп ва нотўғри қисқариши (дискоординация) ҳам кейинчалик атонияга олиб келиши мумкин.

9. Қон явиш системаси издан чиқиши (ДВС синдром).

Клиникаси — гипотоник қон кетиш тўлқинсимон характерда ўтади. Одатда қон кетиш йўлдош тушиш ёки туғруқдан кейинги дастлабки соатларда бошланади. Туғруқдан кейинги дастлабки даврдаги қон кетишнинг икки клиник варианты тафовут этилади.

1. Қон кетиш бошланишдан мўл ва салмоқли бўлади. Бачадон шалвираган (бўшашган), атония ҳолатида, қисқартувчи дорилар юборилишига, ташқи ўқалашга, бачадон деворини қўл билан текширишга ҳеч қандай жавоб бермайди. Тезлик билан қоннинг суюқ қисми камаё бошлайди, геморрагик шок ҳолати ва ДВС синдром юзага келади.

2. Бошда қон кетиш камроқ, бачадон вақти-вақти билан бўшашиб туради, қон йўқотиш аста-секинлик билан ўса боради. Қон порция-порция бўлиб 150—300 мл дан тўпланиб кетади. Унчалик кўп миқдорда қон кетмаганлиги туққан аёлдаги қоннинг суюқ қисми камайиш ҳолатини (гиповалемия) вақтинча сездирмаслиги ва адаптацияга (мосланиш) олиб келиши мумкин. Қон босими нормал ҳолда қолиши мумкин, тери

ва шиллиқ пардалар рангсизланади, оқаради, юрак тез-тез ура бошлайди.

Гипотония ҳолати етарли даволанмаса, аста-секин кучаяверади. Маълум бир босқичда қон кетиши кучайиб, туққан аёл аҳволи борган сайин ёмонлашади, шок белгилари пайдо бўлади, ДВС синдроми пайдо бўлади. Гипотоник қон кетиш турлича давом этади. Унчалик оғир бўлмаган, гипотония бошланган пайтида ва ўз вақтида тўғри даволанса 15—30 дақиқа ичида қон кетишни тўхтатиш мумкин.

Акушер-гинеколог врачлар амалий иш фаолиятида гипотоник қон кетиш ўртасида чегара нисбий характерга эга. Бунинг сабаби дифференциал диагностиканинг мушкуллиги билан боғлиқ, шу туфайли қуйидаги принципга амал қилиш тавсия этилади: Йўлдош тушиш ва туғруқдан кейинги дастлабки даврлардаги қон кетишини аниқ ҳисоблаш ва туғруқдан кейинги дастлабки даврда бачадон қисқариши бузилганда яъни қон кетиши 400 мл дан ошса зудлик билан қон кетишни тўхтатишга қаратилган барча воситаларни қўллаш лозим.

ДАВОЛАШ: Гипотоник қон кетиш билан кураш тартиби уч босқичдан иборат. Биринчи босқичда (қон кетиш 400—600 мл) асосий вазифа қон кетишни тўхтатиш, қўл қон кетишига йўл қўймаслик, 500 мл дан ортиқ қон кетса, йўқолган қон ўрнини тўлдиришдан иборат. Бунда қўйилган қон ва қон ўрнини босувчи эритмаларнинг ўзаро нисбати 0,5 : 1,0 бўлиши шарт.

Гипотоник қон кетиш билан кураш тадбирларининг биринчи босқичи ўз ичига:

1. Сийдик пуфагини катетер ёрдамида бўшатиш, ўқтин-ўқтин бачадонни қорин девори орқали уқалаш, ҳар 1—2 дақиқада 20—30 секунд; жойли гипотермия (қоринга муз пуфакчаси қўйиш), қон томирларига инфузион даволаш воситаси кристаллоид моддалар (полиглюкин, реополиглюкин) юбориш;

2. Бир вақтнинг ўзида қон томирга метилэргометрин, окситоцин дориларидан 0,5 мл дан бир шприцга олиб юбориш, кейинчалик уларни томчилаб узоқ вақт давомда юбориш;

3. Бачадон бўшлиғига қўл билан кириш унинг де-

ворларининг бутунлигини аниқлаш деворга ёпишган қон уюшмаларини олиб ташлаш, бачадон мускулларининг контрактил қобилиятини аниқлаш мақсадида биологик синов ўтказиш.

4. Туғруқ йўллари кўздан кечириш, йиртилган юмшоқ тўқималарга чок қўйиш.

5. Бачадон мускуллари қисқариш активлигини ошириш мақсадида витаминлар комплексини қон томирига юбориш (таркиби 100—150 мл. 40% ли глюкоза эритмаси, 10 мл. 5% аскорбин кислотаси эритмаси, 2—4 мл. АТФ ва 50—100 мг. кокарбоксилаза, ҳамда 12—15 бирлик инсулин).

Бу босқичда кетган қон миқдори аниқ ҳисобланиш шарт. Қон кетишни тўхтатишга ишонч бўлмаса, 500 мл. дан ортиқроқ қон кетган бўлса қон қўйишни бошлаш лозим.

Агарда қон кетиши тўхтамас ёки янгидан қон кета бошласа (600 мл. дан 1 л. гача), унда гипотония билан курашнинг иккинчи босқичига ўтилади. Бу босқичнинг асосий вазибалари шулардан иборат:

Қон кетишни тўхтатиб, кўп қон кетишга йўл қўймаслик, кетган қоннинг ўрнини қон ва қон ўрнини босувчи эритмалар билан 1:1 нисбатда тўлдириш, компенсациядаги қон кетишни декомпенсация даражасига ўтишга йўл қўймаслик, қоннинг реологик ҳолатини нормаллаштириш. Иккинчи босқич тадбирларига қўйидагилар кирди:

1. Простенон препаратини қўллаш (бачадон мускули орасига 1 мл. простенон юбориш) ёки қон кетишини тўхтатишнинг рефлектор ва механик усулларини қўллаш;

2. Инфузион-трансфузион даволаш, гемотрансфузия, плазма ўрнини босувчи (альбумин, протени) ва сунъий коллоид эритмалар) полиглюкин, реополиглюкин, полифер, желатиноль), шунинг билан биргаликда тузли кристаллоид эритмалар (Рингер-Локк эритмаси, лактосоль ва ҳоказо)ни юбориш лозим. Кетган қоннинг ўрни 80—100% га янгидан олинган донор қони билан, 20—30% га плазма ўрнини қопловчи ва турли эритмалар билан тўлдирилиши шарт. Бундан ташқари операция хонаси тайёр қилиб қўйилиши лозим. Барча

қилинадиган муолажалар оғриқсизлантирилиб қилиниши лозим.

Ҳаракатдаги қон ҳажмини тўлдиришда юрак фаолиятини ҳам даволаш керак, бунинг учун 40% ли глюкоза эритмаси, корглюкин, панангин, С, В1, В6 витаминлари, кокарбоксилаза, шунингдек антигистамин препаратлар (пипольфен, супрастин), АТФ берилади. Гипотоник қон кетишга қарши курашда бачадон бўйнига чок қўйиш, бачадон атрофи тўқималарига Генгель-Тиканадзе, Бакшеев усуллари билан қисқичлар қўйиш билан чегараланиб қолишни асосли деб бўлмайди.

Бу усуллари ўз вақтида қўллаш унчалик кўп қон кетмаганда, қўл билан бачадон бўшлиғи текширилиб кўрилиши заҳотиёқ қўлланилса яхши натижага эришиш мумкин.

Гипотониянинг дастлабки даврларида айнан турли хил интенсив даволашни қўллаш кўп қон кетишни ва ундан келиб чиқадиган асоратларни бартараф қилиши мумкин.

Шундан кейин ҳам қон кетиш тўхтамаса ёки янгиланса учинчи босқичга ўтилади. (1—1,5 л ва ундан кўпроқ қон йўқотилса).

АСОСИЙ ВАЗИФАЛАР: Қонда гипокоагуляция даражасига етмасдан бачадонни олиб ташлаш, кетган қон ўрнини тўлдиришда камчиликка йўл қўймаслик. — қуйилган қон ва қон ўрнини босувчи эритмалар нисбати 2:1 га тенг бўлмоғи зарур, нафас олиш функциясини ўз вақтида компенсация қилиш (ўлкани сунъий ҳаво алмаштириш — ИВЛ), бўйрак фаолиятини идора этиш керак бўлса сийдик ҳайдовчи дорилар қўллаш гемодинамика ҳолатини турғунлаштиради.

Учинчи босқич тадбирларига қуйидагилар киради:

1. Қон кетиш тўхтамаган, аёл аҳволи оғирлашган.

а) интубация наркози, ўпкада сунъий ҳаво алмашлаш — ИВЛ, қорин бўшлиғини очиш (операция);

б) гемодинамик ва коагуляцион кўрсаткичларни нормаллаштириш мақсадида қон кетишни тўхтатишнинг вақтинчалик усулларида фойдаланиш (бачадоннинг йирик қон томирларини боғлаш).

в) бачадон ёки унинг танасини олиб ташлаш (ампутация, экстирпация). Бу ҳолат қон кетиш суръати ва давом этиш вақти, кетган қон ҳажми ва қон уюшиш тартибига қараб аниқланади.

2. Актив ҳолда кўп қиррали инфузион-трансфузион даволашни қўллаш. Йўқотилган қон ўз ҳажмига кўра 20—30% кўпроқ қилиб тўлдирилиши, янги олинган иссиқ донор қони қўйилиши; коллоид ва кристаллоид эритмаларнинг оптимал нисбатини қўллаш (плазма, альбумин, реополиглюкин, лактосоль, глюкоза, Рингер-Локк эритмаси) — 2:1 нисбатда қўйилиши керак.

3. Ҳисобга олинган йўқотилган қон 150—200% га тўлдирилиши лозим, яъни 1 л қон йўқотилган бўлса 1,5—2 л қон қўйиш.

4. Ҳаётний аҳамиятга эга бўлган аъзолар фаолиятини тиклаш (компенсация).

Шундай қилиб, гипотоник қон кетишни бартараф этишда юқорида кўрсатилган тадбирларнинг кетма-кетлигини таъминлашга алоҳида аҳамият бериш лозим. Қон ва суюқликларни ўз вақтида қўйиш, бачадонни пайтида олиб ташлаш, дориларни фақат томир орқали юбориш муваффақият гарови бўлиши мумкин.

Кейинги йилларда гипо- ҳамда атоник бачадон қон кетишларини тўхтатишда криокоагуляторлар муваффақиятли қўлланилмоқда. Криокоагулятор бачадон ички юзасини тезлик билан совутишга мўлжалланган бўлиб бачадон қисқаришини тезлаштиради ва қон кетишини камайтиради.

Тренделенбург ҳолатини қўллаш, бачадон ичига қайта қўл билан кириш, бачадон деворини кириш, клеммаларни қайта қўйиш, бир вақтда кўп миқдорда бачадонни қисқартирувчи дориларни юбориш тавсия этилмайди. Шунингдек гипотонияда узоқ муддат консерватив даволаш усулини қўллаш ёки 1,5 л қон кетган пайтда ҳам уни давом эттириш, назоратсиз гепарин қўллаш ҳам қўтилмаган асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқдан кейинги даврда кеч қон кетиши.

САБАБЛАРИ: 1. йўлдошнинг бирор қисми бачадонда сақланиб қолиши,

2. сурункали инфекция,
3. хорионэпителиома.

ДАВОЛАШ: Бачадон бўшлиги деворини қириб тозалаш ва қирмани гистологик текшириш.

ПРОФИЛАКТИКАСИ:

1. Аёлларни болаликдан соғломлаштириш
2. Инфантилизмга қарши кураш
3. Диспансер назоратини йўлга қўйиш
4. Туғруқни рационал бошқариш
5. Бачадонни қисқартирувчи дориларни ўз вақтида белгилаш.
6. Йўлдош ажралиш ва тушиш даврини тўғри бошқариш
7. Сут безларини синхрокардиал, декомпресс уқалаш усулини қўллаш (СДМ).

Масала 1.

36 ёшли туғувчи аёл туғруқхонага ётқизилгач, 15 минутдан сўнг вазни 3950 граммли етилган қизча туғилди. 10 минутдан кейин туғруқ йўлларида кўп қон оқабошлади. Бачадон яхши қисқарган, қаттиқ, унинг туби киндик рўпарисиди бўлиб, қиндан осилиб турган киндик ҳар нафас олганда узайиб ва калталаниб турибди. Қов устига кафт қирраси билан босганда киндик ичкарига тортилади. Қон оқиш кучайиб, қон йўқотиш 400 мл га етди. Диагноз? Врач тактикаси.

Масала 2.

33 ёшли туғувчи аёл қоғоноқ сувлари кетиб, дард бошлангач 6 соатдан кейин туғруқхонага ётқизилди. 10 минутдан сўнг вазни 4250 гр, узунлиги 56 см қизча туғилди, 5 дан кейин йўлдош ажралиб чиқди, йўлдошнинг ҳамма бўлаклари, пардалари бутун туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималари шикастланмаган. Бачадон туби киндикдан 3 бармоқ эни юқорида пайпасланади, аёл йўлдош даврида 250 мл қон йўқотди, қон кетиш давом этаяпти. Сийдик луфаги катетеризация қилиниб сийдик чиқарилди, қорин пастигамуз халта қўйилди, вена томири ичига 40% ли глюкозанинг 20 мл эритмасига 1 мл метилэргометрия қўшиб юборилди, бачадон қорин девори устидан массаж қилинди,

натихада бачадон қисқариб, қон кетиш тўхтади, аммо 1—2 минутдан кейин такрор қон кетиш бошланиб, катта қон лактаси тушди, йўқотилган қон миқдори 500 мл дан ошиб кетди.

ДИАГНОЗ: Нима қилиш керак.

Контрол саволлар.

1. Йўлдош туғилиши даврида ва туғруқдан кейин дастлабки соатларда қон кетиш сабаблари.
2. Плацентанинг ажралиши белгилари ва уни ажратиб олиш усуллари.
3. Плацентани қўл билан ажратиб олишга кўрсатмалар.
4. Плацентанинг бачадон деворига патологик ёпишиш шакллари ва бу патологияларда акушерлик тактикаси.
5. Гипо-атоник қон кетиш ҳақида маълумот.
6. Туғруқдан кейин дастлабки соатларда қон кетишда духтурлар томонидан кўрсатиладиган ёрдам.

Амалий маҳорат.

1. Плацента ажралишининг белгиларини аниқлай олиш.
2. Плацентани ажратиб чиқара олиш.
3. Қон кетишни тўхтатишининг ташқи ва қин орқали қўлланиладиган усулларини бажара олиш.
4. Қон ва ўрнини босувчи суюқликларни қуйишни ўрганиш.

А д а б и ё т л а р.

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П. — Акушерство, учебник. М. 1986 г. — С. 347—357.
2. Бакшеев Н. С. — Маточное кровотечение в акушерстве. — Киев, 1970.
3. Практическое акушерство. Под редак. Серова В. Н., Стрижакова А. Н., Маркина С. А. — М. 1989. — Гл. XV. С. 359—364.
4. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений при беременности и в родах. Методические рекомендации МЗ СССР, М. 1987 г.
5. Релина М. А. Кровотечение в акушерской практике. — М. 1986. С. 63—79.

Мавзу: ҲОМИЛАНИНГ НОТУҒРИ ЖОЙЛАШИШИ АКУШЕРЛИК БУРИШЛАР

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ. Ҳомиланинг нотўғри жойлашганлигини ўзлаштириб, унга тўғри диагноз қўйишни ўрганиш, уни тўғрилаш шароити, кўрсатмалари ва кўрсатмаларга қаршилиқларни ишлаб чиқиш, ҳомилани ташқи ва ташқи-ички буриш операцияси техникасини ўрганиш.

ВАЗИФАЛАР. 1. Ноқулай вазиятлар ҳақида маълумот.

2. Ҳомилани ноқулай вазиятга олиб келувчи сабаблар.

3. Акушерлик бурилишининг кўрсатмалари ва шарт-шароитлари.

4. Акушерлик буришнинг турлари ва техникаси.

5. Акушерлик буришнинг она ва бола учун хавфлари ва асоратлари.

МАШҒУЛОТ ЖОИИ. Уқув хонаси, ҳомиладорлар патологияси палатаси туғруқ бўлмаси, аёллар консултацияси.

ҚУРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР. Фантом, чаноқ, қўғирчоқ ва нотўғри жойлашган, акушерлик буриш турлари тасвирланган расмлар.

МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ. Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши деб шундай клиник ҳолатга айтиладики, бунда ҳомила ўқи бачадон ўқи билан кесишган бўлади. Бундай ҳолатларга ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ жойлашишлари киради ва улар барча туғруқларнинг 0,5—0,7%ини ташкил қилади.

Ҳомиланинг кўндаланг ётиши деб (*situs transversus*) шундай ҳолатга айтиладики, бунда ҳомиланинг ўқи бачадоннинг бўйлама ўқи билан тўғри бурчак ҳосил қилади, ҳомиланинг қийшиқ жойлашишида (*situs obliquus*) эса ҳомила ўқи бачадон ўқи билан ўткир бурчак остида кесишади. Ҳомила кўндаланг жойлашаши-

нинг тури орқасига қараб, позицияси эса бошга қараб аниқланади, яъни боши чапга қараган бўлса — биринчи позиция, ўнга қараган бўлса — иккинчи позиция дейилади.

Ҳомила нотўғри жойлашиши сабабларига қўйидаги омиллар киради: қоғоноқ сувининг кўплиги, эгиз ҳомиладорлик, тор чаноқ, йўлдош олдинда ётиши, қорин олдинги деворининг бўшашганлиги, бачадон ва ҳомиланинг яхши ривожланмаганлиги, калта киндик ва бошқалар.

ДИАГНОЗ. Ҳомиланинг кўндаланг (қийшиқ) вазиятини аниқлаш унчалик қийин бўлмайди. Бачадон кўндаланг овал шаклда бўлиб, унинг туби ҳомиланинг бўйлама вазиятидагига нисбатан пастроқда туради, чаноқ оғзининг устида олдинда ётувчи қисми бўлмайди. Ҳомиланинг боши ва чаноқ томони бачадоннинг ён бўлимларида жойлашган бўлади. Ҳомиланинг юрак уриши киндик рўпарасида, ҳомила боши қайси томонда ётган бўлса, ўша томон яқинидан аниқ эшитилади.

Қин орқали текшириш ҳомиланинг кўндаланг ётганини кўрсатувчи ҳеч қандай аниқ маълумот бермайди. Шу сабабли ҳомиланинг нотўғри жойлашганлигини аниқлаш қийин бўлганда ультратовуш ва рентгенография усулларини қўллашга тўғри келади. Фақат туғруқ вақтида ҳомила пўфаги ёрилгач қин орқали текшириш ҳомиланинг кўндаланг (қийшиқ) жойлашганлигини тасдиқлайди, шунингдек бачадон бўйни орқали ҳомила елкаси, қовурғалари, ўмрови ёки курагини ва умуртқаларнинг қиррали ўсиқларини пайпаслаб топса бўлади.

Шуни назарда тутиш керакки, ҳомила кўндаланг (қийшиқ) ётганда қинга кўпинча қўли, баъзан киндик қовузлоғи чиқиб қолади. Қўли чиқиб қолганда кўлтиги осонгина пайпаслаб топилади ва шунга қараб ҳомила боши қай томонга қараганини, яъни позицияни билиш мумкин. Агар қўлтик чуқурчаси чап томонда берк бўлса, биринчи позиция бўлади ва аксинча. Шунингдек кўрсатиб ўтилган ҳолатларда қинга қўл ёки оёқ чиқиб қолганини аниқлаш керак. Бунда қўйидагиларга эътибор берилади: оёқ тизза қопқоғи ва товон дўмбоғидан билинади, оёқ бармоқлари деярли бир хил узунликда бўлиб, бош бармоғи керилмайди, қўл

панжаси билакка бўртмасиз ўтади, қўл бармоқлари оёқ бармоқларидан узунроқ, бош бармоғи керилади ва кафтга томон букилади. Қайси қўл: ўнг ёки чап чиқиб қолганини аниқлаш ҳам муҳим ҳисобланади. Бунинг учун ҳомиланинг қинга чиқиб қолган қўли билан фикран «саломлашиш» керак, агар шунинг иложи бўлса — ўнг қўл чиқиб қолган, «саломлашиб» бўлмаса — чап қўл чиқиб қолган бўлади. Ўнг ёки чап қўл чиқиб қолганини ва позицияни билиш турни осонроқ аниқлашга ёрдам беради. Биринчи позицияда ўнг қўлнинг чиқиб қолганлиги олдинги турни, чап қўлнинг чиқиб қолганлиги орқа турни кўрсатади. Иккинчи позицияда ўнг қўлнинг чиқиб қолганлиги олдинги турни, чап қўлнинг чиқиб қолганлиги орқа турни кўрсатади. Ҳомила кўндаланг (қийшиқ) ётгандаги туғруқ патологик туғруқ бўлиб, кўпинча она ва ҳомила учун хавфли асоратлар қолдиради. Шунинг учун бундай ҳомиладорликни ўз вақтида аниқлаш ва тўғри диагноз қўйиш керак.

Ҳомиланинг нотўғри жойлашишида ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқ ўзига хос баъзи бир хусусиятларга эга. Ҳомиладорлик бирор бир асорат қолдирмасдан кечада, баъзан чала туғиш, вақтидан олдин сув кетиши мумкин.

Қоғоноқ сувининг вақтидан олдин кетиши асосий асоратлардан бири ҳисобланади. Ҳомила кўндаланг (қийшиқ) ётганда олдинда ётувчи қисм йўқ, олдинги ва орқа сувлар бир-биридан чегараланмаган бўлади, дард тутганда қоғоноқ сувларининг ҳаммаси пастга интилади, натижада ҳомила пуфаги олдинроқ ёрилади.

Вақтидан олдин сув кетиши натижасида ҳомила қўли ёки киндик қовузлоғи сув билан чиқиб қолиши, ҳомила гипоксияси, ҳориоамнионит, ҳатто бачадон ёрилиш каби асоратлар кузатилиши мумкин.

Ҳомила кўндаланг вазиятининг ўтказиб юборилганлиги деб шундай ҳолатга айтиладики, бунда сув кетгандан кейин бачадон қисқариб, деворлари ҳомилани ўраб қисиб қўяди, ҳомила қимирламайдиган бўлиб тикилиб қолади. Кўндаланг ётган ҳомила дард тутган бачадоннинг ўта чўзилган пастки сегментига тушади, бу сегмент деворлари юпқа тортади, ҳомиланинг умуртқа погонаси, айниқса бўйин қисмидан букилади, ел-

каси чаноққа суқилиб қолади, чиқиб қолган қўли шишиб, кўкариб кетади. Ҳомиланинг кўндаланг жойлашишининг ўтказиб юборилиши туғруқнинг хавфли асорати бўлиб, кўпинча ҳомиладорлик вақтида ёрдам кўрсатмаслик, вақтида тўғри диагноз қўя олмаслик туфайли юзага келади.

Ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни бошқариш.

Агар ҳомиланинг кўндаланг (қийшиқ) жойлашганлиги ҳомиладорликнинг 28—34 ҳафталарида аниқланса уни бўйлама ҳолатга келтиришга имконият бор. Бунинг учун ҳомиланинг пастда ётган йирик қисми (боши, думбалари) аёлнинг қайси ёнида бўлса, ўша ён билан ётиш тавсия этилади.

Ҳомиланинг жойлашишини тўғрилашда И. И. Грищенко ва А. Е. Шулешовойларнинг вазиятни тўғрилаш мақсадида тавсия этган гимнастикаси ҳам аёллар консультацияларида мунтазам равишда олиб борилиши керак.

Агар ҳомила нотўғри жойлашиши ҳомиладорликнинг 35—36-нчи ҳафталарида ҳам сақланиб қолса, бунда аёл туғруқхонага ётқизилади ва туққунча ўша жойда қолади.

Туғруқхонада врач ҳомилани кўндаланг (қийшиқ) вазиятдан бўйлама вазиятга буришга ташқи усуллар билан урилиб кўриши мумкин.

Туғруқни бошқаришда қуйидаги ҳолатларга эътибор бериш керак.

1. Ҳомила нотўғри жойлашишида туғруқ ўз ҳолича тугамайди (ҳомила бурилиши ва айланиши жуда кам кузатилади).

2. Табиий туғруқ йўллари орқали туғишга рухсат бериш (ҳомилани айлангандан кейин оёғидан тортиб олиш) жуда мураккаб бўлиб техникаси жиҳатидан онага зарар етказмайди, лекин бунда ҳомиланинг ўлик туғилиши кўп кузатилади. Шуларни ҳисобга олиб ҳомила кўндаланг жойлашишида туғруқ кўпинча кесар кесиш операцияси орқали амалга оширилади.

Бу операция қуйидаги ҳолатларда қўлланилади.

1. Утгиз ёшдан ошган биринчи марта туғувчи аёлларда. 2. Кўндаланг жойлашишининг бошқа акушерлик патологиялар билан бирга учрашишида (тор чаноқ,

йўлдошнинг олдинда ётиши ёки жинсий органлардаги ўсмалар.

Агар туғруқ табиий йўллар орқали олиб боришга рухсат этилган бўлса, аёл бачадон бўйни тўлиқ очилгунча ётқизилиб қўйилади, бу билан ҳомила пуфаги сақлаб қолинади. Бачадон бўйни тўлиқ очилгандан кейин ҳомила пуфаги ёрилади ва ҳомила айлантриб тортиб олинади.

Ҳомила қийшиқ жойлашган бўлса, аёл ёнбош билан, яъни қайси томонда ҳомиланинг катта қисми чаноқ оғзига яқин турган бўлса ўша томон билан ётади. Ҳомиланинг катта қисми пастга тушиши натижасида ҳомила бўйлама вазиятга келади. Агар ёнбош ётқизиш билан ҳомиланинг қийшиқ вазияти тўғри бўлма-са, кесар кесиш операцияси қилинади.

Акушерлик буриш деб, ҳомиланинг нотўғри вазиятдан бошқа, акушерлик нуқтан назардан яхши, ҳамма вақт бўйлама вазиятга келтирилишига айтилади.

Акушерлик буришнинг барча турлари икки гуруҳга бўлинади.

1. Ташқи буриш ёки Б. А. Архангельский усули бўйича профилактик буриш.

2. Ташқи-ички ёки қўшма гуруҳланган буриш.

Ташқи ёки профилактик буришга кўрсатмалар қуйидагилардан иборат.

1. Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ вазияти.

Буриш шартлари:

1. Ҳомиладорлик муддати 35—36 ҳафталик бўлиши.

2. Ҳомиладор аёл розилиги.

3. Ҳомиланинг яхши ҳаракатчанлиги.

4. Туғруқ дардларининг йўқлиги.

5. Ҳомила вазияти ва тури аниқланганлиги.

6. Чаноқ ва ҳомила боши ўлчамларининг бир-бирига мос келиши.

7. Тирик ҳомила.

Қарши кўрсатмалар (зиддиятлар).

1. Қўп ва кам сувлилик.

2. Эгиз ҳомиладорлик

3. Бачадондаги чандиқлар

4. Ҳомиладорликнинг узилиб қолиш хавфи

5. Йирик ҳомила

6. Плацентанинг олдинда ётиши

Операция техникаси.

Операциядан олдин ичаклар тозаланади, сийдик пуфаги бўшатилади, бачадонда ҳомиланинг вазияти, тури аниқланади. Диагнозни аниқлаш мақсадида ультратовуш аппарати орқали текширилади. Бунда ҳомила аъзоларининг ва йўлдошнинг қай тариқа жойлашганлиги аниқланади. Спазмолитиклар (ношпа ва бошқалар), наркотик анальгетиклар (промедол, омнопон ва бошқалар) юборилади.

Буриш вақтида аёл қаттиқ кушеткада чалқанча ётқизилади, оёқлари тиззасидан букилган ҳолатда бўлиши керак.

Буришни бажарувчи врач аёлнинг ўнг томонида ўтиради ва бир қўлини ҳомила бошига, иккинчисини ҳомила чаноғига қўяди. Кейин оҳиста ҳаракатлар билан ҳомила бошини аёл чаноғига, ҳомила чаноғини эса бачадон тубига томон буради. Шу бўйлама вазиятни сақлаб қолиш учун аёл қорнининг икки ён томонига чойшабдан буклаб тайёрланган валик қўйиб бинт билан аёл қорнига бойлаб қўйилади. Баъзан ташқаридан буриш натижа бермайди. Шундай вақтларда ҳомилани туғруқ вақтида ташқи-ички ёки қўшма буришнинг классик усули қўлланилади.

Асоратлари.

1. Туғруқнинг вақтидан олдин бошланиши.
2. Плацентанинг вақтидан олдин кўчиши.
3. Бачадон ёрилиши
4. Рецидивлар
5. Ҳомила ўлими ва бошқалар.

Ҳозирги вақтда акушерлик амалиётида ҳомилани ташқаридан буришнинг профилактик усули кам қўлланилади.

Ҳомилани ўз вақтида классик ташқи-ички акушерлик буриш.

Бу операцияда врачнинг бир қўли қин орқали бачадонга тўлиқ киргизилади ва ташқи томондаги иккинчи қўл ёрдамида ҳомиланинг оёғи излаб топилади. Ташқи қўл буришни бажаради ва ҳомилани бўйлама вазиятга, оёғи олдинга жойлашган ҳолатга келтиради.

Кўрсатмалар.

1. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ вазиятда жойлашиши.

2. Ҳомила бошининг олдинда нотўғри ётганлиги ва нотўғри суқилганлиги (пешанасининг олдинда ётиши, юзи олдинда туришининг орқа тури, орқадаги асинклизм ва бошқалар).

3. Ҳомила боши олдинда ётганда киндиги ва майда бўлақларининг чиқиб қолиши.

4. Она ва ҳомиланинг ҳаётини таҳликага солиб қўядиган кўнгилсиз ҳодисалар ва касалликлар (плацентанинг барвақт кўчиши ва ҳоказо).

Шартлари:

1. Бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши.

2. Ҳомила пуфагининг бутунлиги ёки сувнинг яқин орада тўкилганлиги (ҳомиланинг бачадонда ҳаракатчанлиги).

3. Чаноқ ва ҳомила ўлчамларининг бир-бирига тўғри келиши.

4. Тирик ҳомила.

Қарши кўрсатмалар (зиддиятлар).

1. Вақтидан ўтиб кетган кўндаланг ҳомила.

2. Бачадон ёрилиш хавфини билдирувчи белгилар пайдо бўлиши.

3. Кесар кесиш ёки консерватив миомэктомиядан қолган бачадондаги чандиқлар.

4. Анатомиқ тор чаноқ.

5. Табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қаршилик қилувчи омиллар.

6. Ўлик ҳомила.

Операцияга тайёрлаш учун сийдик пуфаги бўшатилади, ташқи жинсий аъзолар тозаланади, шунингдек соннинг юзидаги қисми ва оралиқ тозаланиб йод ва спирт билан артилади. Акушер қўлларини ювади, спирт билан артади. Наркоз чуқур бўлиб, бачадон мушаклари ва қорин деворлари бўшаштирилиши керак.

Операция услуби.

Операция уч босқичдан иборат.

1. Қўлни танлаш ва уни киритиш.

2. Оёқни топиш ва ўшлаш.

3. Ҳомилани буриш.

Биринчи босқични бажариш вақтида қуйидаги лаҳзаларга эътибор бериш керак.

1. Буришни позицияга мос қўл билан бажариш керак. Масалан кўндаланг жойлашишнинг биринчи позициясида (бош чапда) ва бош олдинда ётишнинг биринчи позициясида (орқаси чапда) чап қўл киргизилади, иккинчи позицияда — ўнг қўл.

2. Бармоқларни конуссимон қилиб, қўл ичкарига киритилади. Бунинг учун қўлнинг ҳамма бармоқлари яқинлаштирилади ва конусга ўхшатиб бирлаштирилади. Иккинчи қўл бармоқлари жинсий лабларни икки томонга қаратиб очади, шундан сўнг конуссимон қўл кафтини орқага қаратган ҳолда қинга киргизилади ва ҳомила пуфагини ёради, бармоқлар бачадон бўшлиғига киритилади, бу ҳаракатларни у сувнинг тезда тўкилиб кетишига тўсқинлик қилган ҳолда бажаради.

3. Бачадон бўшлиғига юборилган қўлни ҳаракатлантириш учун олдинда ётган бош халақит берадиган бўлса, бунда ўша қўл билан бош юқорига итарилади, ташқарида, қориннинг олдинги деворида турган қўл билан эса ҳомиланинг орқаси сурилади. Шундай қилиб ҳомила кўндаланг жойлашишида унинг олдинда ётган елкаси четга сурилади.

Иккинчи босқич қуйидаги лаҳзалардан иборат.

1. Оёқни топиш — «қисқа» ва «узун» йўл билан бажарилади. «Қисқа йўл» — қўл тахмин қилинган оёқ томон йўналтирилади, «узун йўл» — дастлаб ҳомила елкаси топилади, шундан сўнг думба, сон ва болдир пайпаслаб топилади.

2. Оёқни ушлаш. Топилган оёқни синдириб қўймаслик учун ҳамма бармоқлар билан болдирган ушланади, бош бармоқ эса бўйламасига қўйилади.

Учинчи босқич — ҳомилани буриш, оёқни ушлаб дастга йўналтирганда бажарилади. Бунда ташқи қўл билан ҳомила боши бачадон тубига олиб келинади. Жинсий ёриқдан тизза ости чуқурчаси кўриниб, бош бачадон тубида бўлса, буриш тугатилган ҳисобланади, яъни оёқ олдинда ётишнинг тўлиқ бўлмаган ҳолати юзага келади.

Операция вақтида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин:

— киндик қовузлоғининг чиқиб қолиши,

- бачадон бўйнининг спазми,
- ҳомила асфиксияси —
- йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши. Шунинг

учун

1. Пульсацияли киндик қовузлоғи чиқиб қолса буриш давом эттирилади, сўнгра эса бола албатта тортиб олинади.

2. Бачадон бўйнининг спазми бўлса, бунда қўл бачадонда аввалги ҳолатида ҳаракатсиз қолдирилади, наркоз чуқурлаштирилади, тери остига атропин юборилади. Агар булар ёрдам бермаса, операция тўхтатилади.

3. Агар оёқ ўрнига ҳомиланинг қўли чиқиб қолса, ушлаб туриш учун докадан қилинган осма илгак кийгизилади. Иккинчи марта қўлни бачадонга киргизиб ҳомила бурилади. Операция ҳомилани тортиб олиш билан тугалланиши керак.

4. Ҳомила бурилгандан сўнг операция ҳомилани тортиб олиш ва агар гипоксия бўлса, шунга қарши кураш чораларини ўтказиш билан тугалланади. Операция кўпинча ҳомила учун ноҳуш бўлиб тугалланиши мумкин. Бунда гипоксия ва перинатал ўлим 80% ҳолларда кузатилади. Шунинг учун ҳомилани ўз вақтида классик буриш кесар кесиш операцияси мумкин бўлмаган ҳомиладорларда, туғилиш кўп бўлган регионларда, кўп тўққан аёлларда қўлланилиши мумкин.

**Бачадон бўйни тўлиқ очилмаганда ташқи-ички буриш
(Брекстон — Гикс бўйича)**

Бу операцияга кўрсатма бўлиб муддатига етмаган ҳомиладорлик, плацентанинг олдида ётиши ҳисобланади.

Брекстон—Гикс усули бўйича буриш асосан бачадон бўйни камида 4—5 см очилгач бажарилади. Операция техникаси қуйидагича: қўлнинг ҳамма бармоқлари қинчига киргизилади, шундан сўнг фақат кўрсаткич ва ўрта бармоқ бачадон бўшлиғига киритилади. Ташқи қўл билан ҳомила чаноғи босилади, бунда ҳомила чаноғи аёл чаноғига кириш йўли томон йўналиши керак, акушер тўғри келган оёқни ушлаб, пастга тортади. Тортиб чиқарилган оёққа докали бинтдан қилинган илгак кийгизилади ва 200 гр. юк осиб қўйилади. Юк

думба туғилгач, олиб ташланади. Операциядан мақсад ҳомила оёғи ва думбаси билан плацентани қисиб қуйиб, шу билан қон оқишни тўхтатишдир. Операция натижасида онадан қон кетиш кучайиши, баъзан эса бачадон пастки сегменти ёрилиши мумкин. Шунинг учун ҳозирги акушерлик амалиётида Брекстон-Гикс усули бўйича буриш операцияси қўлланилмайди, унинг ўрнига кесар кесиш операцияси қўлланилади.

МАСАЛА

30 ёшли тақрор ҳомиладор аёл туғруқхонага ётқизилди. Ҳомиладорлик муддати 35 ҳафталик. Ҳомила кўндаланг вазиятда бўлиб, боши чапда, ҳомиланинг юрак уриши тиниқ, ритмик, минутига 136 марта. Қоғоноқ суви оқиб кетмаган. Ажралмалар шиллиқ. Ҳомиладор соғлом, токсикоз белгилари йўқ, ҳомиладорлик асорат қолдирмай кечган. Қонли ажралмалар ҳомиладорлик вақтида ва илгариги ҳомиладорликларда бўлмаган.

Диагноз: Ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси

МАСАЛА

25 ёшли биринчи марта туғувчи аёл туғруқхонага ётқизилди. Туғруқ ўз вақтида. 2 соат олдин сув кетган, туғруқ кучлари йўқ. Чаноқ ўлчамлари 26—28—30—20 см. Ҳомиланинг тахминий оғирлиги 3400 г., ҳомила кўндаланг вазиятда, боши ўнг тарафда. Юрак уриши тиниқ, ритмик, минутига 136 марта. Қоғоноқ суви оз-оздан оқаяпти, ранги тиниқ.

Диагноз. Врач тактикаси.

Контроль саволлар.

1. Ҳомила нотўғри жойлашиши деб нимага айтилади ва уларнинг хилларини айтиб беринг.
2. Ҳомила кўндаланг жойлашишининг келиб чиқиш сабаблари.
3. Ҳомила кўндаланг ва қийшиқ жойлашганлигини аниқлаш усулларини айтиб беринг.
4. Ушбу аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш, туғруқни олиб бориш.

5. А. Е. Шулецова ва И. И. Гришченко услубларининг моҳияти.

6. Б. А. Архангельский услуги бўйича ташқи буришга кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар ва унинг техникаси.

7. Кўндаланг ҳомила асоратлари ва уларнинг олдини олиш.

8. Вақтидан ўтиб кетган кўндаланг ҳомила диагностикаси.

9. Классик акушерлик буришга кўрсатмалар, шартлари, уни оғриқсизлантириш, операция техникаси.

Амалий маҳорат

1. Ташқи текшириш усули ва ультратовуш ёрдамида ҳомиланинг нотўғри жойлашганлигини аниқлаш.

2. Қин орқали текширилганда ҳомиланинг нотўғри вазиятини аниқлаш.

3. Ташқи профилактик буриш техникасини ўрганиш (Б. А. Архангельский усули).

4. Ташқи-ички ёки қўшма гуруҳланган буриш.

Адабиётлар.

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшченков А. П. Акушерство. М. Медицина, 1986 г. стр. 326—329, 443—446.

2. Малиновский М. С. Оперативное акушерство, М., 1967 г. стр. 105—109, 183—210.

3. Сольский Я. П. Практическое акушерство, Киев, Здоровье, 1977 г. стр. 446—450.

4. Ельцов-Стрелков В. И., Мареева Е. В. Акушерство. Учебное пособие, М., 1988 г. стр. 131—134, 212—222.

5. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М. Практическое пособие по программированному обучению. Киев, 1976 г. стр. 80—85.

МАВЗУ: АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧИ ВА ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ

Машғулотнинг мақсади:

Акушерлик қисқичини солиш ва вакуум-экстрактор ёрдамида ҳомилани тортиб олиш кўрсатмалари, шарт-шароитлари ва техникасини ўзлаштириш.

Вазифалар:

1. Акушерлик қисқичи, вакуум-экстракторнинг турлари тузилишини ўрганиш.
2. Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстрактор солишга тааллуқли кўрсатмалар билан танишиш.
3. Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстрактор солиш шарт-шароитларини ўзлаштириш.
4. Чаноқ бўлигига ва унинг чиқиш қисмларида солиннадиган қисқич ҳамда вакуум-экстрактор солиш техникасини ўзлаштириш.
5. Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстракция асоратлари билан танишиш.

Машғулот жойи:

Уқув хонаси, туғруқ бўлими.

Кўргазмали қуроллар:

Фантом, қўғирчоқ, акушерлик қисқичи, вакуум-экстрактор, таблицалар.

Машғулот мазмуни.

Акушерлик қисқичи.

Акушерлик қисқич — туғруқни тез тугаллаш зарур бўлган ҳолатларда тирик етук ҳомила бошига қўйиб тортиб олиш учун қўлланиладиган асбобдир.

XVII аср бошларидаёқ шотланд врачн Чемберлен акушерлик қисқичини ишлатганлиги маълум. Аммо Чемберленлар авлоди қисқичнинг тузилишини сир тутиб, бу асбобдан шахсан бойиш учун кенг фойдаланганлар.

XVII аср бошларида Пальфин ўзининг қисқич моделини ихтиро этиб, Париж фанлар академиясига шу тўғ-

рида ахборот берган. Қичқичнинг тузилишини кейинчалик кўпгина ажнабий авторлар (Левре, Смелли, Симпсон-Негели ва бошқалар) ва ватанимиз таниқли акушерлари такомиллаштирганлар. Россияда акушерлик қисқичини Москва университетининг профессори Эразмус 1765 йилда биринчи марта ишлатган. Тўнғич рус акушери Н. М. Максимович — Амбодик қисқич солиш операциясини акушерлик практикасига жорий қилишга ёрдам берган. Таниқли рус акушерларидан Г. И. Қоралев, А. Я. Крассовский, Н. М. Феноменов, И. П. Лазаревич ва бошқалар қисқич солиш операциясини янада такомиллаштирганлар.

Инглиз Симпсон қисқичининг Феноменов модификацияси ҳозир кўпроқ қўлланилади. Симпсон қисқичи ўртасидан бир-бири билан кесишадиган икки тармоқдан иборат. Ҳар бир тармоқ уч қисмдан тузилган: дарчали қошиқи, қулф тармоқлари ва даста. Қисқич қошиқлар орасида турган бошни тортиб олишга ёрдам беради. Қисқич қулфи ва дастаси ҳомила бошини тортиб олишда операцияни бошқарувчи дўхтир учун яхши таянч ҳисобланади. Инглиз қисқичининг иккита эгрилиги, яъни бош ва чаноқ эгриликлари бор. Бош эгрилиги ҳомила бошини ушлашга мослашган; чаноқ эгрилиги чаноқ ўтказувчи ўқининг қайрилган шаклига мос келади. Қисқичнинг ҳар бир қошиғи қиннинг (чаноқнинг) чап ва ўнг томонига киритилади. Биринчи қошиқ, чап қошиқ деб аталиб, ҳамиша биринчи қўйилади, бу қошиқнинг қулфдаги қисми иккинчи (ўнг) тармоқ қулфининг остида туради. Иккинчи қошиқ чаноқнинг ўнг томонига киритилиб ва у ўнг қошиқ деб аталади. Ўнг қошиқ ҳамиша чап қошиқдан кейин киритилади; Қисқич тармоқларини қовуштириш учун шундай қилиш зарур.

Симпсон — Феноменов қисқичлари ҳомила бошининг чаноқ бўшлиғида ва чиқиш қисмида жойлашган пайтларда қўйилади.

Чаноқ эгрилиги йўқлиги сабабли Лазаревич қисқичи фақат ҳомила бошининг IV текислигида жойлашган ҳолатида ишлатилади.

Она ва ҳомила ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида туғ-

руқни тез тугаллашни тақозо қиладиган касалликлар ва кўнгилсиз ҳодисалар акушерлик қисқичини солишга тааллуқли кўрсатмалардан ҳисобланади.

Уларга қуйидагилар киради:

1. Туғруқ кучларининг иккиламчи сустлиги ва ҳомила бошининг чаноқда узоқ вақт бир жойда туриши.

2. Оғир гестозлар (нефропатия, преламисия, эклампсия).

3 Юрак, томир системаси, ўпка ва бошқа органларнинг оғир касалликлари.

4. Ҳомила асфиксияси ва бошқалар.

Қисқич солиш шарт-шароитлари.

1. Ҳомиланинг тириклиги.

2. Бачадон бўйни тўла очилганлиги.

3. Ҳомила пуфагининг йўқлиги.

4. Ҳомила бошининг чаноққа мос бўлиши ва унинг катта эмаслиги.

5. Нормал чаноқ.

6. Ҳомила боши чаноқнинг III ёки IV текислигида жойлашганлиги.

Ҳомила боши чаноқнинг чиқиш текислигида турганда қисқич солиш осон бўлади ва қисқич «чиқиш қисқич» деб аталади. Ҳомила чаноқ бўшлигида турганда бошига солинадиган қисқич «бўшлиқ қисқичи» деб аталади. Бўшлиқ қисқичини солиш техникаси мураккаброқдир.

Операциядан олдин аёл қин орқали текширилади. Энса олдинда ётишининг олдинги тўрида ҳомила боши чаноқдан чиқиш тешигида бўлиб, ўқ-ёйсмон чокни тўғри ўлчамда туради, кичик лиқилдоғи симфизга, катта лиқилдоғи думғазага қараган бўлади.

Операция қуйидаги лаҳзалардан иборат:

1. Қисқич қошиқларини қинга киритиш.

2. Қисқич тармоқларини қовуштириш.

3. Синаб кўриш тракциясini ўтказиш.

4. Асл тракцияни бажариш.

5. Қисқични бошдан ечиш.

1. Операцияни бажариш учун қисқичнинг чап қошигини чап қўлга олиб, қиннинг чап ярмига, ўнг қошигини ўнг қўлга олиб, қиннинг ўнг ярмига киритилади. Ҳомила боши чаноқдан чиқиш тешигида турган бўлса,

қисқич қошиқлари чаноқнинг кўндаланг ўлчамига тўғри келади. Айни вақтда қисқич қошиқлари ҳомила бошининг тепа думбоқлари ва қулоқлар соҳасига жойлашиб, кичик лиқилдоқ (ўтказувчи нуқта) қисқич сатҳида туради.

2. Қисқич қошиқларини қовуштириш учун ҳар бир қошиқ дастаси бир қўлда ушланади ва қулфлар бирига яқинлаштирилади. Қисқич қошиқлари тўғри солинса, дарров жуфтлашади.

3. Синаб кўриш тракцияси. Қисқич қошиқлари жуфтлаштирилган, уларнинг ҳомила бошидан сирғаниш-сирғанмаслиги текширилади. Шу мақсадда қошиқларнинг дасталари ўнг қўлда ушланади, чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи ҳомила бошига тегиб турган ҳолда, ўнг қўлда тортиб кўрилади. Қисқич кетидан ҳомила боши силжиса, ишора бармоқ ҳомила бошига тегиб тураверса, демак қисқич тўғри қўйилган. Қисқич сирғаниб кетса, ишора бармоғи ҳомила бошидан узилиб келса, қисқичнинг нотўғри қўйилганлиги аниқланади.

4. Асл тракция орқали ҳомила бошини тортиб олишга киришилади. Қисқичнинг қулф қисми ўнг қўлда бўлиб, иккита бармоқ бўш илмоқларнинг устида туради, даста эса чап қўлга олинади.

Табний туғруқ кучларининг таъсирига амал қилиб, ҳомила боши уйғун ҳаракатлар билан тортилади (тракция); ҳар бир тракция 1—2 минутга чўзилади. Тракциялар орасида 12 минут дам (пауза) берилади.

Ҳомиланинг миясига қисқичнинг таъсирини камайтириш кераклигини ҳисобга олиб, қисқич қошиқларининг дасталари орасига латта қўйилади.

Тракцияларнинг йўналиши ҳомила бошининг ўтказувчи нуқтаси билан чаноқнинг ўтказувчи ўқига мос бўлиши лозим. Бунинг учун тракция йўналиши операторга қаратилиши керак, қисқич дасталари ўнг қўлга олиниб ёриб чиқаётган бош билан бирга юқорига йўналтирилади, чап қўл билан эса оралиқ ҳимоя қилинади. Тракциялар юқорига йўналган пайтда ҳомила боши ёриб туғилади.

4. Қисқични олиш.

Ҳомиланинг энса ва тепа думбоқлари чиқарилгач

қисқични олиш ва кейин ҳомила бошини оддий туғруқ-даги каби қўлда бўшатиш мумкин. Қисқич қошиқлари тескари тартибда олинади.

Йўлдош тушгач, бачадон бўйни кўзгулар билан текширилади, кейин бачадон деворлари қўл билан текширилади.

ВАКУМ-ЭКСТРАКЦИЯ

Ҳомилани вакуум экстрактор ёрдамида туғдириш акушерлик замонавий оператив методларига киради. Бу операция вакуум-экстракция деб аталади.

Вакуум-экстрактор вакуум-аппарат ва паллалардан иборат. Вакуум аппаратда манфий босим вужудга келтирилади. Аппаратнинг ишлаш принципи палланинг ички юзаси билан ҳомила боши ўртасида вакуумметрик босим вужудга келтиришга асосланган. Айни вақтда ҳомилани тортиб олиш учун зарур тракция имкониятини берадиган тиркашиш кучи вужудга келатди.

Асосий кўрсатмалар:

1. Туғруқ кучларининг сустлиги.

2. Ҳомиланинг енгил асфиксияси.

Операция шарт-шароити ва тортиб олиш йўллари акушерлик қисқичи солиш операциясига мосдир.

Вакуум экстрактор палласи ҳомила бошининг кичик лиқилдоқ соҳасига қўйиладди, аппарат палласи қўйилгач, манфий босим $0,4-0,5 \text{ кг/см}^2$ гача, тракцияларда $0,7-0,8 \text{ кг/см}^2$ гача, етказилади.

Бу операция акушерлик қисқич қўллашга қараганда бола учун кўпроқ хавfli бўлганли туфайли ҳозирги кунда иложи борича камроқ қўлланилади.

М А С А Л А:

Биринчи туғруқ. Туғруқ 28 соат давом этапти. Ҳомиланинг бош тепаси олдинда ётибди. Ҳомиланинг юрак уриши минутига 180 марта. Бачадоннинг бўйни қисми тўлиқ очилган. Қалланинг бош қисми кичик чаноқнинг чиқиш қисмида.

Диагноз қўйинг.

→ Врач тактикаси.

М А С А Л А:

Биринчи ҳомила. Ҳомиладорликнинг 42-ҳафтаси. Чанок нормал ҳолатда. Туғруқ вақти 36 соат давом этапти. Қеча туғруқ вақтида тана ҳарорати 38°C кўтарилди, бугун эса қорни дамлаб, бачадондан йиринг аралаш суюқлик чиқди, эт жунжиш кузатилади. Ҳомила боши катта сегмент билан кичик чанокнинг кириш қисмида. Ҳомила юрак уриши минутига 160 марта, бир маромда. Бачадон бўйни 10 см. очилган.

Думғаза бурнининг бўртиб чиққан жойини аниқлаб бўлмайди.

Диагноз қўйинг.

Врач тактикаси.

Контроль саволлар:

1. Акушерлик қисқич кўрсатмалари ва шарт-шаронглари.

2. Акушерлик қисқичларни солиш техникаси.

3. Вакуум-экстракцияга кўрсатмалар ва унинг қисқичдан фарқи.

4. Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстракторнинг она ва болага таъсири, асоратлари.

Амалий маҳорат,

Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстракция операцияси тарихи, тузилиши, шарт-шаронглари, техникаси, она ва болага кўрсатадиган таъсирларини, асоратларини билиш.

Адабиётлар:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. Н. Учебник акушерства М., Медицина, 1986 г., стр. 447-461.

2. Малиновский М. С.

Оперативное акушерство М., Медицина, 1974 г.

3. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М.

Патологическое акушерство Киев., Вища Ш. К., 1982 г.

4. Ланковец А. В.

Операция наложения акушерских щипцов Медгиз, 1956 г.,

5. Чачава К. В.
Вакуум-экстрактор в акушерстве. Тбилиси, 1962 г.
6. Акушерство. Учебное пособие (под редакцией
Ельцова-Стрелкова В. И., Мареева Е. В.).
7. Акушерство. Учебное пособие (под редакцией).
М. Изд. Унив. дружбы народов, 1988 г. стр. 142-152.

Мавзу: КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИ—

sectio caesarea

Машғулотнинг мақсади:

Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар шарт-шароитлар, зиддиятлар ва бу операциянинг техникасини ўрганиш. Операция хиллари. Ретровезикал операциянинг корпорал операциядан афзаллиги. Операциянинг яқин ва узоқ давр муддатли асоратлари.

Вазифалар:

1. Кесар кесиш—туғишни амалга оширувчи операция.
2. Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар, шарт-шароитлар ва зиддиятлар.
3. Кесар кесиш операцияси методлари.
4. Қорпорал ва ретровезикал кесар кесиш техникаси.
5. Операциядан кейинги даврнинг олиб борилиши.
6. Операция асоратлари.

Машғулот жойи:

Уқув хонаси, ҳомиладорлик патологияси бўлими, мутлақ ва нисбий. Мутлақ кўрсатмаларга туғруқ ва латаси.

Кўргазмали қуроллар:

Расмлар, жадваллар, слайдлар.

Машғулот мазмуни:

Бачадонни кесиб, ҳомила ва йўлдошни олиб чиқариш операцияси—кесар кесиш деб аталади. Охириги йилларда бу метод орқали туғдириш кенг расм бўлиб қолиб, унинг оптимал даражаси умумий туғилишнинг 3—8 фоизини ташкил этади.

Кесар кесишнинг кўрсатмалари икки хил бўлади: мутлақ ва нисбий. Мутлақ кўрсатмаларга туғруқ ва ҳомиладорликнинг шундай асоратлари кирадикки, у ҳолларда табиий туғруқ йўллари орқали аёлни туғдириш имконияти йўқ. Шунинг учун ҳам она ҳаётини сақлаш учун кесар кесиш қўлланилади. Мутлақ кўрсатма-

лар бўлганда операция учун керакли шарт-шаронтлар ва зиддиятлар ҳисобга олинмайди.

Мутлақ кўрсатмалар қуйидагича:

1. Мутлақ тор чаноқ (учинчи даражаси).
2. Йўлдошнинг олдида ётиши.
3. Нормал жойлашган йўлдошнинг бачадондан барвақт кўчиши.
4. Бачадон оғзининг торайиши ва туғруқ йўлида шишлар бўлиши.

Нисбий кўрсатмалар: бунда туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали ҳам амалга ошириш мумкин, аммо бунда перинатал ўлим хавфи катта бўлишдан ташқари онанинг соғлиғига хавф туғилиши мумкин.

Нисбий кўрсатмалар қуйидагича:

1. Чаноқнинг клиник (функционал) торайганлиги (биринчи ва иккинчи даражаси).
2. Йўлдошнинг қисман бачадондан барвақт кўчиши.
3. Йўлдошнинг қисман олдида ётиши.
4. Бачадонда илгари қилинган операция ямоқлари (чандиқ).
5. Ҳомиланинг кўндаланг ётиши.
6. Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик.

Кесар кесиш операциясини ўтказишда қуйидаги шаронтларга амал қилиш лозим:

1. Ҳомила қоқоноғи бутун бўлиши ёки сув кетгандан кейин ўтган вақт 12 соатдан ўтмаслиги.

2. Инфекция белгилари ёки унинг хавфи бўлмаслиги.

3. Ҳомила тирик ва яшашга қодир бўлиши керак.

Кесар кесиш операцияси шошилиш ва планли равишда қилинади. Планли равишда кесар кесиш операцияси туғруқ бошлангунча қилинади ва у баъзибир кўрсатмаларга биноан амалга оширилиши мумкин: бачадонда илгари қилинган операция ямоқларининг йиртилиш хавфи, сийдик йўли ва ичак—жинсий органларидаги оқмалар ва ҳоказолар. Кесар кесиш планли равишда ўтказилса, операция ва операциядан кейинги даво кўпинча асоратсиз ва яхши ўтади.

Кесар кесиш операциясининг методлари:

Имкониятни ҳисобга олиб абдоминал (яъни қориннинг олдинги деворини кесиб) қорин пардасининг очи-

лишига кўра—интраперитонеал, экстраперитонеал; бачадондаги кесимга кўра—ретровезикал ва корпорал кесимлар тафовут қилинади.

Абдоминал корпорал ёки классик кесар кесиш операцияси қуйидаги босқичлардан иборат:

1. Қорин девори оқ чизиги бўйлаб. 14-16 см. узунликда (қов юқорисидан киндиккача ва бир мунча юқорига) қаватма-қават очилади.

2. Бачадон қорин бўшлиғининг ўртасига келтирилади.

3. Бачадон танасининг олд девори 12-14 см. узунликда бўйлама кесилади.

4. Қоғоноқ пардаси йиртилади, ҳомилани оёғидан ушлаб, бачадондан чиқарилади, унинг киндиги икки қисқич орасида кесилиб, чақалоқ акушеркага ёки неонатологга узатилади; йўлдош ажратиб олиб ташланади. бачадон қорин бўшлиғидан ташқарига чиқарилиб, текширилади. Бачадон деворига уни қисқартирувчи дорилар юборилади. Бачадон бўшлиғи қўл билан текширилиб, катта кюретка билан қирилади.

5. Бачадон девори қаватма-қават тикилади: мушак-мушакли, мушак-серозли тугунли ва серо-серозли узлуксиз кетгут чок қўйилади.

6. Бачадон қорин бўшлиғига туширилиб, қорин бўшлиғи қон, қоғоноқ сувидан тозаланади ва антибиотик дорилар юборилади.

7. Қорин девори қаватма-қават тикилади.

Абдоминал ретровезикал кесар кесиш операцияси қуйидаги лаҳзалардан иборат:

1. Қориннинг олд девори оқ чизик бўйлаб ёки кўндаланг кесилади.

2. Бачадон бўшлиғи очилади. Бунинг учун бачадон пастки сегменти темир кўзгу ёрдамида очилади. Пинцет билан қовуқ-бачадон парда бурмаси кўтарилиб, қайчи ёрдамида кесилади ва кўндаланг йўналишда ёйсимон кесин давом эттирилади, сийдик пуфағи пастга туширилади. Шундан сўнг бачадон бўшлиғига кириш учун унинг девори 2-3 см. узунликда кўндаланг кесилиб бачадонга ҳар икки қўлнинг кўрсаткич бармоқлари суқилиб, кўндаланг йўналишда 12 см. гача эҳтиётлик билан кенгайтирилади.

3. Қоғоноқ пардаси йиртилиб, ҳомила боши остига қўл суқилади ва ҳомила чиқарилиб онадан ажратилади. Бачадон деворидан йўлдош ажратилиб, бачадон бўшлиғи текширилади, қорин деворига қисқартирувчи дорилар юборилади.

4. Бачадон деворининг мускул қаватига бир қават тугунли чок қўйилади, қовуқ-бачадон бурмаси бундан олдинги чоклардан 1-2 см. юқорига кўтарилиб, кейин серо-серозли узлуксиз чок орқали тикилади.

5. Қорин девори қаватма-қават тикилади.

Ретровезикал кесар кесиш операцияси кўпроқ қўлланилиб, унинг афзаллиги қуйидагилардан иборат:

— операция бачадон деворларининг энг юпқа қисмида ўтказилади, натижада мушак толалари жуда кам жароҳатланади, кесилган жойда жуда юпқа чандиқ ҳосил бўлади;

— операция давомида кам қон йўқотилади;

— қорин пардасининг қовуқ-бачадон ўртасидаги бурмаси яра ҳимояси учун юксак даражадаги перитонизацияни амалга ошириш имкониятига эга бўлади;

— қориннинг париетал ва висцерал кесимлари бир-бирига тўғри келмайди, шунинг учун чандиқ ҳосил бўлиш имконияти унчалик катта эмас;

— навбатдаги ҳомиладорликда бачадоннинг ёрилиш ҳавфи жуда оз, чунки бачадонда кўпинча талабга тўла жавоб берадиган чандиқ шаклланади.

Операциядан кейинги даврда беморга тегишли диета, оғриқни қолдирувчи воситалар, кенг қўламда қўлланилишга мўлжалланган антибиотиклар, ичаклар перистальтикасини кўзғатувчи, бачадонни қисқартирувчи препаратлар, дезинтоксикацион воситалар; витаминлар ва ҳоказолар кенг қўламда ишлатилади.

Операция ва ундан кейинги даврда қуйидаги асоратлар пайдо бўлиши мумкин: кўп қон кетиш, бачадон, гипотоник ҳолати, метроэндометрит, томирларнинг флебити, перитонит, сепсис, чокларнинг яллиғланиши, наркоз асоратлари ва бошқалар.

Шуларни ҳисобга олиб сўнгги йилларда экстраперитонеал кесар кесиш методи қўлланилмоқда, аммо бу метод анча мураккаб, шунинг учун кам қўлланилади.

М А С А Л А:

Қайта туғувчи аёл дард бошланганидан 4 соатдан кейин туғруқхонага қабул қилинди. Ҳомиласи етилган Қоғоноқ суви кетмаган. Қон босими 180/100 мм. Оёғи шишган бўлиб, сийдигида 2% оқсил бор. Туғувчи аёл бирданига оқариб кетиб, қорнида қаттиқ оғриқ пайдо бўлганига шикоят қилди. Ҳомиланинг олдинда ётган қисми аниқланмайди. Ҳомиланинг юрак уриши бир минутига 90 марта бўлиб, суст ва тартибсиз. Бачадони таранглашган ва чап бурчагининг катталашishi ҳисобига асимметрик кўринади. Пульси бир минутига 100 марта кучсиз уради. Қон кетаётгани йўқ.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни 5 см. очилган, қоғоноқ пардаси жуда таранг. Ҳомиланинг олдинда ётган қисми аниқланмайди.

Диагноз: Нима қилиш керак?

М А С А Л А:

29 ёшли ҳомилдорлиги етилган туғувчи аёлдан 3 соат олдин қон кета бошлади ва туғруқхонага олиб келинди. Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Ранги оқарган. Ҳомила бош билан олдинда ётибди ва чаноқнинг кириш қисми устида пайпаслаганда қимирлаб турибди. Ҳомиланинг юрак уриши киндикнинг чап томонида 150 марта аниқ эшитилади. Қон босими 90/50, пульси минутига 130 марта. Дард ҳар 8 минутда 25-30 секунд давомида такрорланапти.

Қин орқали кўрилганда: бачадон бўйни 5 см. очилган бўлиб, у ички томонидан бутунлай юмшоқ, хамирсимон тўқима билан беркилган. Қинда қон лахталари бор.

Қон кетиш сабаби? Нима қилиш керак?

Контроль саволлар.

1. Кесар кесиш операциясига кўрсатмаларни айтиб беринг.
2. Кесар кесишни амалга ошириш учун қандай талаблар ва шарт-шароитлар керак?
3. Кесар кесишни амалга оширишда қандай зиддиятлар бор?

4. Абдоминал кесар кесишнинг қайси хиллари мавжуд?

5. Классик кесар кесиш операциясининг техникасини айтиб беринг.

6. Ретровезикал кесар кесиш операциясининг техникасини айтиб беринг.

7. Корпорал операцияга нисбатан ретровезикал операциянинг афзаллиги нимадан иборат?

8. Операциядан кейинги даврда қандай асоратлар бўлиши мумкин?

АМАЛИЙ МАҲОРАТ:

1. Клиник вазиятда кесар кесиш операциясига кўрсатмалар, талаблар ва зиддиятлар қўя билиш.

2. Кесар кесиш операциясининг техникаси ва методларини ўрганиш.

3. Ретровезикал операциянинг корпорал операцияга нисбатан афзаллигини ажрата билмоқ.

4. Операция усулларини ўзлаштириш.

5. Қасалларни операциядан кейин олиб бориш тактикасини билиш.

6. Операция асоратларининг олдини олиш.

А Д А Б И Е Т Л А Р:

1. Бодяжина В. И., Жмакин В. И., Қирюшенков А. П. Учебник «Акушерство». М., Медицина, 1986 г., стр. 466-473.

2. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., Медицина, 1989 г. стр. 316-343.

3. Козаченко В. П. «Беременность и роды после кесарева сечения». М., Медицина, 1979 г.

4. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А. «Кесарево сечение». М., Медицина, 1985 г.

5. Слепых А. С. «Абдоминальное родоразрешение». Ленинград, 1986 г.

Мавзу: ҲОМИЛАНИ ЕМИРИШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ (Embryotomia)

Машғулотнинг мақсади:

Ҳомиланинг емириш операцияларига кўрсатмалар ва уларни бажариш шaroитларини, зиддиятлар ва иш усулини (техникасини) ўрганиш. Операцияларнинг турлари ва асоратлари.

Вазифалар:

1. Ҳозирги замон акушерлигида ҳомилани емириш операцияларининг ўрни.

2. Ҳомилани емириш операцияларининг таснифи.

3. Краниотомия операциясига кўрсатмалар, шароити ва иш услуби.

4. Декапитация операциясига кўрсатма, операция шароити ва иш услуби.

5. Экзентерация, спондилотомия, клейдотомия.

Машғулот жойи:

Уқув хонаси, туғруқ ва операция бўлимлари.

Қўргазмалар:

Расмлар, жадваллар, слайдлар, қўғирчоқ, фантом (тананинг ёки унинг бир қисмининг модели), ҳомилани емириш операциялари учун ишлатиладиган асбоблар, ҳомилани емириш операцияси билан тугаган туғруқ тарихи.

Машғулот мазмуни:

Ҳомилани емириш операциялари—деб ҳомилани мўлжаллаб шикастлаш ёки бўлиб ташлаш натижасида уни табиий туғруқ йўлларида кичрайтириб олишга айтади.

Ҳомилани емириш операциялари акушерликда қадим замонлардан бери қўлланиладиган операциялардир. Улар илгари замонларда ҳатто тирик ҳомилани ҳам қўлланилган. Акушерликнинг ривожланиши ва кесар кесиш такомиллашиб бориши натижасида ҳоми-

лани емириш операциялари ҳозирги вақтда камдан-кам ҳолларда, фақат ўлик ҳомилада қўлланилади. Ҳомилани емириш операциялари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. Ҳомила танаси ҳажмини кичрайтирадиган операциялар.

Бу операция бажарилаётган пайтда бош ёки тана бўшлиқларидаги органлар олиб ташланади: краниотомияда мия олиб ташланса, экцентерацияда—қорин ёки кўкрак бўшлиғидан аъзолар олиб ташланади.

2. Ҳомила танасини бўлиб-бўлиб туғдириш.

Бу гуруҳга декапитация, спондилотомия ва клейдотомия операциялари киради.

II. Қраниотомия (craniotomy)—бир қатор акушерлик оператив усуллар ёрдамида ҳомиланing бош суяги ҳажмини кичрайтириб туғдириш.

Кўрсатмалар:

- а) чаноқнинг клиник торайганлиги;
- б) гидроцефалия;
- в) ҳомиланing боши нотўғри жойланиши (юз ёки пешана билан келиши, орқа асинклитизм);

Шароитлар:

- г) бачадон ёрилиши хавфи борлиги.
- а) ўлик ҳомила;
- б) бачадон бўйнининг 6 см. дан кўпроқ очилиши.
- в) ҳомила пуфаги йўқлиги;
- г) ҳомила бошининг кичик чаноқда зич ўрнашганлиги.

Операция уч босқичдан иборат:

Perforatio capitis — ҳомила бош суягининг тешилиши.

Excerebratio — бош мияни олиб ташлаш.

Cranioclasia — боши кичрайган ҳомилани асбоб орқали тортиб олиш.

Қраниотомияни бажариш учун қуйидаги асбоблар керак: қошиқсимон қин ойнаси, Мюзо ёки тишли қисқичи, Феноменов қайчиси, Бло перфоратори, катта кюретка, Браун краниокласти.

Операция услуби:

Операция наркоз ва кўз назорати остида бажарилади. Врач ёрдамчиси ҳомила бошини аёлнинг қорин де-

вори орқали кичик чаноққа қисиб туради. Иккинчи ёрдамчи қин ойнасини ушлаб туради.

Перфорация: ҳомила боши икки тишли қисқич билан маҳкам ушлаб олинади, бошнинг териси перфорация қилинадиган жойида қайчи билан кесилади. Перфоратор ёрдамида бирор чок ёки лиқилдоқ тешилади ва бу тешик кенгайтирилади.

Эксперебрация — кўпинча оддий кюретка ёки Агафонов эксперебратори, Феноменов қошиқчаси билан бажарилади, бунда бош мия бузиб олиб ташланади.

Краниоклазия краниокласт ёрдамида қилинади. Аммо операциянинг бу босқичи фақатгина бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлиши ва бачадон ёрилиши хавфи бўлмаган вақтларда камдан-кам ҳолларда қўлланилади, чунки бу босқич бачадоннинг ёрилишига олиб келиши мумкин. Краниоклазияни бажариш учун краниокластнинг ички қошиқчаси қўл назорати остида перфорация тешигига киритилади ва ассистентга (ёрдамчига) узатилади. Қўл назорати остида ташқи қошиқ киритилади ва у бошнинг ташқи томонига жойлаштирилади. Краниокласт қошиқлари туташтирилгандан ва мурват ёрдамида маҳкам қўшилгандан сўнг синаб кўрилган тракциядан кейин оҳиста ҳомила ташқарига чиқарилади, бунда тракциянинг йўналиши вакуум-экстракция ёки акушерлик қисқичлари қўйилгандагидек бўлади.

Баъзи бир ҳолларда бола танаси туғилгандан кейин бошни перфорация орқали кичрайтириш зарурияти туғилади, бу операция ўлик ҳомила чаноғи билан олдинда жойлашганда бажарилади.

2. Декапитация (Decapitatio) — бунда ҳомиланинг боши танасидан ажратилади.

Кўрсатма: ҳомиланинг ўтказиб юборилган кўндаланг ҳолати. Бу ҳолатда ҳомилани тўғрилаш операциясининг имкони мутлақо бўлмайди.

Декапитация махсус асбоб — Браун илгаги ёрдамида қилинади. Илгак бачадон бўшлиғига киритилган қўл назорати остида ҳомила бўйнига ўтказилади. Илгак киритилаётганда унинг учи бачадон бўшлиғида турган қўлнинг кафт томонига қаратилади, кейин эса оҳиста буриб ҳомиланинг бўйни ушлаб олинади. Кес-

кин айланма ҳаракатлар билан бўйин умуртқа суякчалари синдирилади, сўнгра илгак эҳтиётлик билан чиқарилади ва оператор қўл панжаси билан ушлаб бўйин Феномонов ёки Зибальд тўмтоқ қайчилари билан кесилади. Ҳомиланинг танаси тушиб қолган қўлидан тортиб чиқарилади. Шундан сўнг танадан ажратилган бош оғзига киритилган бармоқ ёрдамида чиқарилади.

3. Экзентерация (*Exsenteratio*) — бу операцияда ўлик ҳомиланинг ички органлари олиб ташланиши натижасида ҳомила танасининг ҳажми камаяди. Бу операция ҳомилада асцит, гидроторкас, спленогепатомегалия, шиш ва бошқа шунга ўхшаш асоратлар бўлганда бажарилади.

Экзентерация кўзгулар ёрдамида ёки бармоқлар назоратида бажарилади. Бу операцияни бажариш учун қайчилар ёки Бло перфоратори ишлатилади. Перфорация тешигига киритилган бармоқлар ёки илгак, корданг ёки суяк қисқичлари билан кукрак ёки қорин бўшлигидаги органлар олиб ташланади.

4. Спондилотомия (*Spondilotomy*) — камдан-кам учрайдиган операция, бунда умуртқа кесиб бўлакланади. Агар ҳомила бўйинини ушлаб олишнинг иложи бўлмаса энвисцерация, сўнгра спондилотомия қилишга тўғри келади. Спондилотомия Феномонов, Зибальд қайчилари ёки Кюстнер трахиотомии ёрдамида бачадон бўшлиғига киритилган бармоқлар назоратида бажарилади. Умуртқа суякчаларнинг алоҳида пайчалари кесилиб, умуртқа қирқиб ташланади.

5. Клейдотомия (*Gleudotomia*) — бу операцияда ўмров суяги кесиб бўлакланиб, елка камари доираси кичрайтирилади. Кейин бола туғилиш имкони пайдо бўлади. Операция қўл назоратида Феномонов қайчилари билан бажарилади.

Ҳомилани емирадиган операцияларнинг асоратлари ҳомила емирадиган операциялар бажарилаётганда операция нотўғри қилиниши ёки асбоблар тойиши оқибатида аёлнинг ички жинсий, ёки қўшни аъзолари лат ейиши мумкин. Шикастланишнинг олдини олиш учун операция иш услубига қатъий равишда риоя қилиш, бажарилиши шарт бўлган кўрсатма ва шароитлардан тўғри фойдаланиш, чуқур наркоз бериш керак. Опера-

ция тугагандан сўнг жинсий аъзоларни кўздан кечириш керак ва бачадон деворларининг бутунлигини қўл билан текшириш лозим.

Шуни билиш керакки, юқорида келтирилган ҳомила-ни емириш операциялари фақат туғишни оқилона олиб бормаслик натижасида келиб чиқадиган асоратлар пайдо бўлган ҳолда ва кесар кесиш операциясини бажариш мумкин бўлмаган вақтда, фақат она ҳаётини сақлаш учун қўлланилади.

М А С А Л А:

Марказий район касалхонасининг туғруқ бўлимига 28 ёшли биринчи туғувчи аёл тўлғоқ бошланганидан 7 соатдан кейин олиб келинди. Қоғоноқ суви тўлғоқ бошланишидан бир соат аввал кетган. Ҳомиладорлик етилган бўлиб, аёл ўзини ҳомиладорлик пайтида яхши сезиб юрган. Туғувчи аёл паст бўйли бўлиб, ички аъзолари томонидан ўзгариш йўқ. Қон босими 115/70, тана ҳарорати 36,7°С. Пульси бир минутига 76 марта уради. Чаноқнинг кириш қисмида ҳомиланинг олдинда ётган қисми аниқланилмайди. Ҳомила боши эса чап томондан аниқланилади.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни тўлиқ очилган бўлиб, қоғоноқ пардаси йўқ. Чаноқнинг кириш текислигида эса ҳомила елкаси ётибди.

Диагноз: Туғруқни қандай олиб бормоқ керак?

М А С А Л А:

Ноҳия марказий касалхонасининг туғруқ бўлимига 38 ёшли такрор туғувчи аёл тўлғоқ вақтида олиб келинди. Бу олтинчи етилган ҳомиладорлик бўлиб, ҳомиладорликнинг дастлабки ойларида грипп билан оғригани аниқланди. Унинг умумий аҳволи яхши бўлиб, чаноқ ўлчамлари қониқарли. Ҳомила бўйлама ётган, бош олдинда ётибди. Юмшоқ ва катта бошининг энса-пешана ўлчами 14 см. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмайди. Қоғоноқ суви кўрик вақтида кетди (айтиши бўйича икки кундан бери аёл ҳомиланинг қимирлашини сезмади).

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни пайпасланмайди, у тўла очилган, қоғоноқ пардаси йўқ, ҳоми-

ла боши чаноқнинг биринчи текислиги устида жойлашган, бошнинг чоклари кенг, суяклари юмшоқ.

Диагноз: Туғруқни олиб бориш плани?

Контроль саволлар:

1. Ҳомилани емириш операцияларининг қайси хиллари мавжуд?

2. Ҳомилани емириш операцияларини амалга оширишда қандай кўрсатмалар, шарт-шароитлар керак?

3. Краниотомия операциясининг техникасини (иш услуби) айтиб беринг.

4. Декапитация операциясининг техникасини айтиб беринг.

5. Бу операцияларнинг асоратлари?

Амалий маҳорат:

1. Ҳомилани емириш операцияларида қўлланиладиган асбобларни билиш ва улардан тўғри фойдаланиш.

2. Клиник вазиятда ҳомилани емириш операцияларининг усулини тўғри танлай билиш.

3. Фантомда (тана моделида) ҳомилани емириш операцияларининг барча турларини бажара олиш.

А Д А Б И Е Т Л А Р:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П.: Учебник Акушерство., М., Медицина, 1986 г. стр. 474-479.

2. Ельцов-Стрелков В. И. Мареев Е. В. Акушерство: Учебное пособие., М., УДН, 198 г. стр. 259-267.

3. Жорданиа И. Ф. Учебник Акушерство., М. Медицина, 1964 г. стр. 579-587.

4. Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1955 г. стр. 316-337.

Мавзу: ТУҒРУҚ ТРАВМАЛАРИ (ШИКАСТЛАРИ).

Машғулот мақсади:

Туғруқ вақтида учрайдиган шикастлар — оралиқ, вульва, қин, бачадон бўйни йиртилиши ва бачадон танасининг ёрилиш сабаблари, клиникаси ва профилактикаси билан танишиш. Туғруқ шикастларига зудлик билан ёрдам кўрсатишнинг асосий услубларини ўрганиш.

Вазифалар:

1. Туғруқ шикастлари сабабларини ўзлаштириш.
2. Оралиқ, вульва, қин, бачадон бўйни шикастларининг диагностикаси, клиникаси ва даволаш усуллари.
3. Бачадон ёрилишининг этиопатогенези.
4. Бачадон ёрилиши хавфи таҳдид солганда ва бачадон ёрилганда врач тактикаси.
5. Туғруқ травматизмининг олдини олиш принциплари.

Машғулот жойи:

Уқув хонаси, туғруқ ва операция бўлмалари, интенсив ёрдам кўрсатиш палатаси.

Машғулот мазмуни:

Туғруқ пайтида туғруқ йўлларидаги юмшоқ тўқималар жароҳатланиб, улар йиртилиши мумкин. Туғруқ шикастлари локализацияси, клиник кечиши, аҳамияти жиҳатидан хилма-хилдир. Туғруқ вақтида кўпинча оралиқ, вульва, қин, бачадон бўйни йиртилади. Бачадоннинг ёрилиши эса энг хафли ва даҳшатли ҳодиса бўлиб, у кўп ҳолларда оналар ўлимига сабаб бўлади.

Туғруқ шикастлари орасида энг кўп учрайдиган асорат оралиқ йиртилиши бўлиб туғувчи аёлларнинг 6-12 фозида учратилади. Бунинг сабаби шундаки, туғилиш даврида бу қисм анча чўзилади. Оралиқ йиртилишига қуйидаги ҳолатлар олиб келиши мумкин:

1. Тўқималар эластиклигининг камайтилиши.

2. Оралиқдаги ямоқлар.
3. Баланд жойлашган оралиқ.
4. Ҳомила бошининг катталиги.
5. Туғруқ пайтида оператив услублар ишлатиш.
6. Тор чаноқ.
7. Оралиқни нотўғри ҳимоя қилиш.

Оралиқнинг дўппайиб кўкариши, кейин эса оқариб ялтираши ва шишиши каби белгилар оралиқнинг йиртилиши хавфи пайдо бўлганлигидан далолат беради. Бундай пайтда врач оралиқ ўртаси (perineo) ёки чеккасини ерinsio қирқиб tomia туғруқдан сўнг уни тикса, бу яра йиртилган жароҳатга нисбатан тезроқ битади. Оралиқ йиртилиши уч даражага бўлинади:

- 1.—орқа битишма йиртилиши;
- 2.—оралиқ териси ва мушакларининг йиртилиши;
- 3.—тўғри ичакнинг ташқи сфинктери, баъзан деворининг йиртилиши.

Оралиқ йиртиғининг давоси тикиш. Оралиқ йиртиғи орқали организмга инфекция кириши хавфи катта, кейинчалик эса у жинсий аъзоларнинг пастга тушишига замин яратади.

Туғруқ жараёнида баъзан қон томирлар узилиб қиншиллик қавати ёки тери ости клечаткасига қон қуйилиши мумкин — бундай ҳолларда тўқималар таранглашиб безиллаб туради. Бунда консерватив ёки агар гематома тез катталашаверса, оператив усуллар қўлланилади.

Бачадон бўйнининг йиртилиши. Баъзида бу йиртиқ қин гумбазигача ва ундан ўтиб параметрал клечаткага ўтиши мумкин. Шунга кўра, бачадон бўйнининг йиртилиши уч даражага бўлинади.

- 1) — йиртиқ узунлиги 2 см. гача;
- 2) — йиртиқ узунлиги 2 см.дан ошиб, қин гумбазигача етмайди.
- 3) — йиртиқ қин гумбазига етиб, қин усти қисмига ҳам ўтади;

Йиртиқ натижасида қон кўпроқ ташқарига, баъзан эса параметрал клечаткага оқиб гематома ҳосил бўлиши мумкин. Бачадон бўйни йиртиғини аниқлаш учун қин кўзгулари ишлатилади.

Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши унинг ригидлигида, бачадон оғзи четларининг ҳаддан ташқари чўзилишида, тез туғишда, функционал тор чаноқда ва бошқа ҳолларда учрайди.

Бачадон бўйнининг зўрлик билан йиртилиши оператив усуллар билан туғдиришда учраши мумкин. Бачадон бўйни йиртиғи тикилмаса қон кетиши, урнида яра, кейинчалик эктропион, чандиқ ҳосил бўлиши мумкин. Бу эса сурункали яллиғланиш ва эрозиялар пайдо бўлишига замин тайёрлайди. Давоси: йиртиқ ва унинг даражасини аниқлаб, унинг юқори бурчагидан бошлаб тикиш лозим. Аммо учинчи даражали йиртиқ лапаротомия орқали даволанади.

Бачадон ёрилиши (*Ruptura uteri*)— бачадон деворларининг йиртилишидир.

Бачадон ёрилишининг турлари Л. С. Персианов таснифи (1964 йил) бўйича қуйидагича:

1. Ёрилиш вақти бўйича I. Туғруқ вақтида

2. Ҳомиладорлик вақтида.

II. Этиология ва патогенези бўйича:

1. Ўз-ўзидан ёрилиши.

2. Зўрлик билан ёрилиши.

3. Аралаш ёрилиши.

III. Жойлашиши бўйича:

1. Бачадон туби ёрилиши.

2. Бачадон танаси ёрилиши.

3. Бачадон пастки сегментининг ёрилиши.

4. Бачадоннинг қин гумбазларидан узилиб кетиши.

IV. Шикаст характери бўйича:

1. Батамом ёрилиши — бачадоннинг ҳамма қаватлари ёрилади.

2. Чала ёрилиши — шиллиқ қават ва мушак қавати ёрилади.

V. Клиник кечиши бўйича:

1. Бачадоннинг ёрилиши хавфи.

2. Бачадоннинг ёрилиши.

Бачадон ёрилиши хавфи таҳдид қилганда бир қанча белгилар намоён бўлади. Жумладан, дард ва тўлғоқ тез-тез тутиб, оғриқли бўлади. Туғувчи аёл бетоқат тўл-

ганиб қорнини ушлайди, контракцион ҳалқа киндиккача кўтарилиб қийшиқ жойлашади. Пастки сегмент ўта чўзилиб безиллаб туради. Бачадон юмалоқ бойламлари таранг бўлиб туради. Бачадон бўйни, қин ва ташқи жинсий органлар шишади, сийиш ва сийдикни чиқариш қийинлашади.

Бачадон ёрилганда эса қуйидаги белгилар пайдо бўлади: қорин ҳаддан ташқари оғрийди, сўнгра дард ва тўлғоқ тутиши таққа тўхтайти ва аёлнинг аҳволи борган сари оғирлашади, гемодинамика бузилиши белгилари пайдо бўлади, тери ва шиллиқ пардалар оқариб, томир уриши тезлашади, кўнгли айниб, қайд қилади. Бачадон ёрилгач ҳомила бутунлай ёки қисман қорин бўшлиғига чиқади, олдинда ётган қисми энди ҳаракатчан бўлиб қолади, ҳомиланинг юрак уриши тўхтайти. Ташқарига қон камроқ оқса ҳам, асосан, қон қорин бўшлиғига қуйилади ёки чаноқ клечаткасида ва бойламлар орасида гематома ҳосил бўлади. Шок белгилари борган сайин кучайиб ўлимга олиб келади.

Сабаблари:

1. Бандль (1875) механик назарияси бўйича ҳомиланинг олдинда ётувчи қисмининг чаноқ ўлчамларига тўғри келмаслиги, яъни катталиги.

2. Вербов (1911) — назарияси бўйича бачадон тўқималарининг нуқсонли бўлиши, дегенератив жараёнлар ва сурункали яллиғланиш, инфантилизм.

Учраши. Асосан, такрор туғувчи аёлларда, анамнезда патологик туғруқ, бачадон яллиғланиши, бачадонда операция қилинган аёлларда кўпроқ учрайди. Айниқса корпорал кесар кесиш йўли билан туғдирилган аёлларда бачадон кўпроқ ёрилади. Бу аёллар бачадон кўпроқ ёрилиши хавфи юқори бўлган гуруҳга кирадилар. Ҳозирги вақтда бу гуруҳга тааллуқли ҳомиладорлар сони кўпайиб бормоқда. Консерватив миомэктомиа, кесар кесишдан кейин кўпинча ҳомиладор аёллар бачадон ёрилиши хавфи белгилари камлиги ёки уларнинг йўқлиги сабабли, яъни бачадон тўқималарининг секин-аста ситилиб кетиши йўли билан ёрилиши туфайли оғриқни сезмайдилар. Бачадонида ёмоғи бор ҳомиладорлар орасида 10—13% аёлларда бачадон шу ямоғидан ёрилади.

Корпорал кесар кесишдан кейинги бачадон пастки сегментда қилинган операциядан кейинги бачадонга нисбатан 6-15 марта кўпроқ ёрилади.

Давоси. Бачадон ёрилиши хавфи бор вақтда дард ва тўлгоқни дарҳол наркоз орқали тўхтатиш зарур. Шундан сўнг операция қилиб туғруқни тугаллаш шарт (кесар кесиш ёки ҳомилани емириш операцияси). Бу ҳолда ҳомилани буриш, акушерлик қисқичи солиш, вакуум — экстракция ёки ҳомилани тортиб олиш қатъиян ман этилади. Акс ҳолда бачадон ёрилиб кетади. Бачадон ёрилганда дарҳол лапаротомия қилинади — қорин бўшлиғидан ҳомила. йўлдош, қўйилган қон олиниб, бачадон тикилади ёки олиб ташланади. Шу билан бирга шок ва қон йўқотишга қарши кураш олиб борилади.

Бачадон ёрилишининг профилактикаси:

1. Ҳомиладор аёл аёллар консультациясида барвақт диспансер кузатув остига олинади ва синчиклаб текширилади.

2. Бачадон ёрилиши хавфи бор (чаноғи тор, ҳомиласи нотўғри ётган, ҳомиласи йирик, туғруқ вақти ўтиб кетган, кўп марта туққан, акушерлик анамнези оғир, яъни патологик туғруқ, оғирлашган аборт, яллиғланиш касалликлари бўлган, бачадонида операция қилинган) аёллар махсус ҳисобга олиниб, туғиш вақтидан олдин туғруқхонага ётқизилади.

3. Кесар кесиш операциясидан кейин 1-2 йил мобайнида ҳомиладорликка йўл қўйилмайди, бунинг учун контрацепция ишлатилади.

Патологик туғруқ пайтида туғруқни нотўғри бошқариш натижасида баъзан сийдик — таносил ва ичак-қин оқмалари пайдо бўлиши мумкин. Бу оқмалар туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималари узоқ қисилиши натижасида ҳосил бўлади. Уларнинг давоси пластик операция қилиб тикишдан иборат. Профилактикаси — туғруқни рационал олиб бориш, чаноқнинг бир сатҳида ҳомила бошининг узоқ туришига йўл қўймаслик, яъни функционал тор чаноқни ўз вақтида аниқлаш.

Яна бир хавфли, лекин ҳозирги пайтда камдан-кам

учрайдиган туғруқ асорати қов суяқларининг бир-бириндан йироқлаши бўлиб, бу торча ноқ ёки нотўғри оператив туғдиришда пайдо бўлиши мумкин. Бунда аёл қимирламай 3-5 ҳафта чаноқ соҳаси бинтланган ҳолда ётади, антибиотиклар ишлатилади.

Масала.

33 ёшли биринчи марта туғувчи аёл 30 минутдан буюн ҳомила туғилиши даврида. Ҳомила бошининг суқилиб кириши вақтида оралиғи дўппайиб, териси кўкара бошлади. Шундан сўнг орқа битишма териси оқариб, тўлғоқ тамом бўлгач, жинсий ёриқдан оз-моз қон оқа бошлади. Оралиқ муҳофаза қигиниб, ҳомила туғилди. унинг вазни 3400,0. Йўлдош ҳамма пардалари билан 10 минутдан кейин туғилди. Кўзгулар билан бачадон бўйви, қин деворлари текширилиб уларнинг шикастланмаганликлари аниқланди.

Оралиқ соҳасида тери чуқур йиртилиб қарийб орқа чиқарув тешигигача давом этганлиги, қиннинг орқа девори, мушаклар (орқа чиқарув тешиги сфинктери бундан ҳолис) йиртилганлиги маълум бўлди.

Саволлар:

1. Диагноз.
2. Диагнозни тасдиқловчи клиник маълумотлар.
3. Акушерлик тактикаси. Оралиқни тикниш учун кетма-кет қилинадиган ишлар, касални олиб бориш.
4. Оралиқ йиртилишининг олдини олиш мумкинмиди?
5. Оралиқ йиртилишининг профилактикаси.

Контроль саволлар.

- 1) оралиқнинг 1-2-3 даражали йиртилишини айтиб беринг.
- 2) Бачадон бўйнининг ҳар учала даражадаги йиртилишини айтиб беринг.
- 3) Туғруқ йўллари шикастларига олиб келувчи қандай омилларни биласиз.
- 4) Бачадон ёрилишининг таснифини айтиб беринг.

5) Бачадон ёрилиши хавфи таҳдид қилганда қандай ёрдам кўрсатилади?

6) Бачадон муқаррар ёрилганда қандай ёрдам кўрсатилади?

Амалий маҳорат:

1. Туғруқнинг иккинчи даврида оралиқни ҳимоя қила билиш.

2. Эпизео — перинеотомия техникасини ўзлаштириш.

3. Оралиқ, қин, бачадон бўйни йиртиқларини тикишни ўрганиш.

4. Бачадон ёрилиши хавфи туғилганда ёки бачадон ёрилганда врач тактикаси.

Адабиётлар:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. Акушерство, М. «Медицина», 1986 г., стр 361 — 376.

2. Малиновский М. С. Оперативное акушерство, М. «Медицина», 1974 г. стр. 386 — 407.

3. Персианинов Л. С., Раостригин Н. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии, Ташкент, «Медицина», УзССР, 1983 г., стр. 229 — 337.

МАВЗУ: ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ МУДДАТИГА ЕТМАСЛИГИ ВА МУДДАТИДАН УТИБ КЕТИШИ

Машғулотнинг мақсади:

Чала ва кечикиб туғиш сабабларини аниқлаш, даволаш ва олдини олиш усулларини ўзлаштириш.

Вазифалар:

1. Чала туғиш, муддатидан ўтиб туғиш ва кечикиб туғиш ҳақида маълумот.

2. Чала туғиш этиологияси.

3. Чала туғишнинг клиникасини ҳозирги замон клиник қўшимча текшириш услублари билан аниқлаш.

4. Чала туғишни рационал бошқариш йўлларини ўрганиш.

5. Чала туғишнинг олдини олиш усулларини ўрганиш.

6. Кечикиб туғишнинг ҳозирги замон текшириш услублари билан танишиш.

7. Кечикиб туғишда врачлар томонидан кўрсатиладиган чоралар.

8. Чала ва кечикиб туғилган болалар ҳақида характеристика.

Машғулот жойи: (ўқув хонаси, аёллар консултацияси, туғруқ бўлими, ҳомиладорлар патологияси палатаси).

Кўргазмали қуроллар: (рангли тасвирлар, диапозитивлар, фантом ва қўғирчоқ).

Машғулот мазмуни: Ой кунига етмасдан туғиш — чала туғиш (*partus praematuras*).

Муддатидан олдин туғиш деб ҳомиладорликнинг 37 ҳафталик муддатига етмай узилишига айтилади. Бу шароитда туғилган ҳомила тўла етилмаган бўлиб, яшаш қобилиятига эгадир. Бунда ҳомиланинг вазни 1000 г. дан ва бўйи 35 см. дан юқори бўлади. Ой-куни етмасдан туғиш умумий туғруқнинг 5-6%ини ташкил қилади.

Муддатидан олдин туғишнинг сабаблари ниҳоятда хилма-хилдир. Улар она организми, ҳомила ҳолати ҳамда йўлдошнинг патологик хусусиятларига боғлиқ. Сабаблар орасида ҳомиладор аёл касалликлари алоҳида

ўрин тутади. Бунга инфекцион касалликлар (грипп, вирусли гепатит, токсоплазмоз ва бошқалар), юрак ва қон-томир, буйрак касалликлари, ички секретция безлари патологияси, камқонлик ва бошқалар, жинсий аъзолар яллиғланиши, инфантилизм кириши мумкин.

Бундан ташқари шуни ҳам таъкидлаб ўтиш керакки, бизнинг регион шароитимизда чала туғишнинг асосий сабабларидан бири ҳомиладорликнинг кеч токсикозларидир. Заҳм касаллиги, СПИД ҳам чала туғишга сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, ҳомила қонининг резус-фактор, АВО жиҳатидан бир-бирига мос бўлмаслиги чала туғишга олиб келиши мумкин.

Ой-қунига етмасдан туғишнинг келиб чиқишида руҳий ва механик травмалар, сунъий абортлар, айниқса такрор абортлар жуда катта роль ўйнайди. Истмико-цервикал етишмаслик чала туғишнинг асосий сабабларидан биридир.

Ой-қунига етмасдан туғиш сабабларининг яна бир катта гуруҳи ҳомила ва йўлдош хусусиятлари билан боғлиқ. Унга қуйидагилар киради: ҳомиланинг нотўғри жойланиши, аномалиялари, кўп ва кам сувлилик, амнион пардасининг яллиғланиши, плацента аномалиялари ва бошқалар киради.

Чала туғишнинг кечиши.

Чала туғиш муддати етиб туғишга ўхшайди: дард ва тўлғоқ тутади, бачадон бўйни текисланади, бачадон бўйнининг тешиги очилади, қоғоноқ суви кетади, ҳомила туғилади, сўнгра йўлдоши тушади.

Аммо, чала туғиш муддати етиб туғишга қараганда кўпроқ оғирлашади. Аввало қоғоноқ сувлари бирвақт (ва илк) кетиб қолади, туғруқ кучлари суст бўлади.

Чала туғишда кўпроқ ҳомиланинг чаноқ томони олдинда ётади, ҳомила қийшиқ ва кўндаланг вазиятларни олади, туғруқ вақтида ва айниқса йўлдош тушиш даврида қон кетади.

Ҳомила асфиксияси, туғруқ шикастлари — калла ичининг травмаси ва ўлик туғилиш муддати етиб туғишдагига қараганда кўпроқ учрайди.

Чала туғишни даволаш ва туғруқни олиб бориш.

Туғруқ аломатлари бошланган пайтда чала туғишнинг олдини олиш учун чоралар кўришга ҳаракат қи-

лиш, туғруқ жараёнини тўхтатиш мумкин. Самарали даво омилларидан бири қатъий ўринда ётишдир. Уйқунинг нормал бўлиши ва даволаш-муҳофаза режимини сақлаш катта аҳамиятга эга. Шу билан бир вақтда бачадон мушаклари қўзғалувчанлигини пасайтирувчи дорилар қўлланилади. Булар — витамин Е, магний сульфат эритмаси, токолитик препаратлардан партусистен, ритодрин ва бошқалар.

Туғруқ жараёни ривожланган ҳолда, бу дорилар самарасиз бўлган пайтда туғруқни қуйидагича давом эттириш керак.

Чала туғишда акушерлик тактикаси туғруқ жараёни босқичига, ҳомила пуфагининг ҳолатига (сув кетган-кетмаганлиги) бачадон бўйни тешигининг очилиш даражасига, инфекция аломатлари бор-йўқлигига, туғруқ кучларининг мунтазамлигига, яъни акушерлик ситуацияга боғлиқ. Чунончи, агар мунтазам туғруқ дардлари, инфекция аломатлари оғир экстрагенитал патология, ҳомила нуқсонлари бўлса туғруқ актив олиб борилади. Агарда ҳомиладорлик муддати 34 ҳафтагача бўлиб, она ва ҳомила аҳволи яхши, бўлса, мунтазам туғруқ кучлари бўлмаса ва бачадон бўйнининг канали 4 см. дан кам очилган бўлса кутиш позициясига амал қилинади. Аёл организмнинг туғруққа тайёрлиги текширилади. Бунинг учун окситоцин тести, Хечинашвили усули, кольпоцито грамма маълумотлари катта аҳамиятга эга.

Агар қоғоноқ сувлари барвақт ёки вақтидан олдин кетган бўлса кутиш позицияси ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатигача давом этиши мумкин. Бундай тактика туғруқ йўллари инфекцияси бўлмаса, ҳомиланинг аҳволи қониқарли, акушерлик бошқа патология бўлмаса тўрри ҳисобланади. Туғруқни олиб боришда она ва ҳомирани жуда авайлаш керак. Туғруқнинг биринчи даври одатдагидай олиб борилади. Иккинчи даврда биринчи марта туғаётган, вульвар халқаси тор, туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималари қаттиқ бўлган аёлларда перинео-эпизиотомия қилинади. Етилмаган ҳомила томирлар системасининг енгил жароҳатланиш хусусиятига эга эканлиги сабабли, оралиқни ҳимоя қил

май туғруқни қабул қилиш лозим (айниқса ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатигача бўлган туғруқда).

Чала туғруқда кесар кесиш операцияси фақат она томонидан акушерлик кўрсатма пайдо бўлгандагина бажарилади.

Чала туғиш она ва ҳомилага ёмон таъсир этгани учун чала туғишнинг олдини олиш чораларини айтиқса синчиклаб амалга ошириш зарур. Ҳомиладор аёлнинг тўғри турмуш кечириши ва овқатланиши, уни инфекция ва интоксикациядан сақлаш, ҳомиладорнинг касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва довалаш шундай чоралардан ҳисобланади. Бунинг учун аёллар консультациясининг роли айтиқса каттадир. Чала туғишга олиб келувчи омиллар қуйидаги тўрт гуруҳга бўлинадилар: ижтимоий биологик омиллар, акушер-гинекологик анамнез, экстенитал патология, ҳомиладорлик асоратлари. Шу омилларга қарши курашиш чала туғишнинг олдини олишнинг гаровидир.

Истмикоцервикал етишмовчиликни аниқлаб ўз вақтида бачадон бўйни тикилиб қўйилади ва чоклар туғруқ вақтидан 15 кун олдин олиб ташланади.

Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик (partus profectus).

Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши бу хронологик тушунчадир, бунда ҳомиладорликнинг муддати 42 ҳафтадан ошиб кетади.

Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши икки гуруҳга бўлинади: чин (биологик) ва сохта муддатидан ўтиш ёки чўзилиб кетган ҳомиладорлик.

Чин муддатидан ўтиб кетишда плацентанинг гормонал фаолияти, бачадон-плацентар қон айланишининг бузилишлари ва ҳомила катталашиб қолган аломатлари рўй беради. Муддатидан сохта ўтган ҳомиладорлик ҳомиланинг секин ривожланишига боғлиқ, шунинг учун бу ҳолат она ва болага унча хавф туғдирмайди. Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши чала туғишга нисбатан камроқ учрайди.

Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетишининг сабаблари кўп ва мураккаб. улар етарлича ўрганилмаган. Асосий сабаблардан бири марказий ва вегетатив нерв

системасининг функционал ўзгаришлари, эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши ҳисобланади. Бу омиллар миометрийнинг қўзғалувчанлиги ва қисқариши қобилиятининг сусайишига олиб келади.

Чин муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликни аниқлашда барча объектив белгилар мажмуаси ҳисобга олинади. Охириги ҳайз кўриш вақти, ҳомиланинг биринчи қимирлаган вақти ҳамда аёллар консултациясида биринчи марта аниқланган ҳомиладорлик муддати аниқ диагноз қўйишга ёрдам беради. Булардан ташқари, амниоскопия, амниоцентез ва қин ҳужайраларининг цитологик кўриниши диагноз учун катта аҳамиятга эга.

Ташқи акушерлик текшириш ҳомила улчамларининг йириклиги, суякларининг қаттиқлигини кўрсатади. Туғруқ пайтида эса қин орқали текширганда бош суякларининг қаттиқлиги, калла чаноқларининг торлиги, лиқилдоқнинг кичрайганлиги ва катта ва кичик лиқилдоқ орасидаги масофанинг ҳаддан ортиқ узунлиги аниқланади.

Сўнгги йилларда ҳомиладорлик муддатини аниқлашда ультратовуш тўлқинларидан кенг фойдаланилмоқда. Бунда бош ўлчамларининг катталиги, плацентанинг юлқаланиб қолиши, кам сувлилик бипариетал ўлчамнинг динамикада ўсмаслиги, ҳомила калласи контурларининг аниқ тасвири ва унинг йириклиги диққатга сазовордир. Ҳомиладор сийдиги орқали чиқарилаётган эстриол миқдорини аниқлаш ҳам диагноз қўйишга ёрдам беради. Ҳомила ЭҚГ ва ФҚГ си хроник гипоксия ривожланиб, ҳомила юраги фаолиятида ўзгаришлар ҳосил бўлганлигини кўрсатади. Ҳомиланинг териси бичилиб, киндикка меконий шимилади. Плацентада кўплаб петрификатлар ва дистрофик ўзгаришлар рўй беради.

Бу патологик ҳолатда ҳомиладорликнинг ўзи оғирлашган ҳолда кечишидан ташқари, кечиккан туғруқ ҳам оғирлашган ҳолда кечади. Бунда туғруқ фаолиятининг суестлиги, қоғоноқ сувларининг барвақт кетиши, ҳомила гипоксияси ривожланиши кузатилади. Муддати нормал туғруқдагига қараганда ҳомиланинг боми қатта бўлганлиги сабабли клиник тор чаноқ хусусиятлари ва аломатлари пайдо бўлади.

Туғруқда асоратлар кўп бўлганлиги туфайли турли акушерлик операциялари (кесар кесиш, акушерлик қисқичи солиш, вакуум-экстракция) кўпроқ ишлатилади.

Туғруқнинг 3-нчи даврида ва ундан кейин гипотоник қон кетиш анча кўп учрайди.

Муддатидан кейин туғишда акушерлик тактикаси қуйидагилардан иборат. Оператив туғдиришдан кўра табиий туғруқ йўллари орқали бошқариш муҳимдир. Бунинг учун бачадон бўйни меъёрига етилмаганлигини эътиборга олиб гормон-витамин-глюкоза-кальций билан даволашни бошлаш керак. Окситоцин, простагландин, энзопрост қўллаш ҳам энг самарали чоралардан бири ҳисобланади.

Ҳомиладорлиги муддатидан ўтган аёллар перинатал патология бўйича акушерлик травмалар ва қон кетиш бўйича «юқори хавфли» гуруҳига киритиладилар.

Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетишнинг олдини олиш чоралари акушерлик патологиясининг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги ҳозирги замон тушунчаларини ҳисобга олган ҳолда бажарилиши керак.

МАСАЛА 23 ёшли ҳомиладор аёл қорнининг пастки қисмида тўлғоқсимон оғриққа шикоят қилган ҳолда туғруқхонага қабул қилинди. Анамнезидан 13 ёшидан сурункали нефрит касаллиги билан оғриганлиги маълум бўлди. Болалигида тез-тез ангина билан оғриб турган. 12 ёшида тонзиллэктомия қилинган. Биринчи ҳайз кўриши 14 ёшидан бўлиб, 3—4 кун давомида, ҳар 35 кунда оғриқсиз кечади. Охирги ҳайзи 5 ой аввал бўлган. Ушбу ҳомиладорлик биринчи. Пайпаслаб кўрилганда бачадон танаси енгил кўзгалувчан бўлиб, қаттиқ. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадон бўйни 5 см узунликда бўлиб, чаноқ ўқидан орқага эгилган, бачадон бўйнининг ташқи тешиги нуқтасимон, ёпиқ. Чиқиндилар рангсиз.

Диагноз. Ушбу ҳомила учун қандай хавф бор? Врач тактикаси.

МАСАЛА 26 ёшли биринчи марта ҳомиладор аёл, тахминий туғруқ вақтидан икки ҳафта ўтгач, туғруққа тайёргарлик учун туғруқхонага етқизилди. Чаноқ ўлчамлари 26—29—32—21 см. Ҳомила бўйлама вазиятда бўлиб, боши кичик чаноқнинг кириш текислигига сиқилиб турибди. Қоғоноқ суви кетмаган. Қорин айлана-

си 100 см. Бачадон тубининг юқориги нуқтаси 38 см. Ҳомиланинг юраги минутига 136 марта аниқ ва ритмик ураяпти.

Диагноз. Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш режасини айтиб беринг.

Контроль саволлар.

1. Ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги ва муддатидан ўтиб кетишининг учраши.
2. Ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги ва ўтиб кетиши сабаблари, патогенези.
3. Текшириш усуллари.
4. Қайси аёлларда ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши хавфи учрайди.
5. Истмикоцервикал етишмасликни хирургик даволашга кўрсатмалар.
6. Операциядан аввал қандай текширишлар керак?
7. Ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги ва муддатидан ўтиб кетишида перинатал ўлим.

Амалий маҳорат.

1. Анамнез маълумотларини ойдинлаштириш, туғруқ тарихини расмийлаштириш, махсус акушерлик методларни ўзлаштириш.
2. Ҳомиладорликнинг муддатини аниқлаш.
3. Аёл организмнинг туғруққа тайёрлигини аниқлаш. (Хечинашвили методи ва кольпоцитограмма)

Адабиётлар.

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшченков А. П. Акушерство, М. «Медицина», 1986 стр. 258—285
2. Булиенко С. Д., Степанковская Г. К., Фогел П. И. «Недонашивание и перенашивание беременности», Киев, Здоровье, 1982.
4. Под редакцией Герасимовича Г. И. Справочник врача женской консультации, Минск, «Беларусь», 1988, стр. 134—137.
5. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство, М., «Медицина», 1989, стр. 73—108

МАНВЗУ: Ҳомиладорлик ва ички касалликлар.

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Муҳим ички органлар касалликларида, жумладан, юрак томир касалликлари, камқонлик, вирус гепатити ва пиелонефрити бор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши ва уларни бошқариш.

ВАЗИФАЛАР: 1. Юрак томир касалликлари, аввало, юрак пороклари бор аёлларда ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг кечиши, уни бошқариш.

2. Камқонлик ва унинг ҳомилага таъсири, ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши ва уларни бошқариш.

3. Вирус гепатитининг ҳомиладорлик ва ҳомилага таъсири, асоратларининг профилактикаси.

4. Пиелефритда ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши, давоси, профилактикаси, ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш.

МАШҒУЛОТ ЖОИИ: Аёллар консултацияси, акушерлик стационари.

КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР. Жадваллар, лаборатор маълумотлар, ҳомиладор ва туққан аёлларнинг индивидуал варақаси.

1. Юрак пороклари. Ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида аёлнинг юрак томир системаси ва бошқа муҳим аъзолар зиммасига катта оғирлик тушади. Аёл соғлом бўлса, организм бундай оғирликка чидаб, ўз вазифасини удралайди; Юрак-томир касалликлари бор аёлларда эса қон айланиши бузилиб, ёмон асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Ҳомиладорларнинг экстрагенитал патологияси орасида юрак-томир касалликлари кенг ўрин олган. Улар орасида юрак пороклари айтилган кўп учрайди. Юрак пороклари 75—90% ҳолларда ревматизм натижасида орттирилиб, 6,5—10% аёлларда эса туғма ҳолда учрайди.

Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг қандай ўтиши порокнинг формасига, юрак фаолиятининг етишмовчилиги, ревматизм жараёнининг активлигига

боғлиқдир. Орттирилган пороклар формасига кўра митрал стенози, митрал клапанларининг етишмовчилиги, комбинациялашган митрал пороки, аорта клапанларининг етишмовчилиги ва стенозига бўлинадилар. Булар орасида митрал клапанларининг етишмовчилиги ва стенози кўпроқ учрайди. Ревматизм жараёни актив ва ноактив фазаларга бўлиниб, асосан ҳомиладорликнинг биринчи ва учинчи триместрида қўзғаб, ҳомиладор аёлнинг аҳволи оғирлашиб қолади. Бундай пайтда периферик қонда актив ревматизмга хос ўзгаришлар ривожланади. Чунончи, нейтрофил лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиши тезлиги ошиб, қонда С-реактив оқсил, сиа́л кислотаси пайдо бўлади. АСЛО, АСГ, АСТ каби антителолар кўпайиб, дифениламин проба кўтарилади. Юрак касалликлари муносабати билан туғруқ вақтида, айниқса ҳомила туғиладиган даврда юрак фаолияти ва қон айланиши осон бузилади. Ҳомила туғилгач, қорин ичидаги босимнинг пасайиши туфайли коллапс рўй бериши, юрак фаолиятининг ишдан чиқиши оқибатида аёл нобуд бўлиши мумкин. Юракнинг декомпенсацияланган порокларида чала туғиш, туғруқ вақтида ҳомила асфиксияси кўп учрайдиган порокларда юрак фаолияти ва қон айланишнинг бузилиши камдан кам учрайди, одатда туғруқ ҳам нормал ўтади.

Юрак пороклари бор баъзи аёлларнинг юрак фаолияти чилла даврида декомпенсацияга учрайди.

Туғма юрак пороклари «кўк» ва «рангсиз» формаларда учрайди. «Кўк» пороклар оғир касаллик ҳисобланиб, бундай аёлларга ҳомиладорлик мутлақо манъ этилади. Булар Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадасидир. «Рангсиз» пороклар — битилмаган аортал оқими, қоринчалараро тўсиқнинг нуқсони, ўпка артериясининг торайиши ва аорта бўйнининг стенози — анча енгил формадаги пороклар саналади. Аммо, лекин порокнинг қай тури бўлишидан қатъий назар декомпенсация аломатлари бўлса, ҳомиладорлик аёл ҳаёти учун кўп хавфлидир.

Юрак-томир системасининг касалликларини ўз вақтида аниқлаш учун ҳомиладор аёллар консультациясида текширилади, ҳамда терапевт ва акушернинг мунтазам назоратида бўлади. Аёл соғлиги учун

хавфли ҳолатлар бўлса, (стеноз, миокардит, декомпенсация) ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатигача аборт қилинади. Муддат бундан ошган бўлса, ҳомила-ни олиб ташлаш хавфли, шунинг учун, аёл вақти-вақти билан стационарда ётқизилиб даволанади. Ҳомиладор аёлнинг аҳволи дори-дармонга қарамай, ёмонлашаверса, ҳомила олиб ташланади (имкони бўлса, табиий туғруқ йўллари орқали туғдирилади, агар акушерлик асоратлари юзага келса — кесар кесиш йўли билан).

Профессор Л. В. Ванина юрак порокларининг соғлиқ учун хавф-хатарини (риск) 4 даражага бўлади. 1-даражадаги хавфли гуруҳга юрак етишмовчилиги бўлмаган, ревматик жараёни қўзғалмаган юрак пороки бўлган аёллар киради, 2-нчи гуруҳга юрак етишмовчилигининг бошланғич белгилари (юрак уриши, ҳанспраш), ревматизмнинг биринчи даражадаги активлиги бўлган аёллар, 3-нчи гуруҳга юрак ўнг қоринча етишмовчилиги бўлган аёллар, яъни ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланиб декомпенсацияланган пороки бўлган аёллар, 4-нчи гуруҳга эса чап қоринча декомпенсацияланган етишмовчилиги ва юракнинг то-тал етишмовчилиги бўлган аёллар киради.

1-нчи гуруҳга тааллуқли аёллар учун ҳомиладорлик унча хавфли бўлмаса, 3-нчи гуруҳдаги аёлларга эса ҳаёт учун кўп хавфли саналади. Бу гуруҳдаги ҳомиладорлар ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатигача стационарга ётқизилиб, ҳомиладорликни давом эттириш мумкин ёки мумкинмаслиги аниқланади.

Иккинчи госпитализация — даволаш учун ҳомиладорликнинг 24—32 ҳафталиги муддати, яъни гиперволемия ривожланган вақтида, учинчи марта эса 37—38 ҳафталик муддатида туғруққа тайёргарлик режаси тузиш мақсадида ва кардиал терапия қабул қилиш учун стационарга ётқизилдилар. Булардан ташқари, ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида даволаш зарурати туғилса, ҳомиладор стационарга ётқизилади.

Юрак-томир системаси касалликлари бўлган аёлларда туғруқни бошқариш учун қуйидаги қондаларга амал қилиш лозим.

1. Туғруқни олиб бориш учун энг қулай йўл — табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш.

2. Кесар кесиш операциясини асосан акушерлик патологияси пайдо бўлгандагина бажариш.

3. Туғруқда кардиал дорилар (гликозидлар, витамин-энергетик комплекслар) кислород ингаляцияси қўллаш.

4. Ҳомиланинг сурункали гипоксиясига қарши доридармон ўтказиш.

5. Туғруқни виадрил ва натрий оксидутирати билан оғриқсизлантириш.

6. Бачадон ичи босимини пасайтириш ва юрак фаолиятини енгиллаштириш мақсадида бачадон бўйни канали 4—5 см очилгач, ҳомила пуфагини сунъий равишда ёриш.

7. Туғруқнинг сустиги ёки ҳаддан ташқари чўзилиб кетишига йўл қўймаслик.

8. Туғруқнинг иккинчи даврида акушерлик қисқичи солиш, перинеотомия ёки эпизеотомия қилиш.

9. Туғруқнинг учинчи даври ҳамда туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қон кетишнинг олдини олиш.

Чилла даврида бемор аёл антианемик дори-дармонлар қабул қилади, туғруқдан сўнг уч ҳафта ўтгач, уйига жавоб берилади ва терапевт назорати остида бўлади.

Махсус стационар шароитида интенсив кўзатувлар, юрак порокли касалларни узоқ муддат даволаш ҳомиладорлик ва туғруқнинг муваффақиятли кечишига ёрдам беради. Шунинг учун порокнинг ҳар қандай тури билан оғриган ёки юрак фаолияти етишмовчилиги бўлган бемор стационарда даволаниб, туғруққа рухсат олиши керак.

Ҳомиладорликда камқонлик (анемия). Камқонлик — деганда гемоглобин умумий ҳажмининг камайиши тушунилади, кўп ҳолларда камқонликни темир танқислиги деб ҳам юритилади. 15—80% ҳомиладор аёлларда камқонлик учрайди. 1-нчи даражали камқонликда — қон таркибидаги гемоглобин 100—91 г/л; 2-нчи даражали камқонликда 90—71 г/л; ва 3-нчи даражали камқонликда 70 г/л.дан паст бўлади.

Темир танқислигидан ташқари постгеморрагик, мегалобластик, апластик, гемолитик камқонлик турлари ҳам мавжуд. Ҳомиладорлар орасида темир танқисли-

ги натижасида ривожланган камқонлик кўп тарқалган. Қон зардобида темир миқдорининг камайиши гемоглобин таркибининг бузилишига, гипохром камқонлик ривожланиши ва тўқималар озиқланишининг бузилишига олиб келади. Ҳомиладор аёлларда камқонликнинг ривожланиши нотўғри овқатланиш, овқат ҳазм бўлишининг бузилиши, туғруқда кўп қон кетиши, уст-устига ҳомиладор бўлиш каби омилларга боғлиқ. Бундай ҳолларда темир миқдори камайиб кетиб, узоқ вақт давом этувчи эмизиш ёки кўп ва тез-тез туғиш туфайли организмнинг темир моддасига бўлган эҳтиёжи тобора кўпайиб боради.

Камқонлик ҳомиладорлик ва ҳомила ривожланишига, туғруққа салбий таъсир қилади. Жумладан 20—40% камқон ҳомиладорларда ЕРН — гестозлар ривожланади, 15—30% ҳомиладорларда чала туғиш, эрта сув кетиш ҳоллари ёки қон йўқотишининг ортиши кузатилади. Туғруқ пайтида содир бўлиши мумкин бўлган асоратларни (ҳомила гипоксияси, туғруқ кучларининг аномалияси) ҳисобга олиб, акушердан туғруқни кечиктирмай олиб бориш талаб қилинади. Бундай ҳолатда ҳатто озгина қон йўқотиш ҳам ёмон асорат қолдириши мумкин. Туғруқдан кейин гипогалактия ёки септик касалликлар ривожланиши мумкин. Камқонлик ҳолати аниқлангач, уни ўз вақтида даволаш лозим.

Камқонлик хавфи юқори бўлган аёллар айрим гуруҳларга бўлиниб, уларга олдин ҳам камқонлик билан касалланган аёллар, сурункали юқумли касалга дучор бўлганлар, кўп туққанлар, ҳомиладорлик вақтида қон таркибидаги гемоглобин миқдори 110 г/л га тенг бўлган аёллар киради. Бу аёллар гуруҳи диспансер назоратига олиниши лозим. Уларга камқонликнинг олдини олиш, яъни таркибида темир моддаси бор дорилардан тўрт-олти ой мобайнида қабул қилиш тавсия этилади. Бу дорилар ферруплекс, кондиферон, ферроградумет, тардиферон ва бошқалардир. Анемия профилактикаси ҳомиладорликнинг 12—14 ҳафтасидан бошланади. Енгил формадаги камқонликни аёллар консультациясида амбулатор даволаш мумкин, ўрта ва оғир формаларигина стационар даволашга муҳтождир.

3. ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ — кенг тарқалган касаллик бўлиб, ҳомиладорлик пайтида айниқса оғир ўтади ва хатарли ҳисобланади. Бунда ҳомиладорликнинг муҳим асоратларидан бири чала туғиш ва қон кетиш ҳисобланади.

Юқумли гепатитлар туридан В гепатити кўпроқ учраб, алоҳида аҳамиятга эгадир, у айниқса оғир ўтади ва кўп ҳолларда ўткир жигар етишмовчилигига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши: кўп ҳолларда чала туғиш сариқлик даврининг авж олган пайтида, кузатилади, туғруқдан кейинги дастлабки соатларда қон кетиш тез-тез учраб туради. Юқумли гепатит ҳомилага таъсир қилади, гепатитнинг ўткир даврида туғилган болалар кўпинча гипоксия ҳолатида чала туғилади ва уларда ҳомила ривожланишининг орқада қолиши синдроми (СЗРП) кузатилади. Зардобли гепатит турида туғруқ пайтида она қонида австралия антигени мавжуд бўлса, болага юқиши хавfli ҳам бор. Заҳарланган қоғоноқ суви ҳомила туғилаётганда аспирация қилинса ёки терисида жароҳат бўлса, терига шимилса бола заҳарланади. Бола она кўкраги сўрғичлари ёрилиши оқибатида кўкрак сути орқали ҳам заҳарланиши мумкин.

ДАВОСИ: бемор тўшакка ётқизилиб қонда билирубин миқдори ва аминотрансфераз активлиги камайгунча парҳезда сақланади ва инфузион терапия ўтказилади. Беморнинг овқати оқсил, углевод ва витаминларга бой бўлиши керак, дорилардан глюкоза, гемодез, альбумин, серипар, эссенциале, оғир ҳолларда эса глюкокортикоидлар ишлатилади. Туғруқ қабул қилувчи акушер-гинеколог юқумли гепатитни даволаш усулларида хабардор бўлиши керак.

Бироқ, ҳомиладор аёлда сариқлик белгилари пайдо бўлса ёки юқумли гепатит гумон қилинса, амалий врач асосан қуйидаги эпидемиологик тадбирларни бажариши керак: 1. Касални алоҳида палатага кўчириш; 2. Идиш ва алоҳида асбоблар (шприц ва ҳ. к.) ажратиш; 3. Инфекционист врачни консултацияга чақириш; лаборатория кузатувлари ўтказиш ва бошқалар.

Юқумли гепатит тасдиқлангач, ҳомиладор, туққан

аёл ва туғилган бола албатта махсус стационарга кўчирилади.

Юқумли гепатит ва унинг асорати (жигар комаси, жигар циррози) она ва бола соғлиғига жиддий хавф туғдириши мумкин, шунинг учун амалий равишда ёрдам кўрсатувчи врачнинг муҳим вазифаларидан бири, профилактик тадбирларни тўғри ташкил этиши ва бажариши лозим:

4. **ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПИЕЛОНЕФРИТ.** Пиелонефрит буйрак касалликлари ичида кўп учрайдиган патология бўлиб, аёллар орасида кенг тарқалган. Ҳомиладор аёлларнинг 0,5—8%ида бу касаллик аниқланади.

Қасаллик тарқатувчи микроорганизмлар — пчак таёқчалари энтерококк, клебселле, стафилококк, стрептококк ва бошқалар асосан гематоген йўл орқали, баъзан эса сийдик йўллари орқали буйракка тарқалади. Уни аниқлашда лаборатор текшириш натижалари — пиурия, бактериурия, қонда лейкоцитоз ва хромоцитоскопия кўрсаткичлари катта ёрдам беради. Айрим текширишлар (Нечипоренко ёки Каковский — Аддис усули бўйича) — гематурия, бактериурия борлигини кўрсатади. Сурункали пиелонефрит одатда болаликдан бошланади, аммо кўп йиллар симптомсиз ўтиши мумкин. Қасаллик белгиларининг қайта намоён бўлиши аёл ҳаётининг гормонал ривожланиш давлари билан узвий боғлиқдир. Булар — балогатга етиш даври, турмуш қуриш, ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнлари ҳисобланади. Пиелонефритда буйрак жомлари ва каналчалари яллиғланиб патологик жараён буйракнинг интерстициал тўқималарида ривожланади ва унинг склерозланиши билан тугайди. Буйрак каналларининг қисилиши туфайли буйракнинг концентрацион қобилияти бузилади, натижада гипостенурия ривожланади. Сийдикнинг нисбий зичлиги 1015 дан кам бўлиб нефрон концентрацион функциясининг пасайишидан далолат беради. Бундай ҳолларда қон таркибидаги мочевино, креатинин ёки азот қолдиқларини аниқлаш зарур, лекин вена ичидан урография қилиш ҳомиладорларга мумкин эмас. Сурункали пиелонефрит узоқ давом этса нефрогенгипертензияга олиб келади, шунинг учун кўз туби текширилиб, ЭКГ қилиш керак. Ҳоми-

ладорлик пиелонефрит кечишни оғирлаштиради. Ҳар уч ҳомиладорликдан бирида пиелонефрит бир, икки, ҳатто уч мартагача қўзғалиб туради. Ўз навбатида пиелонефрит ҳомиладорликнинг кечиши ва ҳомилага салбий таъсир қилади. Жумладан, кеч токсикозлар, чала туғиш, касалликнинг ҳомилага юқиши, ҳомила гипотрофияси бу касаллик билан оғриган ҳомиладорларда тез-тез учраб туради. Перинатал ўлим 30% га етади, чилла даврида септик касаллик кўпаяди. Пиелонефрит касалига дучор бўлганлар хавfli гуруҳга киртилади. 1-даражали хавfli гуруҳга ҳомиладорлик пайтида биринчи марта пиелонефрит билан оғриган беморлар, 2-даражали — ҳомиладорликдан олдин касалланган сурункали пиелонефритни бўлган беморлар ва 3-даражали хавfli бўлган гуруҳга — бирдан бир буйрагининг пиелонефритни бўлган ёки пиелонефрит гипертензия ва азотемия билан оғирлашган касаллар киради. 1- ва 2-даражали хавfli бўлган беморларга ҳомиладор бўлиш рухсат этилади, улар аёллар консультациясида диспансер ҳисобида туриб, ҳар икки ҳафтада, 22—28 ҳафтасидан бошлаб — ҳар ҳафтада бир марта сийдиги лаборатор текширилади. 3-даражали хавfliга оид касалларга эса ҳомиладорлик мўмкин эмас. Бундай аёлларнинг саломатлиги ҳомиладорлик вақтида кескин ёмонлашади, камдан-кам ҳолларда болани тирик олишга муваффақ бўлинади ёки ҳомилани сақлаб қолишга эришиш муваффақият келтирмайди. Якка буйракли ҳомиладорлар пиелонефритни баъзан жарроҳлик аралашувини (нефректомия) тақозо қилсада, амалда бунга бажариб бўлмайди, шунинг учун аёл ўлимга маҳкум бўлиб қолади. Пиелонефритни бўлган ҳомиладорлар касаллик қўзиганида, кеч токсикозлар (гестозлар) белгилари пайдо бўлганда ёки ҳомила гипоксияси ҳамда гипотрофияси ривожланганда ётқизишни керак.

Бу бемор аёлларни табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш мақсадга мувофиқдир. Пиелонефритни даволашда ЕРН — гестоз бўлмаса, махсус парҳез ва ош тузи истеъмол қилишни чегаралаш талаб қилинмайди. Жараён қўзғалганда эса кўп миқдорда суюқлик истеъмол қилиш тавсия этилади. Пиелонефритни бўлган ҳомиладорларни албатта стационар шароитида даво-

лаш зарур. Даволашнинг асосини антибактериал терапия ташкил этади. Бунинг учун оксациллин, ампициллин, цефалоспориинлар, ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин эса аминогликозидлар қўлланилиши мумкин; ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлик давридан бошлаб 5—НОК, невигамон, нитрофуранлар (фурагин, уросульфан) қўлланилади. Консерватив доридармонлар, буйракни катетеризациялаш ёрдам бермаса, урологлар буйракни декапсуляция ёки резекция қилишни тавсия этадилар. Пиелонефрит бўлганда ҳомиладорликни тугатиш касаллик кечишини енгиллаштиролмайди.

Ўткир пиелонефритда организмда интоксикация ривожланиб, беморнинг аҳволи оғирлашади, тўсатдан бадан ҳарорати кўтарилиб, белда қаттиқ оғриқ, қусиш, тез-тез сийиш, гематурия каби белгилар кузатилади. Шунинг учун беморга дизентоксикацион дорилар (гемодез, реополиглюкин), оқсил препаратлари (протеин, альбумин), десенсибилизацияловчи (димедрол, супрастин, дипразин) ва спазмолитик дорилар (баралгин, цистенал, папаверин) юборилади. Булардан ташқари сийдик ҳайдайдиган воситалар (кюквадан тайёрланган морс, толокнянка, қирқ бўғин) ҳам тавсия этилади.

Туғруқдан кейин пиелонефрит одатда 6—12 кунлари қўзғайди ва кўпинча септик касаллик ривожланишига сабаб бўлади.

Туғруқдан кейин аёл туғруқхонадан жавоб берилгач, уролог назорати остида бўлади. Амалда шу нарса маълумки, ҳомиладорлик пайтида ўткир пиелонефрит билан оғриган аёлларнинг 20—25%да туғруқдан кейин сурункали пиелонефрит ривожланади.

Контроль саволлар:

1. Юрак пороклари бўлган аёлларнинг она ва ҳомила учун хавф даражаларини айтиб беринг.
2. Қардиал патологияда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш усуллари.
3. Камқонликнинг ҳомила ва ҳомиладорликка салбий таъсирларини айтиб беринг.
4. Анемия бўлган ҳомиладорларни даволаш.

5. Юқумли гепатитда ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши.

6. Пиелонефритнинг она ва болага таъсири ва хавфи.

Амалий маҳорат.

1. Ҳомиладор аёлларда ревматизм жараёнининг активлигини аниқлай олиш.

2. Юрак пороки бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни рационал олиб бориш.

3. Ҳомиладорларда анемияни аниқлай олиш ва туғруқни олиб бориш.

4. Вирусли гепатит билан оғриган беморларда ҳомила ва туғруқ патологиясини аниқлаш.

5. Пиелонефритни ҳомиладор аёлларда аниқлаш ва даволаш.

Адабиётлар:

Бодяжина В. И.

Жмакин К. Н. Акушерство М. Медицина. 1986,

Кирюшенков А. П. стр. 239—255.

Ванина Л. В. Пороки сердца и беременность. М. 1971.

Серов В. А.

Стрижаков А. А. Практическое акушерство, М, 1989,

Маркин С. А. 108—132 стр.

Шехтман М. М. Экстрагенитальная патология и беременность, М. 1987.

Закиров И. З. Беременность и плод при болезни Боткина, Ташкент, 1973.

МАВЗУ: ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ СЕПТИК ҚАСАЛЛИКЛАР

Машғулотнинг мақсади: Чилла даври инфекцион касалликларининг классификацияси, этиология ва патогенези, тарқалиш йўллари, клиник кечишининг хусусиятлари, диагностикаси ва даволаш принципларини ўрганиш.

Вазифалар: 1. Пуэрперал инфекциянинг этиологияси ва тарқалиш йўлларини билиб олиш.

2. Чилла давридаги инфекцион касалликларни аниқлай олиш.

3. Чилла давридаги инфекцион касалликларни даволаш принципларини ўзлаштириш.

4. Инфекцион касалликлар хавfli аёллар гуруҳини аниқлаш.

Машғулот жойи: Обсервацион бўлим.

Кўргазмали қуроллар: Мавзу бўйича таблица, слайдлар, касаллик тарихидан кўчирмалар, рентгенограммалар, ультратовуш аппарати ва бошқалар.

Машғулот мазмуни: Чилла давридаги септик касалликлар туғруқ вақтида ҳосил бўлган жароҳат юзалари орқали микроблар кириши натижасида келиб чиқади. Чилладаги касалликларнинг этиологияси таҳлил қилинар экан, бу касалликларнинг полиэтиология хусусиятга эга эканлигига аҳамият бериш лозим. Амалда эса бу касалликларнинг сабаби кўпроқ патоген стафилокок ва стрептококлардир. Ҳозирги вақтда граммусбат анаэроб кокklar, микроблар ассоциацияси, бактерондлар, генитал микоплазма, тилларанг стафилококklar касал қўзғатувчи микроорганизмлар саналади.

Инфекциянинг бирламчи ўчоғи бўлиб бачадон ҳисобланади. Чилладаги септик касалликлар С. В. Сазонов ва А. В. Бартельс классификацияси (1948) бўйича ягона жараён бўлиб қуйидаги босқичларга бўлинади:

Биринчи босқич — инфекция туғруқ жароқати соҳасида чегараланган бўлади (оралиқ, қин девори, бачадон бўйнидаги туғруқ яраси. эндометрит).

Иккинчи босқич — инфекция бирламчи ўчоқдан ташқари чиқади, лекин чегараланганича қолади: метрит, метротромбофлебит, параметрит, чаноқ веналарининг тромбофлебити ва сон венасининг чегараланган тромбофлебити, пельвеоперитонит.

Учинчи босқич — инфекция оғирлиги жиҳатидан тарқалган инфекцияга яқин туради — сидирға (диффуз) перитонит, авж олувчи тромбофлебит.

Тўртинчи босқич — кенг тарқалган инфекция (умумий септик касалликлар) септицемия, септикопиемия, септик шок.

Сўнгги йилларда ҳам чилладаги септик касалликлардан ўлиш ҳоллари учраб турибди, оғир даражадаги септик касалликлар ҳам кам эмас. Септик инфекциянинг унча билинмайдиган енгил формалари, экстрагенитал формалари, айниқса мастит кўп учрайдиган бўлиб қолди. Сўнгги йилларда туққан аёлларнинг йирингли септик касалликлари, тобора кўп учрамоқда. Бунга кўп омиллар сабаб бўлмоқда. Биринчидан, атроф муҳитнинг зарарли таъсири ошиб бормоқда, касал қўзғатувчи микроблар хусусияти ўзгарилиб, антибиотикка чидамли, ҳатто антибиотикка боғлиқ бўлган хиллари тобора кўпайиб бормоқда, кортикостероид ва цитостатик дорилар кўп ишлатилиши натижасида аёлларнинг иммунитетини пасайиб бормоқда, касалларнинг аллергияси ошиб бормоқда.

Ҳозирги вақтда акушерликда касалликни аниқлаш ва уни даволашнинг янги усуллари қўлланилмоқдаким, бу усуллар инфекция киришига ва унинг тарқалишига йўл очиб бериши мумкин (амниоцентез, амниоскопия, кесар кесиш ва бошқалар).

Чилладаги инфекцион касалликларнинг баъзи бир хиллари:

Туғруқ яраси—оралиқ, қин девори ва бачадон бўйнида бўлиб, бунда касал жинсий аъзолари соҳасида оғриқ сезади, тана ҳарорати 38° гача кўтарилади. Бу ҳол 4—5 кун давом этади, яранинг юзаси йирингли киркулранг ёки сарғимтил кулранг парда билан қопланиб,

бу парда тўқимадан жуда қийин ажратилади, яра осонгина қонайди. Яра атрофида шиш ва яллиғланиш (қизариш) пайдо бўлади.

Давоси: некроз парда бўлса 10% ли натрий хлорид эритмасига докка салфеткани қўллаб ярага бостирилади. Антибиотикли малҳамлар суртилади. Оралиқ тикилган бўлса, чоқларни ечиш зарур, агар йиринг бўлмаса малҳамлар, УВЧ, кварц қўйилади.

Эндометрит — (бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши). — Қўлинча асептика ва антисептика қондаларини бузиш, узоқ муддатга чўзилган туғруқ, сувсиз даврнинг чўзиллиши, аёлларнинг туғруқда жароҳатланиши, оператив усул билан туғдириш, туғруқда кўп қон кетиши, туғруқдан кейин септик касалликлар вужудга келишига замин яратади.

Клиникаси—ҳарорат кўтарилиб, томир уриши тезлашади, бачадон инволюцияси сусайиб, унда оғриқ сезилади. Сассиқ ҳидли чиқиндилар келади. Бу касалликда лохиометра ва субинволюция бўлиб туради.

Давоси: Антибактериал, десенсибилизацияловчи, бачадонни қисқарттирувчи дорилар. Бачадон бўшлиғига антисептик (диоксидин, антибиотиклар) дорилар юборилиб, инстиляция қилинади. Қориннинг пастки қисмига муз қўйилади, қоннинг реологик хусусиятларини нормаллаштирадиган дорилар; оқсил компонентлари—гаммаглобулин, плазма, антикоагулянтлар ишлатилади. Даволаш бактериологик текшириш назоратида олиб борилади.

Параметрит — лимфа йўллари орқали инфекция тарқалиши натижасида бачадон атрофи тўқимасининг яллиғланиши.

Клиникаси: туғруқдан 10-12 кун ўтгач, тана ҳарорати 39° гача кўтарилиб, жунжикиш пайдо бўлади. Қориннинг пастки қисмларида пастга тортғудай бўлиб оғриқ сезилади. Касалликнинг бошланишида яллиғланиш соҳасида шишинкираш пайдо бўлиб, 2-3 кундан сўнг у хамирга ўхшаб қолади, кейин эса унинг ҳажми яна ҳам каттароқ бўлиб, икки қўллаб гинекологик текширилганда инфилтрат бачадон атрофи ва чаноқ девори орасида ўрнашган бўлиб, кучли оғриқ чақиради. Агар бемор вақтида даволанмаса, 3-4 инчи хафтага бо-

риб йиринг пайдо бўлади ва тана ҳарорати ремиттик ҳолатда кўтарилиб пасаяверади, абсцесс очилмаса ўзича ёрилиши мумкин.

Давоси: Йиринглаган жой қин орқа гумбази орқали пункция қилиниб, параметрал тўқимага антибактериал дорилар юборилади. Бундан ташқари, давоси эндометрит давосига ўхшайди.

Сальпингоофраит — бачадон ортиқларининг яллиғланиши.

Клиникаси—туғруқдан кейин 10-12 кун ўтгач беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, аҳволи ёмонлашади, иштаҳаси бўғилади, қориннинг пасти қаттиқ оғрийди, сийдик чиқариш ва дефекацияда қийналади, ич қотади. Қасалликнинг дастлабки кунларида қорин тараф тортиб, пайпаслаганда безиллаб туради. Шчеткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлиши мумкин.

Икки қўллаб текширилганда бачадон ортиқларининг катталаниб, безиллаб турганлиги аниқланади. Қасаллик турлича ўтади: бемор тез соғайиб кетиши мумкин ёки яллиғланиш сурункали формага ўтиши, бачадон ортиқларида абсцесс ҳосил бўлиши мумкин.

Давоси: Параметрит давосига ўхшайди.

Пельвеоперитонит — чаноқ қорин пардасининг яллиғланишидир.

Қасаллик кўпинча гонорея инфекцияси заминидан вужудга келади,—(махсус) формаси. Бундан ташқари, септик номахсус пельвеоперитонит ҳам учрайди. Қорин пардасининг яллиғланиши сабабли экссудат ҳосил бўлиб, унда фибрин борлигидан чаноқ аъзолари, ичаклар ва чарви бир-бирига ёпишиб қолади. Натижада конгомерат ҳосил бўлиб, унда бачадон ва бошқа аъзоларни аниқлаш қийин бўлиб қолади.

Клиникаси—туғруқнинг 10—20 кун тўсатдан тана ҳарорати 39—40° гача кўтарилиб, жунжикиш ва қорин пастида кучли оғриқ пайдо бўлади. Аёл кўнгли айниб қусади, қориннинг пасти дамланиб тараф тортади ва Шчеткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, уйқуси бузилади, пульси тезлашади, тили қуруқ бўлиб, караш бойлайди. Аускультация килинганда қорин бўшлиғида перистальтика шов-

қинлари тез-тез ва аниқ эшитилиб туради. Қин орқали текширилганда, қорин пастининг таранг тортилиши ва оғриқ сабаблари ички жинсий аъзоларни пайпаслаб, Уларни аниқлаш имкони бўлмайди. Қасаллик жараёни ҳар хил бўлиши мумкин. Баъзан тана ҳарорати аста-секин нормаллашиб тузала бошласа, баъзида инфекция тарқалиб умумий перитонитга айланади.

Давоси: Қаравотнинг бош тарафини баландроқ кўтариб, касал ётқизилади, қорин пастига муз халта қўйилади ва эндометрит давосига ўхшатиб даволанади. Бундан ташқари қиннинг орқа гумбазидан пункция ёки кольпотомия қилинади, агар диффуз (тарқалган) перитонитга ўтиб кетса лапаратомия қилиш лозим.

Тромбофлебит — вена деворининг яллиғланиб тромб ҳосил бўлишидир. Таснифи: 1) Метротромбофлебит.

2. Чаноқ веналари тромбофлебити.

3. Оёқнинг чуқур веналари тромбофлебити.

Қлиникаси—тромбофлебит дарақчилари қуйидагилардир: узоқ вақт давом этадиган субфебрил ҳарорат, томир уришининг юмшоқлиги, тезлиги, болдир мушакларида оғриқ пайдо бўлиши, томир йўли бўйлаб сезиладиган оғриқ, манжетканинг мусбат пробаси, протромбин индексининг юқори кўрсаткичлари, қон нившининг тезлашиши ва бошқалар.

Тромбофлебитнинг қайси хили бўлишидан қатъий назар, қуйидаги умумий белгилар характерлидир. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда бўлиб, тана ҳарорати $37-38,5^{\circ}$, томир уриш тезлиги минутига 100 мартагача, бир марта бўладиган жунжикиш, қон таркибида гиперлейкоцитоз ҳамда эритроцитларнинг чўкиш тезлиги сал ошган бўлади. Баъзида оёқ шишинқираб, териси қизариб, болдир оғриб туради.

Давоси: тромбофлебит ривожланишидан дарақ берувчи белгилар пайдо бўлса, беморнинг оёқларини баланд кўтариб ётқизиб қўядилар. Бевосита таъсир қилувчи (гепарин) ва билвосита таъсир қилувчи (пелентан, синкумар, фенилин, компламин) антикоагулянтлар берилади. Бу дорилар ишлатилганда қон нивш тезлиги вақти, протромбин индекси текшириб турилади. Булардан ташқари антибиотиклар, спазмолитиклар, десенси-

билизацияловчи дорилар ишлатилади. Тана ҳарорати нормал бўлиб, эритроцитлар чўкиш тезлиги соатига 30 мм. дан паст бўлса, беморга ўрнидан туришга руҳсат этилади. Жарроҳлик даволаш зарур бўлса, ихти-сослашган бўлимга ўтказиш лозим.

Акушерлик перитонити—қорин пардасининг яллиғла-ниши—чилла давридаги инфекция касалликларининг энг оғир формаларидан биридир. Инфекция ўчоғи асо-сап бачадон бўлиб, кесар кесиш операциясидан кейин кўпроқ учрайди.

Клиникаси: Туғруқдан кейин 3-8 кун бемор қўнгли айниб, қусади ичи дам бўлади (Шеткин белгиси ман-фий бўлиши мумкин), тана ҳарорати кўтарилади (ка-саллик жуда оғир ўтганда ҳарорат кўтарилмайди), то-мир тез-тез уради, тил қуруқ бўлади, кўз ич-ичига бо-тиб, бурун чўччайиб қолади. яъни бактериал токсин интоксикацияси, гиповолемия, ичак-ошқозон парези каби етакчи белгилар касалликдан дарак беради.

Давоси: Жарроҳлик ва комплекс интенсив даволардан иборат. Бачадон бачадон найчалари билан бирга олиб тақланади (экстирпация қилинганда қин гүмбази ти-килмай қолдирилади). Қорин бўшлиғига дренаж найча-лар солиниб, қорин бўшлиғи антибиотикли суюқликлар билан тўлииб турилади.

Комплекс интенсив даволашнинг асосий қисми—ин-фузион - трансфузион терапия ҳисобланади. Бунинг учун қон ўзининг босувчи суюқликлар, микроциркуля-цияни нормаллаштирувчи, ДВС синдромига қарши до-рилар (гепарин, никотин кислотаси, контрикал) ишла-тилади.

Септик шок —микроблар эндотоксини, баъзида эса экзотоксини таъсирида пайдо бўладиган шок бўлиб, чилладаги септик касалликларнинг энг оғир формаси бўлиб ҳисобланади.

Клиникаси—Туғруқдан 2-3 кун ўтгач, тана ҳарорати 40-41° гача кўтарилади, қаттиқ жунжиш бошланади, томир уриши тезлиги минутига 120—140 мартага етади. Беморнинг аҳволи тобора оғирлашиб, тили қўриб, кар-ра боғлайди, баъзан заҳарли ич кетиш бошланади, бе-мор алаҳлайди, қон босими кескин пасайиб, териси

сарғайиб қолади. Дастлаб беихтиёр сийишда қийналади, кейин эса олигурия ва анурия бўлади. Қориннинг ҳар жой-ҳар жойида қаттиқ оғриқ бошланади.

Шу вақтда қон айланиши бузилиши даволанмаса, буйракнинг ўткир етишмовчилиги бошланади (буйрак тўсатдан ишдан чиқади) унинг заминида буйрак пўстлоғидаги қон томирларининг рефлектор спазми ётади. Интоксикация натижасида марказий нерв системаси иши, юрак, қон томирлари, нафас олиш, овқат ҳазм қилиш системаларининг иш фаолиятлари бузилади.

Давоси: Дарқол вена томирига 1-2 литргача плазма ёки плазма ўрнини босувчи (полиглюкин, реополиглюкин) дорилар, 200-500 мл. қон. спазмолитик (промедол, пипольфен) дорилар, преднизолон юборилади.

Септик шокни даволашнинг биринчи ва асосий омили инфекция ўчоғини (туғруқдан кейинги бачадонни) олиб ташлашдир. Шунинг учун бачадон бутунлай олиб ташланади.

Антибактериал, қон босимини нормаллаштирувчи, нерв системаси фаолиятини нормаллаштирувчи, гипоксияга қарши, коагулопатия олдини олувчи ва буйрак етишмовчилигини даволовчи дорилар ишлатилади.

Септицемия—умумий оғир ўткир септик касаллик бўлиб, қонга кирган микроблар кўпайиб, қон билан бутун организмга тарқалади ва уни захарлайди, органларда дистрофик ўзгаришлар рўй беради.

Клиникаси—туғруқдан кейин 2-3 кун ўтгач, аёл қалтираб, тана ҳарорати 40-41° гача кўтарилади, аҳволи кескин даражада оғирлашади. Бемор уйқучан, бепарво бўлади, боши оғрийди, баъзан безовталаниб, алаҳлайди, томири тез-тез уриб, боши оғирлашади, тили қуриб, караш бойлайди, териси қуруқ, оч кулранг ёки оч сарғиш тусга киради, унда майда тошмалар (капилляр қон қуйилиш) пайдо бўлади. Ич кетади, юрак фаолиятининг сусайганлиги сабабли қўл-оёқ кўкариб кетади. Қон ундирилганда (бунинг учун 2 кун давомида ҳар 2 соатда томирдан қон олиб кунига 5 марта касал қўзғатувчи микроблар аниқланади) септицемияни қўзғатган микробни топши мумкин.

Септикопиемия — деб ўпка ва бошқа органларда септик ўчоқ ҳосил қилиб кечадиган энг оғир септик касалликка айтилади. Бу касалликда микроблар метастатик ўчоқлардан ҳар замонда қонга ўтиб, янги ўчоқлар ҳосил қилади, булар эса йирингланади.

Клиникаси: Септицемиёдаги каби беморнинг аҳволи оғир, тана ҳарорати юқори, қалтирайдн, томри тез-тез уради. Булардан ташқари бирон орган (ўпка, юрак...)нинг зарарланнш белгилари ҳам қўшилади. **Метастатик ўчоқ ўча бошлаганда** беморнинг аҳволи бир қадар яхшиланади, қалтираш босилади, тана ҳарорати пасаяди. Янги метастатик ўчоқ пайдо бўлгач—бемор аҳволи яна оғирлашиб бирор органнинг зарарланганлигига алоқадор белгилар қўшилади.

Септицемиё ва септикопиемиёнинг давоси: Даволашнинг асосий вазифалари—бемор организмнинг чидамини ошириш ва касаллик қўзғатган микробга қарши курашишдан иборат. Эффе́ктив даволашнинг асосий гарови—даволашни ўз вақтида, кечикмасдан бошлашдир.

Булар қуйидагилар:

1. Беморни тўғри парвариш қилиш (тозалик, кийим бошини тез-тез алмаштириш, оғиз бўшлиғини борат кислотасининг кучсиз эритмаси билан артиб туриш, думғаза-умуртқа поғонаси, курак атрофларини ётоқ яралар пайдо бўлмаслиги учун камфора спирти билан артиб туриш лозим), ташқи жинсий органларини ювиб туриш лозим.

2. Беморни овқатлантириш (калорияли, мазали, осон сингадиган, хар-хил овқатлар, ширинлик, сарнёғ, дам-лама гўшт, балиқ, товуқ, тухум, творог, ҳўл мева, етарли даражада суюқлик, витаминлар берилади).

3. Антибактериал дорилар.

4. Бошқаряладиган гипokoагуляция чақриш учун—геларин кенг қўламда ишлатилади.

5. Агрессив ферментларни ингибиция қилувчи дорилар (гордокс, контрикал).

6. Иммунитетни кучайтирувчи дорилар Т—активин, антистафилококк плазма.

7. Дезинтоксикацион, десенсибилизацияловчи дори-

лар, ультрабинафша, лазер нурлар, симптоматик дорилар.

Чилладаги мастит—сут безларининг яллиғланиши. Қасаллик қўзғатувчи асосан тилла ранг стафилококк бўлиб, сут безларига лимфоген ва лактоген йўллар орқали тарқалиб сут безларининг эмчак учидаги ёриқлари, айниқса, сут безларидаги сутнинг қотиб қолиши инфекция қириши учун қулай шароит яратади.

Клиникаси уч босқичдан иборат:

1. Серозли мастит.
2. Инфильтрацион мастит.
3. Йирингли мастит.

Қасаллик бадан ҳароратининг 39° ва ундан ҳам баланд кўтарилиши, эт жунжиши, бош оғриғи, сут безларида оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Бемор маънос бўлиб, сут бези катталашади, пайпаслаганда касал сут бези соғлом безга қараганда иссиқроқ бўлади, қўлиқ ости лимфа безлари катталашиб оғрийди. Қасаллик учинчи—йирингли босқичга ўтса ҳарорат яна ҳам кўтарилиб, эт увишади, иштаҳаси бўғилиб, уйқуси бузилади. Сут безидаги инфилтрат катталашиб, унда флюктуация пайдо бўлади.

Инфекция локализацияси: субареоляр, интрамаммар, ретромаммар.

Давоси. Биринчи босқичда сут безлари соғилади, антибиотиклар ишлатилиб, муз қўйилади, ретромаммар блоқада қилиш мумкин. Учинчи босқичда хирургик йўл билан даволаш, яъни абсцессни очиб, дренажлар қўйиш лозим.

Чилладаги инфекцион касалликлар профилактикаси.

1. Ҳомиладорлик пайтида мунтазам врач назоратида бўлиб, инфекция хавфи бўлган аёлларни алоҳида диспансер гуруҳга олиш, улар билан керакли даволаш-профилактик ишларни олиб бориш.

2. Туғруқни рационал бошқариш.

3. Туғруқ асоратларининг олдини олиш (вақтидан олдин сув кетиши, туғруқнинг чўзилиб кетиши, туғруқ шикастлари, туғруқда қон кетиши).

4. Туғруқда қинни санация қилиш.

5. Кесар кесиш операциясини ўз вақтида ўтказиш.

6. Туғруқдаги жароҳатларни тикиш.

7. Чилла даврида бачадон субинволюциясининг олдин олиш.

8. Чилладаги инфекцион касалликларни бошиданок аниқлаб, вақтида даволаш.

9. Санитария-эпидемиология қоидаларига тула-тўқис амал қилиш.

МАСАЛА:

Туғруқда гипотоник қон кетганлиги туфайли бачадон бўшлиғи қўл суқиб текширилди. Аёл 500 мл қон йўқотди. гемотрансфузия ўтказилмади.

Чилланинг бешинчи кунни бемор ҳарорати 38° гача кўтарилиб, томир уриши минутига 106 мартага етди, тили тоза, ҳўл, сут безлари юмшоқ, оғриқсиз. Қорин девори юмшоқ, пастки қисмлари пайпасланганда сал оғриқ сезилади. Бачадон туби киндикдан 4 см. пастда, лохиялар сассиқ ҳидли бўлиб, хира қон-серозли. Қорин пардаси қитиқланганлиги белгилари йўқ. Сийдик чиқариш ўзгармаган. Қон таркибида эритроцитлар—3,1 млн, гемоглобин—9,6 г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоцитлар 12,4 минг, сийдик таркиби ўзгармаган.

Диагноз қўйинг. Врач тактикасини аниқланг.

МАСАЛА:

Туғруқнинг II даврида чот сўтиляши хавфи пайдо бўлганлиги сабабли перинеотомия қилиниб, бола соғ-саломат туғилди. Туғруқ йўллари текширилиб кўрилганда бачадон бўйни жароҳатланмаганлиги аниқланди, қиннинг ўнг деворида чуқур йиртиқ бўлиб, чот ва қин деворлари кетгут ва ипак иплар билан тикилди. Чилла даврининг биринчи 10 кунда аёлнинг бадан ҳарорати кўтарилиб (субфебрил) болдир мушакларида оғриш пайдо бўлди. 14-кун — ўнг оёқда кескин оғриқ пайдо бўлиб, ҳарорати 39° гача кўтарилиб, эт жунжиши бошланди, 16 кунга бориб ўнг оёқ шишиб кетди.

Диагноз? Қандай қўшимча текширишлар ўтказиш мумкин? Врач тактикаси?

КОНТРОЛЬ САВОЛЛАР:

1. Чилладаги септик касалликларнинг классификацияси.

2. Септик касалликларни аниқлаш усуллари.
3. Септик касалларни даволаш принциплари.
4. Маститнинг классификацияси.
5. Септик шок нима, уни даволаш принциплари.
6. Перитонитнинг клиникаси ва диагностикасини ай-тиб бериш.
7. Пельвеоперитонит ва перитонитни даволаш принципларини айтиб бериш.
8. Чилладаги септик касалликларнинг олдини олиш принциплари.

АМАЛИЙ МАҲОРАТ

1. Пуэрперал инфекция қўзғатувчи микробларни ва уларнинг тарқалиш йўлларини билиш.
2. Чилла давридаги инфекцион касалликларни аниқлаш ва унга диагноз қўйиш учун қўлланиладиган усулларини билиш.
3. Чилла давридаги инфекцион касалликларини даволаш принципларини ўрганиш.
4. Пуэрперал инфекциянинг олдини олиш йўллари ва инфекция хавфи бўлган аёллар гуруҳини аниқлаш.

АДАБИЁТЛАР:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кириюшенков А. П. Акушерство, М. «Медицина» 1986, стр. 408-430.
2. Гранат Л. Н. Послеродовой мастит Л. «Медицина» 1973.
3. Бартельс А. В. Послеродовые инфекционные заболевания. М. «Медгиз» 1973 г.
4. Под общей редакцией Богорошвили В. Г. Сепсисология с основами инфекционной патологии, 1990 г.
5. Приказ 691 МЗ СССР от 28 декабря 1989 г. «О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

ЧАҚАЛОҚЛИК ДАВРИ ПАТОЛОГИЯСИ

3. Ҳомила ва янги туғилган боланинг гемолитик касаллиги.

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Антенатал ва чақалоқлик даврининг дастлабки соатларида касалликни аниқлаш, унинг олдини олиш ва даволаш услубларини ўзлаштириш.

ВАЗИФАЛАР: 1. Анамнез, лаборатор днагностик усулларини ишлатиб, касаллик формасини ва оғирлик даражасини аниқлаш. Касални рационал олиб бориш тактикасини танлаш. 3. Алмашув қон қуйишни ўзлаштириш.

МАШҒУЛОТ ЖОЙИ: Уқув хонаси, туғруқ бўлмаси, чақалоқларни интенсив даволаш палатаси.

ҚУРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР: Киндик қолдиги, қон алмашув учун асбоблар ва медикаментлар.

МАШҒУЛОТНИНГ МАЗМУНИ:

Ҳомила ва чақалоқнинг гемолитик касаллиги она ва ҳомила ўртасида иммунологик конфликт натижасида ривожланади. Иммунологик конфликт резус, ёки АВО системалар факторлари она ва ҳомилага мос келмаслиги туфайли ривожланиши мумкин. Резус фактори мос келмаслиги сабабли конфликт ривожланиши учун резус—манфий ҳомиладор аёл сенсибилизацияланган бўлиши шарт. Резус—мусбат ҳомила туғилиши (олиб ташланиши) натижасида ёки резус—мусбат қон қуйилганда аёл организми синсибилизацияга учрайди. Сенсибилизацияланган қон резус—факторга қарши таначалар (антитело) — АТ аниқланади. Шу таначалар плацента орқали ҳомилага ўтса, ҳомилада гемолитик касаллик ривожланади. Таначалар она қонидан ҳоми-

лага туғилиш пайтида ўтса гемолитик касаллик туғилгандан бир неча соат ўтгач ривожланади.

Антенатал даврда касаллик аёллар консултациясида аниқланади: аёлнинг резус—манфийлиги аниқланади. Сенсбилизацияланган аёл қонида антителорар титри кўпая боради. Аёлнинг қоғоноқ сувларини текшириб резус—сенсибилизацияланганлигини тасдиқлаш учун кўрса ҳам бўлади. Ультратовуш орқали текширганда ҳомила зарарланганлигининг қуйидаги белгиларини кўриш мумкин: плацентанинг қалинлиги нормадан 0.5 см. кўп, ҳомилада гепатоспленомегалия, асцит ва шишиш пайдо бўлиши ва ҳомиланинг Будда вазиятида бўлиши.

Чақалоқнинг гемолитик касаллиги дастлаб туғруқ стационарида аниқланади. Аёлнинг резус—сенсибилизацияланганлиги аниқланганда киндикдан текшириш учун қон олинади (1-2 мл. миқдориди) Киндик қонида гемоглобин ва билирубин миқдори текширилади.

Чақалоқнинг гемолитик касаллигида қуйидаги белгилар кузатилади: терининг сарғайиши, гепатоспленомегалия, шишиш. Чақалоқ терисининг ранги туғилганида сариқ бўлиши мумкин, кўпинча сарғайиш туғилгандан кейин бир неча соат ўтгач бошланади. Қон таркибида гемоглобиннинг миқдори камайиб билирубин миқдори кўпаяди. Билирубин эритроцитлар гемолиз натижасида ҳосил бўлади. Гемолиз бўлиши учун эритроцитлар АТ билан учрашиши керак. АТ лар она организмидан плацента орқали ўтади. АТ лар ҳомила эритроцитлари билан плацентада учрашганда гемолиз плацентада ўтади ва натижада плацентада шишиш пайдо бўлади. АТ лар эритроцитлар билан ҳомила организмидан учрашганда гемолитик касаллик бошланади. Ҳосил бўлган билирубинни инактивация қилиб организмдан чиқариш учун глюкурон кислотаси керак (ГК). Билирубин молекуласи ГК молекуласи билан қўшилиб уробилин ёки стеркобилин шаклида организмдан ташқари чиқарилади. Эритроцитлар ҳаддан ташқари кўп гемолизга учраса қон таркибида билирубин миқдори 400—500 мкмоль/лгача ва ундан ҳам кўпроқ аниқланиши мумкин. Билирубин миқдори 306 мкмоль/лгача етса (кри-

тик ҳолат) энцефалопатия бошланади. Чақалоқ ҳаракатсиз бўлиб тутқаноқ тутиши мумкин. Физиологик рефлексларининг кучи камаяди. Нафас олиш марказидаги ҳужайралар билирубин билан зарарланса чақалоқ нафаси тўхтаб қолиб, ўлиши мумкин, ва патанатомик текширишда kernic terus деб диагноз қўйилади.

Гемолитик касалликнинг анемик, сариқ ва шишиш формалари тафовут қилинади. Шишиш формаси энг оғир ҳисобланади ва кўпинча ҳомиланинг ўлишига сабаб бўлади.

Гемолитик касалликни даволаш кўп қиррали ўтказилади: магний сульфати, лазикс, зиксорин, люминал, фототерапия, гемосорбция, альбуминнинг 5-10-20 % ли эритмаси, плазма, гемодез, 10-15 мл/кг. ҳисобидан ишлатилади.

Қон алмашуви энг эффектив усуллардан бири ҳисобланади. Бу даволаш усулини 1956 йилда Диамид таклиф этган. Асептика ва антисептика шароитида киндик венасига катетер ўтказилади. Чақалоқнинг қони 10-20 мл. дан чиқарилиб, ўрнига шунча донор қони қўйилади. Қон тайёрланган муҳдат 3 кундан кўп бўлмаслиги, группаси ва резус—фактори бир хил бўлиши, НВСАД РМ ва СПИД га текширилган бўлиши керак. Қон алмаштириб қўйишдан олдин болага люминал берилади. Қон 150-180 мл/кг. ҳисобидан ишлатилади. Гипернатрийемиянинг олдини олиш учун ҳар 100 мл. қондан 10% ли кальций глюкозанинг 10% ли эритмасида 1-2 млдан вена томирига юборилади. Операция 2-2,5 соат ичида ўтказилади ва антибиотик қўйиш билан якунланади.

Қон алмаштириб қўйишга кўрсатмалар: 1) Билирубин миқдори критик даражага етиши (етилган чақалоқлар учун 306—342 мкмоль/л, етилмаган чақалоқлар учун 170—204 мкмоль/л). 2) Гемоглобин 150 г/л дан кам бўлиши. 3) Чақалоқнинг сариқ бўлиб туғилиши. 4) Билирубин миқдори ҳар соатда 5,13 мкмоль/л ва ундан кўпроқ оша бориши.

Билирубиннинг ҳар соатда ошиши қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$BCO = \frac{B_2 - B_1}{C}$$

В—билирубиннинг қондаги миқдори.

С—лаборатор текширишлар орасидаги муддат.

Ўз вақтида бошланган қон алмаштириб қўйиш операцияси энцефалопатиянинг олдини олиб яхши натижаларга олиб келади.

Ҳомиланинг гемолитик касаллигини даволашда ҳомиладор аёлга эрининг терисини трансплантация қилиш мумкин.

Резус—манфий аёлларда резус—сенсбилизациянинг олдини олиш учун туғруқдан ёки абортдан кейин антирезус иммуноглобулин ишлатилади.

Ҳомиладорликнинг 28, 32 ва 36-чи ҳафталарида стационар шароитида даволаниш ўтказилади, туғдириш вақти ва усули аниқланади. Япония ва бошқа ривожланган мамлакатларда ҳомиланинг қони алмаштирилади.

МАСАЛА:

1. Қиндик венасидан олинган қонда билирубин миқдори 175 мкмоль/л га тенг. Қон алмаштириб қўйиш керакми?

2. Онаси резус—мусбат. Қон группаси АВ (IV). Туғилгандан 4 кун ўтгач чақалоқнинг териси сарғайди, умумий аҳволи қониқарли. Диагноз?

КОНТРОЛЬ САВОЛЛАР:

1. Қайси вазиятларда резус-манфий аёл резус-сенсбилизацияланиши мумкин? 2. Нима учун кўпинча 1 ҳомиладорликда резус—конфликт ривожланмайди? 3. Гемолитик касалликнинг патогенези. 4. Қон алмашувига кўрсатмалар? 5. Гемолитик касалликнинг клиник турлари?

АМАЛИЙ МАҲОРАТ:

1. Қиндик венасига катетер ўтказиш. 2. Қон алмашув техникаси. 3. Фототерапия ўтказиш.

АДАБИЁТЛАР:

Неонатология Н. П. Шабалов, М, «Медицина», 1988, 262-278.

Справочник неонатолога ред. — проф. В. А. Таболин, Н. П. Шабалов, Л., «Медицина», 1984, стр. 203—210; 33. В. В. Гаврюшов, К. А. Сотникова Неонатология Л., Медицина, 1985, стр. 218—228, 4. В. И. Бодяжина. Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П. Акушерство М., «Медицина», 1986, стр: 402—404.

МАВЗУ: ДВС СИНДРОМИНИНГ АКУШЕРЛИК АМАЛИЁТИДА УЧРАШИ:

МАШҒУЛОТНИНГ МАҚСАДИ: Акушерлик асоратларида ривожланадиган ДВС синдроми, унинг формалари, уларни аниқлаш усуллари, давоси ва профилактикасини ўрганиш.

ВАЗИФАЛАР: 1. Акушерлик амалиётида учрайдиган ДВС синдромининг патогенезини билиш.

2. ДВС синдромининг формалари ва унинг фазаларини аниқлай олиш.

3. ДВС синдроми даволаш принциплари ва профилактикасини ўзлаштириш.

МАШҒУЛОТ ЖОЙИ: Уқув хонаси, ҳомиладорлар патологияси палатаси, туғруқ ва операция бўлмалари, интенсив даволаш палатаси, лаборатория.

КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР: Таблица ва слайдлар.

МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ:

ДВС синдроми—неспецифик (махсус бўлмаган) умумбиологик жараён бўлиб, акушерлик амалиётида кўп учрайди. У қон томирлари ичида, айниқса, капиллярларда тромб ҳосил бўлиши билан характерланиб, синдром натижасида ҳаётий муҳим органларда қон айланиши ва модда алмашинуви бузилиб, бу аъзолар ишемия ва некрозга учрайди. Микроциркуляция оқимида тромбоцитопатия билан бир қаторда, макроциркулятор томирларда коагуляция жараёни пасайиб, қон кетиш ривожланади.

ДВС синдроми ўткир ва сурункали шаклда учраши мумкин. Акушерликда учрайдиган қуйидаги асоратларда ДВС синдромининг ўткир формаси ривожланиши мумкин:

1. Плацентанинг бачадон деворига ёпишиш ва ажралиш жараёнининг бузилиши; нормал жойлашган пла-

центанинг вақтидан олдин кўчиши, плацентанинг олдинда ётиши, бачадон ичида плацента бўлакларининг қолиб кетиши, плацентанинг бачадон деворига маҳкам ёпишиб қолиши ва бошқалар.

2. Бачадон ва туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарининг операция ёки туғруқ шикастлари натижасида жароҳатланиши: кесар кесил операцияси, бачадоннинг ёрилиши, бачадон бўйнининг ва қон деворларининг йиртилиши ва бошқалар.

3. Акушерликдаги бошқа асоратлар: туғруқдан кейинги гипотоник қон кетиши, хориоамнионит, эндометрит, сепсис ва бошқалар.

ДВС синдромининг сурункали формаси қуйидаги акушерлик асоратларда учрайди: оғир даражадаги гестозлар—III-даража оғирликдаги нефропатия, преэклампсия, эклампсия, ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолиши, иммуноконфликтли ҳомиладорлик.

ДВС синдроми қуйидаги тўрт босқичдан иборат. 1) гиперкоагуляция — қонда жуда оз тўқима тромбопластинлари пайдо бўлишига боғлиқ бўлиб, бу босқич жуда оз вақт давом этади. Унинг клиник белгиларини ҳар донм ҳам аниқлаб бўлмайди. 2) қоннинг фибринолитик активлигининг ошиши. 3) гипокоагуляция—қоннинг ивнш факторлари миқдори ва активлиги ҳаддан ташқари камайиш ва қон кетиши ҳамда геморрагиялар пайдо бўлиши. 4) қондиқ тромбозлар ривожланиши.

ДВС синдромининг гипер ва гипокоагуляция босқичларида патологик фибринолиз ривожланади. Синдромнинг ўткир формасида бачадондан майда қон лахталари бўлган суюқ қон оқса, сўнгра ивмаган ҳолда суюқ қон сизиб оқа бошлайди. Бу ҳолатда бачадон қисқартирувчи дорилар таъсир қилмайди. Булардан ташқари, бу босқичда беморнинг юз, бўйин, тана, қорин деворларига майда нуқталли қон қуйилиши, сўнгра макрогематурия, яъни бурундан қон кетиш, қон қусиш, инъекция қилинган жойларда, ички органлар (ошқозон, буйрак, сийдик пуфаги орқа мия канали деворлари) га қон қуйилиши, бачадоннинг кенг бойлами ичига, плевра, сийдик пуфаги олди тўқималарига қон қуйилиши билан характерланади. Бачадон деворлари ичига, Фаллопиев

найлари, тухумдонлар, чаноқ клетчаткаси, паренхима-тоз органларга қон қўйилиб, бачадон бўйни, қин, ораликнинг жароҳатланган юзаларидан суяқ қон кетади. Операция вақтида тўқималар тинмай қонаб туради, игна санчилган ҳар бир нуқта қонайверади.

Бачадон мушакларининг трофикаси ўзгарганлиги ва гипоксияси натижасида кўпинча бачадоннинг иккиламчи гипотонияси ҳам қўшилади.

Даволаш принциплари этиологик омилларга қарши кураш, яъни қон ивиш системасининг активлигини ошириш ва гемодинамик ўзгаришларни даволашдан иборат. ДВС синдромини даволашда врачлик тактикаси асосан икки йўналишга, яъни ДВС синдроми чақирган акушерлик патологиянинг олдини олиш, даволаш, қон кетишни тўхтатиш ва унинг асоратларига қарши курашишга қаратилган.

Гиперкоагуляция босқичида бачадондан қон кетиш бошлангунча, томирлар ичидаги ивишнинг олдини олиш ва уни даволаш мақсадида гепарин ишлатилади. Шу билан бир қаторда, гипоксияга қарши кураш (ИВЛ—ўпканинг сунъий вентилияцияси) томирлар капилляро-спазмига қарши курашиш (новокаин, эуфиллин, атропин) ва микроциркулятор оқимда қон айланишини яхшилаш лозим.

Бачадондан қон кетиш бошланганда, юқорида айтиб ўтилган тадбирларга қон инфузияси ва бошқа инфузион терапия қўшилади. Бунинг учун янги тайёрланган (1-2 суткалик) қон ишлатилади. Бошқариладиган гемодилюция учун қон ва қон ўрнини босувчи препаратлар (альбумин, қуруқ плазма), тузли кристаллондлар (ацесоль, лактосоль, дисоль, паст молекулали декстранлар (реополиглюкин, реоглюман), синтетик химик коллондлар (гемодез, полидез, неокомпенсан), желатин препаратлари ишлатилади. Кўп қон йўқотилганда (1600 мл. дан кўп) қўйиладиган суяқликлар миқдори йўқотилган қон миқдоридан икки барабар ошмаслиги керак. Гипокоагуляция босқичида акушерлик тактикаси туғруқни тезроқ тугаллашдан иборат. Бинобарин нормал жойлашган плацентанинг барвақт кўчишида кўпинча кесар кесиш йўли билан тугаллаш керак. Бачадон деворлари тикилгач, қон кетиши тўхтаб, қон лахталари

пайдо бўлса ҳамда бачадон яхши қисқариб, гемодинамик кўрсаткичлар нормага яқинлашса, операция кесар кесиш билан чекланади. Агар операция вақтида геморагик синдром ривожланиб, қон кетиши тўхтамаса, бачадон экстирпация қилиниб, яъни бутунлай олиб ташланади.

Беморнинг аҳволи оғирлигини ҳисобга олиб операция уч босқичда ўтказилса мақсадга мувофиқ бўлади. 1). Бачадоннинг магистрал томирларига клеммалар қуйиб вақтинча гемостаз ўтказиш. 2). Операцион пауза—қорин бўшлиғидаги барча манипуляциялар артериал босим бехатар даражага етгунча вақтинча операцияни тўхтатиш. 3). Бачадонни экстирпация қилиб қон кетишни узил-кесил тўхтатиш. Операциядан сўнг бемор гемодинамик кўрсаткичлар турғунлашгунча операция залида сақланади, беморга инфузион ва трансфузион терапия давом эттирилади, юрак фаолиятини муътадиллаштирувчи дорилар, кортикостероидлар, электролитлар ва модда алмашинуви бузилишини мослаштирувчи дорилар ишлатилади. Гемодинамика кўрсаткичлари тўла тўқис нормага келгач, бемор экстубация қилинади. Шундан кейин бемор интенсив палатага ёки реанимация бўлимига ўтказилади.

ДВС синдромининг сурункали формасида врач тактикаси паренхиматоз органларда микроциркуляцияни нормаллаштириш, осмодуретиклар, глюкоза-новокаин аралашмаси ва ҳоказолар ишлатиб диурезни кучайтириш каби тадбирлар қўллашдан иборат. Патогонетик асосли равишда гепарин (суткасига ўртача 15000 birlikдан) ишлатилади.

ДВС синдромининг олдини олиш учун шу ҳолатга олиб келувчи ҳар қандай акушерлик патологиянинг олдини олиш ва уни ўз вақтида даволаш керак.

Контроль саволлар:

1. ДВС синдроми нима?
2. ДВС синдромининг қандай формаларини биласиз?
3. Қайси акушерлик патологияда ДВС синдроми кўзатилади?

4. ДВС синдромида акушерлик тактикасини айтиб беринг.

5. ДВС синдромини даволаш ва унинг олдини олиш.

АМАЛИЙ МАҲОРАТ:

1. ДВС синдроми ривожланишига олиб келувчи акушерлик патологиясини аниқлай олиш.

2. ДВС синдромини даволашда таъсир механизмини тушунган ҳолда беморга қон ва қон маҳсулотлари қуйишни ўзлаштириш.

МАСАЛА:

Клиниканинг туғруқ бўлимига геморрагик шок ҳолатида туғруқ йўлларида қон оқаётган ҳолда ҳомиладор аёл қабул қилинди. Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчганлиги сабабли ҳомиладор аёлга кесар кесиш операцияси қилинди. Лапаратомия вақтида «Кувелар бачадони» аниқланганлиги туфайли экстирпация қилиниб, бачадон олиб ташланди. Экстирпация вақтида бачадон ва операция чокларидан суюқ қон кета бошлади. Қон тўқ жигар рангда бўлиб, лахта ҳосил қилмайди, лаборатор текшириш қоннинг ивиш вақтини, қон таркибида фибриноген миқдорини аниқлай олмади. Аёл қони гуруҳига мос гуруҳидаги қон тезда қон томирлари орқали қуйилди. Йўқотилган қон миқдори 3,5 л.га, қуйилган қон миқдори 4 л.га етди.

Саволлар:

1. Операция вақтида нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кўчиши туфайли қандай асорат юзага келди?

2. Қандай клиник белгилар ва лаборатор маълумотлар бу асоратни тасдиқлайди?

3. Ушбу ҳомиладор аёлга кўрсатилган акушерлик ёрдами тўғрими?

4. Издан чиққан гемостаз коррекцияси учун яна қандай қўшимча инфузион терапия ўтказиш керак?

АДАБИЕТ:

Бодяжина В. И. Жмакин К. Н. Кирющенко А. П.
Акушерство, М. Медицина, 1986. с. 336-359.

Серов В. Н. Макацария А. Д:

«Тромботические и геморрагические осложнения в
акушерской практике» М. 1987 г. -

Под редакцией Айламазяна Э. К. «Неотложная по-
мощь при экстремальных состояниях в акушерской
практике» Ленинград, 1985 г.

МУНДАРИЖА

1. Ҳомиладорликнинг илк токсикозлари. т. ф. н. доц. М. С. Бадриддинова	6
2. Ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари. т. ф. н. доц. М. С. Бадриддинова	15
3. Анатомик тор чаноқ. т. ф. н. асс. Ф. И. Зокирова	24
4. Клиник (функционал) тор чаноқ. асс. И. П. Пинхасов	31
5. Туғруқ кучларининг аномалиялари. т. ф. н. асс. Д. Н. Абдуллаев	—
6. Ҳомиладорлик ва туғруқда қон кетиши. т. ф. н. доц. Д. З. Шакиров	45
7. Ёлдош даврида ва туғруқдан кейин қон кетиши. т. ф. н. доц. Д. З. Шакиров	54
8. Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши. Акушерлик буришлар. т. ф. н. асс. Г. В. Вафақулова	63
9. Акушерлик қисқичи ва вакуум-экстракция т. ф. н. асс. Г. В. Вафақулова	74
10. Кесар кесиш операцияси. асс. С. П. Содиков	81
11. Ҳомилани емириш операциялари. асс. С. П. Содиков	87
12. Туғруқ травмалари (шикастлари). т. ф. н. доц. М. С. Бадриддинова	93
13. Ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши. т. ф. н. асс. Г. В. Вафақулова	100
14. Ҳомиладорлик ва ички касалликлар. т. ф. н. асс. Д. Н. Абдуллаев, доц. М. С. Бадриддинова	107
15. Чилла давридаги септик касалликлар. т. ф. н. доц. М. С. Бадриддинова, т. ф. н. асс. Л. Р. Агабабян	117
16. Чақалоқлик даври патологияси. т. ф. н. асс. А. А. Абдусаломов	128
17. ДВС синдромининг акушерлик амалиётида учраши. т. ф. н. доц. А. Н. Якубова, т. ф. н. асс. Л. Р. Агабабян, т. ф. н. доц. М. С. Бадриддинова	133

Босмахонага берилди 29.07.91. Босишга рухсат этилди 23.08.91.
Бичими $24 \times 108^{1/32}$. Босмахона қоғози № 1. Адабий гарнитура.
Юқори босма. Шартли босма т. 8,75. Жами 2500 нусхада. Буюрма
№ 3035. Баҳоси 8 сўм 50 тийин.

Морозов номидаги полиграфия ишлаб чиқариш бирлашмаси,
Самарқанд шаҳри, Улуғ Турсунов кўчаси, 82- уй.